



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL

**SISTEMA PSICOLOGICO DE APOYO EN LA PÉRDIDA, CONTROL Y
MANTENIMIENTO DEL PESO (PECOMAPE).**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ITAMAR CHAMA ALVIZAR.

ASESOR:

LIC. IVAN CASTILLO RUIZ.

ORIZABA, VER.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Agradezco a mi padre Dios, por ser mi creador y mi maestro de vida, mi amigo, mi motor y mi luz en días oscuros.

A mi Mamá.

La mujer invaluable, sin duda mi ejemplo a seguir, que con su forma estricta de educarme a contribuido en gran medida a que escale cada día un poco mas esa montaña del éxito, Gracias mamá por todo tu apoyo y amor.

A mi Papá.

Mi viejo como yo lo llamo, el ser que me inculco disciplina y constancia, a pesar de la distancia siempre has estado animándome a seguir, gracias por todo el esfuerzo que realizas para costear mis estudios.

A mi Hermano.

Porque tenerte como hermano menor me impulsaba siempre a darte un buen ejemplo, y hoy puedo decirte lo logré, así que tú también podrás.

A mis Padrinos.

Quiero agradecer a mis segundos padres quienes han contribuido con mis padres en la labor de educarme siendo mi ejemplo a seguir, escuchándome y apoyándome en cada paso que doy.

A mi familia, Amigos y Maestros.

Gracias les digo por cada palabra de aliento, por cada gesto de atención, consejo y enseñanza.

A mi Maestra y Terapeuta (Psic. Anabel Villafaña García).

Le agradezco por hacer que en cada sesión de terapia hiciera un trabajo a nivel personal y un aprendizaje a nivel profesional. Así como el tiempo brindado para asesorías y orientaciones académicas.

A mi Profesor y Asesor (Psic. José Antonio Reyes Gutiérrez).

El compartir sus conocimientos y orientaciones conmigo, pero sobretodo el permitirme conocerle como persona son motivos de sobra para decirle: Gracias.

A mi asesor de Tesis (Psic. Iván Castillo Ruiz).

Estos últimos meses sin duda han sido de arduo trabajo que sin su ayuda y orientación no fuese posible, gracias por cada enseñanza que me transmitía en las asesorías, por cada momento brindado hacia la realización y revisión de mi Tesis.

CONTENIDO.

Agradecimientos.....	I
Introducción.....	V
Antecedentes.....	VII

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	14
1.3 Justificación del problema.....	14
1.4 Formulación de hipótesis.....	16
1.4.1 Determinación de variables.....	16
1.4.2 Operacionalización de variables.....	16
1.5 Objetivos de la investigación.....	17
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
1.6 Marco conceptual.....	18
1.6.1 La autoestima.....	18
1.6.2 La baja autoestima.....	18
1.6.3 El sobrepeso y obesidad.....	19

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA.

2.1 Antecedentes de la ubicación.....	21
2.2 Ubicación geográfica	23

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.

3.1	Los fundamentos del sobrepeso y obesidad.....	24
3.1.1	Orígenes, causas y consecuencias del sobrepeso y obesidad.....	26
3.1.2	Tratamiento para el sobrepeso y obesidad desde la psicología.....	35
3.2	Fundamentos teóricos del desarrollo de la edad adulta.....	49
3.2.1	Desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.....	50
3.3	La conceptualización de la autoestima desde la psicología.....	55
3.3.1	La autoaceptación como interpretación de la autoestima según Ellis...	60
3.3.2	La necesidad de autoestima desde la concepción de Maslow.....	63
3.3.3	Concepto de Autoestima producto de la conjugación del pensamiento De Ellis y Maslow.....	68

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE TESIS.

4.1	Contextualización de la propuesta.....	70
4.2	Desarrollo de la propuesta de tesis	75

CAPITULO V: DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1	Enfoque de la Investigación.....	141
5.2	Alcance de la Investigación.....	141
5.3	Diseño de la Investigación.....	143
5.4	Tipo de Investigación.....	143
5.5	Delimitación de la Población o Universo.....	144

5.6 Selección de la Muestra.....	144
5.7 Instrumento de la Prueba.....	144

CAPITULO VI: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

6.1 Tabulación.....	145
6.2 Clasificación de ítems por áreas.....	146
6.3 Correlaciones.....	151
6.4 Interpretación de resultados gráficos.....	152
6.5 Conclusiones del tratamiento estadístico.....	162
Conclusión.....	163
Referencias.....	168
Glosario.....	171
Anexos.....	175

INTRODUCCION.

“Tu valía como persona no depende de tus éxitos o fracasos, ni tampoco de que recibas o no el cariño de los demás”. Albert Ellis.

Los seres humanos buscamos ser estimados por los demás, valuamos los comentarios que refieren a nuestra persona, las aprobaciones y desaprobaciones de nuestras acciones. Cuando lo verdaderamente importante es el autoconocimiento y la autoaceptación ya que aquella persona que se conoce y acepta en todos los sentidos gozara de una homeostasis en su autoestima.

“El cuerpo grita lo que la boca calla”

Esta tesis nos llevara a un viaje al conocimiento acerca de como el sobrepeso y obesidad causan la baja autoestima en los individuos que la padecen y como el sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE les ayudara a disminuir la baja autoestima. Iniciaremos conociendo el planteamiento y justificación del problema, determinando sus variables, objetivos e hipótesis (Capitulo I), para después dar paso al marco contextual; conocer los antecedentes de la ubicación donde se situara dicha investigación (Capitulo II), y así abordar en el marco teórico toda la información en la cual se basa y respalda nuestro trabajo, conoceremos como se mide y clasifica la obesidad y el sobrepeso, cuales son las causas que la originan, los tratamientos que hay para su control y dentro del tratamiento abordaremos de que forma la psicología de la

salud y el trabajo del psicólogo puede contribuir a contrarrestar esta enfermedad, otro tema a desarrollar es la etapa de la adultez temprana que abarca de los 20 a los 40 años analizaremos como es su desarrollo cognitivo, físico y social. Para llegar al tema eje de este trabajo que es la baja autoestima, veremos cómo se forma y desarrolla la autoestima en los individuos, abarcaremos también el tema desde la perspectiva de Albert Ellis y de Abraham Maslow (Capítulo III), con esa gama de información podemos dar paso a lo que se propone como solución al planteamiento del problema de dicha tesis, entonces se presenta y desarrolla la propuesta de tesis (Capítulo IV) que es un sistema psicológico de apoyo en la pérdida, control y mantenimiento del peso (PECOMAPE), donde a través de 52 sesiones grupales se trabajara y aumentara la autoestima de las personas. También veremos (Capítulo V) el enfoque de la investigación, el alcance de la investigación y diseño de la investigación, delimitaremos a la población o universo, seleccionando una muestra a la cual le aplicaremos el instrumento de la prueba y por ultimo (Capítulo VI) analizaremos los resultados obtenidos en dichos instrumentos para dar una conclusión global y conocer la relación de las variables en la hipótesis de esta tesis.

Se agradece el interés y tiempo dedicado a la lectura de dicho trabajo esperamos sea de tu agrado y encuentres en él un apoyo para la lucha contra el fenómeno que aqueja a nuestra sociedad llamado *sobrepeso u obesidad* produciéndoles a la mayoría de las víctimas *baja autoestima*.

ANTECEDENTES.

A lo largo de la historia de la existencia del hombre, miles de investigadores han enfocado su atención a temas relacionados con el sobrepeso y la obesidad, pero en la última década ha cobrado mayor auge por el problema que nuestro país vive en torno a ese fenómeno y amenaza con cobrar millones de vidas sin respetar edad, clase social y sexo.

Dichas investigaciones desarrolladas por grandes científicos, profesionales de la salud, escritores e innumerables instituciones y/o estudiantiles se basan en el sobrepeso y la obesidad, pero dejan de lado los aspectos que impiden el proceso de la baja de peso, y el mantenimiento en el peso normal, pero es aún menor el número de investigaciones que se realizan referentes a la baja autoestima que se genera en personas con sobrepeso u obesidad, corresponde al área de la psicología atacar este factor proponiendo sistemas como soluciones alternas que disminuyan la baja autoestima en las personas y eviten que se afecte su integridad.

En el material revisado dentro del campo de la psicología a partir de mi inquietud en este tema he encontrado que se han realizado las siguientes investigaciones:

⌘ (2005). Alicia María Alvarado Sánchez / Evelyn Guzmán Benavides / Mónica Teresa González Ramírez. Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en psicología, julio-diciembre, año/vol. 10, número 002. Universidad Veracruzana, Xalapa, México pp. 417-428. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con obesidad. Se utilizó un diseño cuasi experimental con un grupo de estudio y un grupo control. Después de la intervención, se encontró una diferencia significativa en la reducción de peso entre los grupos. Así mismo hubo un incremento significativo en la autoestima del grupo estudiado.

⌘ (2010). Tesis doctoral: evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad. Presentada por: Mtra. Edith Gerardina Pompa Guajardo. Director de tesis Dra. Mónica Teresa González Ramírez. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

La psicología de salud permite abordar el fenómeno salud- enfermedad en diferentes niveles de convergencia en la mejoría y mantenimiento de la calidad de vida, mediante métodos efectivos de promoción de la salud, en donde la inserción del psicólogo dentro del sector salud junto a otros profesionales como médicos, nutriólogos etc. que diseñaran y promoverán políticas de salud,

intervención primaria y educación para la salud, promoviendo así un incremento en la autoestima de los pacientes.

⌘ (2011). Alejandra Bravo Del Toro / Tania Espinosa Rodríguez / Laura Nancy Mancilla Arroyo y Mariana Tello Recillas. rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 16, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 115-123. Universidad Veracruzana Xalapa, México. El presente estudio analizó los rasgos de personalidad con mayor incidencia en una población mexicana con obesidad. Se distinguieron los rasgos que intervienen en el funcionamiento diario de los sujetos.

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes: 31 hombres y 29 mujeres, con edades de 30 a 40 años, casados, con nivel educativo básico y que acudían a consulta médica en un centro de diagnóstico clínico, con antecedentes de obesidad. Se utilizó el perfil-inventario de la personalidad de Gordon, según el cual se comprobó que los pacientes con obesidad tienden a mostrar rasgos de personalidad por debajo de la norma. Los análisis demostraron relaciones significativas entre la gente obesa y cada uno de los rasgos de personalidad con menor prevalencia que mide la escala.

⌘ Fundación Imagen y Autoestima (IMA), Marta Voltas Fornt Directora General. En el año 2006, un grupo de asociaciones y personas con una larga experiencia en la promoción de la salud y la prevención de los trastornos alimentarios promueven la creación de la Fundación Imagen y Autoestima. Desde entonces, y gracias al trabajo realizado por las asociaciones que combaten los trastornos alimentarios, Fundación IMA lleva a cabo diferentes actividades para concienciar e implicar a las personas, empresas e instituciones en la promoción de salud y la prevención de estas enfermedades.

CAPITULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción del problema.

Una situación o factor que no respeta raza, edad, sexo, continente, país, religión, estado civil, posición económica, afinidad política entre otras cosas, es un atacante silencioso que acaba con la calidad de vida de los seres humanos es el sobrepeso; el cual si no se frena o controla pasa a convertirse en obesidad la cual desde 1980 ha incrementado sus cifras en todo el mundo. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas por la insuficiencia ponderal, convirtiéndose así en el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

México es el primer país en Latinoamérica en realizar un estudio sobre las dimensiones antropométricas de su población, la cual, de acuerdo con los

resultados, tiene un sobrepeso total de mil millones de kilogramos. Con el apoyo de las secretarías de Economía y Salud, así como del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), la Cámara Nacional de la Industria del Vestido (Canaive, 2011) realizó la investigación para conocer las tallas más comunes en el país registrando una tendencia en la mujer madura a usar tallas más grandes, indicó que la medida promedio del mexicano se aleja mucho de la media de habitantes de otros países, ya que las mujeres registran exceso de peso por 6 kilogramos en promedio, en tanto que en los hombres la media es de ocho kilogramos.

En la investigación en la que participaron 17 mil 364 personas de ambos géneros mayores de 18 años se concluye: que el hombre mexicano promedio pesa 74.8 kilos y mide 1.64 metros, mientras que las mujeres 1.58 metros de altura y 68.7 kilos de peso. Por rangos de edad, entre las mujeres de 18 a 25 años el promedio de peso es de 62.9 kilos, y en los hombres, de 70.4 kilos. La altura promedio de las jóvenes es de 1.61 metros y de los hombres jóvenes 1.67 metros. En los hombres el mayor peso está en el rango de edad 40-50 años, con un promedio de 77.3 kilos; las mujeres, en el mismo rango, registran 72.2 kilos. El análisis de las dimensiones antropométricas promedio de la población mexicana, titulado *¿Cuánto mide México? El tamaño sí importa*, se basó en una muestra validada por el Instituto Nacional de Geografía e Informática en cuatro zonas geográficas del país. El trabajo de campo se realizó del 19 de octubre de

2010 al 15 de junio de 2011. El 49.3% del total de las personas medidas fueron hombres.

En comparación con los estadounidenses, los mexicanos son más bajos en estatura pero tienen unos diez kilos menos de peso. El estadounidense mayor de 20 años mide en promedio 1.76 metros y pesa 88.3 kilos, mientras que en las mujeres las medidas son de 1.62 metros de estatura y 74.7 kilos de peso.

Veracruz ocupa el primer lugar en obesidad infantil, lamentablemente el sobrepeso de los adultos puede llegar a convertirse en un problema de obesidad muy severa para el estado, pues hay veracruzanos que pesan hasta 220 kilogramos, 7 de cada 10 adultos veracruzanos tienen problemas de sobrepeso y 9 de cada 10 niños tienen el mismo problema.

La inversión que el gobierno del estado hace para contrarrestar este problema es constante; Sin embargo lo que se gasta en reparar los daños que el sobrepeso y la obesidad generan es incuantificable ya que los problemas de gordura generan al sector salud gastos que pueden derivar en diálisis y el tratamiento a la hipertensión e infartos, hasta la amputación de miembros a consecuencia de la diabetes.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál sería una solución alterna para la disminución de la baja autoestima en personas con sobrepeso y obesidad de 20 a 40 años de edad de la ciudad de Córdoba, Veracruz?

1.3 Justificación del problema.

El ser humano en sus antepasados aprendió a darle valor y afecto a la comida, volviéndose ésta, una forma de expresar cariño, afecto, alegría, hospitalidad, cordialidad a familiares y amistades que les rodeaban, aunado a ello sus costumbres y tradiciones dejaban como resultado un sobrepeso en las personas que con el tiempo se convertía en obesidad, de la cual se deriva un deterioro en la salud física, pero sobretodo un desequilibrio emocional que repercute en la autoestima de las personas, volviéndolas más vulnerables a las críticas y rechazos de la sociedad, respondiendo ante ellas en la mayoría de los casos con agresividad, o en caso contrario aislamiento, la persona con sobrepeso siente vergüenza de sí misma, de su aspecto físico al grado de no tolerar ver su imagen corporal reflejada en un espejo, cubriéndose con ropa holgada, excusándose en la comodidad y practicidad en su forma de vestir, llega a negarse a sí misma el aspecto que tiene, diciendo que no le importa y que así

es feliz, Cuando no puede evitar ver su aspecto físico puede herirse a sí misma de forma cruel con pensamientos negativos e insultos.

Las personas con sobrepeso u obesidad pueden verse incapacitadas para realizar actividades como practicar algún deporte, salir a dar largos paseos, llegar a algún sitio que tenga muchas escaleras, sentarse o pasar por lugares reducidos, también puede impedirles actividades que les gustaría realizar, como salir a bailar o ir a la playa, ponerse ropa de tallas chicas o medianas, sin buscar las extra grandes, andar mucho tiempo con tacón en el caso de las mujeres, lucir ropa ajustada y trajes de baño, etc. Estos individuos Intentan engañarse, buscan excusas, pero su calidad de vida, su autoestima y su felicidad están sufriendo duros golpes. En ocasiones el sobrepeso se da como producto de una necesidad ajena al individuo que es atribuida a él como propia, donde no hay consciencia de la realidad.

La solución a todos esos problemas de autoestima que genera el sobrepeso no es fácil y se pretende que disminuyan en gran medida con un sistema que se desarrollará en la propuesta de esta Tesis, el primer paso es la aceptación de sí mismo. Una vez que las persona con sobrepeso y obesidad se conocen a sí mismas, con sus virtudes y defectos, dejarán de rechazarse y empezarán a quererse, entonces estarán en el camino adecuado para efectuar los cambios necesarios: mejorar su cuerpo, su mente y su calidad de vida.

1.4 Formulación de hipótesis.

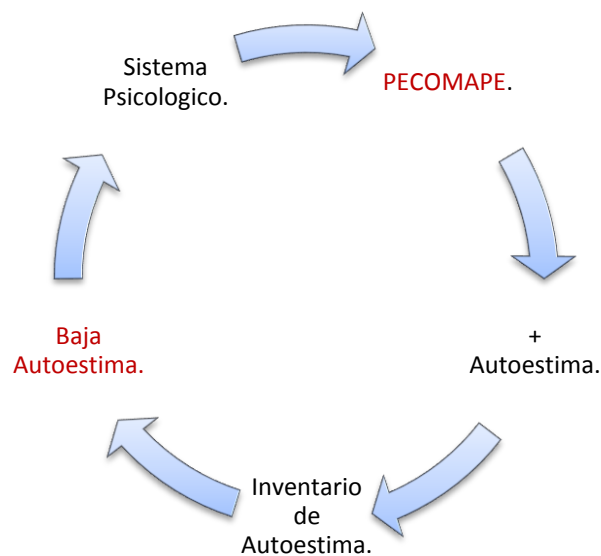
El sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE como solución alterna para disminuir la baja autoestima en personas con sobrepeso y obesidad de 20 a 40 años de edad, de Córdoba Veracruz.

1.4.1 Determinación de variables.

V.I. El sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE.

V.D. La baja autoestima.

1.4.2 Operalización de Variables.



1.5 Objetivos de la investigación.

1.5.1 Objetivo general.

Proponer un sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE como una solución alterna para disminuir la baja autoestima en personas con sobrepeso y obesidad de 20 a 40 años de la ciudad de Córdoba, Ver.

1.5.2 Objetivos específicos.

- ❑ Comprobar que las personas con sobrepeso y obesidad tienen baja autoestima.
- ❑ Delimitar la problemática a investigar determinando su edad, su justificación e hipótesis.
- ❑ Delimitar la investigación geográfica en donde se aplicara la investigación.
- ❑ Establecer las bases teóricas que sustentaran el tema de tesis.
- ❑ Diseñar un sistema psicológico e integral que ayude a disminuir la baja autoestima en personas con sobrepeso y obesidad.
- ❑ Determinar el enfoque y diseño del tema de investigación.
- ❑ Mostrar a través de tabulaciones, interpretaciones y conclusiones los resultados que arrojo dicha investigación.

1.6 Marco conceptual.

1.6.1 La autoestima.

La autoestima es la valoración que se tiene hacia la propia persona, ninguna persona es igual a otra, el ser humano puede hacer lo que quiera porque tiene esa capacidad, es dueño absoluto de su yo. El sentimiento de aceptación a la propia persona se deriva del autoconocimiento, la reflexión y el análisis del ser y el quehacer individual. La autoestima es el soporte que los individuos tienen para sostenerse de sí mismos, es el escudo con el que cuentan para no pasar diferencias de valores, es como una protección a la escala y jerarquía de valores con los que se cuenta, una buena medicina a los antivalores, que actualmente abundan en la sociedad. Una persona con autoestima puede aceptarse tal cual es, sintiéndose seguro con el medio en que vive y de las elecciones que hace sin importarles las críticas destructivas.

1.6.2 La baja autoestima.

La baja autoestima a todo aquello que altera y daña el bienestar de una persona. Las personas con problemas de autoestima tienden a retener más la información negativa externa que perciben de sí mismos en lugar de retener la positiva, este mecanismo para detectar solo la información negativa que obtenemos de nosotros por medio de los demás puede hacernos comprender la

realidad. La persona con baja autoestima no se siente en disposición para la vida; se siente equivocado como persona.

1.6.3 El sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La definición de la OMS es la siguiente: Un IMC superior a 25 determina *sobrepeso*. Y Un IMC igual o superior a 30 determina *obesidad*.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

CAPÍTULO II.

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA.

2.1 Antecedentes de la ubicación.

El origen de la Villa de Córdoba se remonta a los tiempos de Yanga, hombre legendario y precursor de los movimientos libertarios de nuestro país, quien con su afán de procurar para los suyos espacios de libertad y paz, logró que el virrey Don Luis de Velasco, aceptará su propuesta en el sentido de que él y sus seguidores crearan la comunidad de “San Lorenzo de los Negros”, hoy villa de Yanga, quedando emancipados de la esclavitud y siendo dotados de tierras para trabajarlas. Con este hecho la región de Córdoba fue el primer territorio en México donde se abolió la esclavitud, acto trascendente y civilizador que precedió a la fundación de la villa de Córdoba. La riqueza más importante de nuestra nación estaba representada por la gran producción minera; el oro y la plata eran transportados en pequeños e inseguros carruajes hacia el único punto de contacto para viajar al puerto de Veracruz.

Los constantes asaltos a dichos carruajes, efectuados por tropas de negros cimarrones que asolaban la región, hicieron ver a algunos comarcanos la

necesidad de fundar un poblado, cuyas ventajas ofrecieran el aprovechamiento de los beneficios que en tal lugar otorgara la naturaleza y al mismo tiempo la posibilidad de proteger el camino Orizaba-Veracruz. Los planes maduraron cuando, don Juan de Miranda, don García de Arévalo, don Andrés Núñez de Illescas y Don Diego Rodríguez, vecinos del pueblo de San Antonio Huatusco, presentaron la solicitud en la corte de México ante el señor don Diego Fernández de Córdova, XIII Virrey de la Nueva España Informado el Virrey del gran servicio que pretendían hacer, para beneficio de los intereses de Su Majestad e igualmente satisfecho de que el territorio donde la fundación se proyectaba contaba con agradable clima, aires saludables, tierra fértil, fecundada por aguas corrientes, cuyo territorio estaba vestido de copiosas y eminentes montañas, donde abundaban nobilísimos cedros, nogales, aromáticos bálsamos e innumerables especies de árboles robustos, frondosos, y de exquisitos colores; que tenia espaciosos valles y dehesas para la común diversión y serranías de cal inmediatas y otros materiales útiles a la pretendida población, otorgó la licencia para la formación de la villa el 29 de noviembre de 1617, en representación del entonces monarca español Felipe III, por orden del cual dicho poblado debía llevar por nombre el apellido del virrey. El 26 de abril de 1618, se reunieron en la Iglesia Parroquial de Amatlán de los Reyes, los 30 caballeros con sus familias, que fueron los fundadores primitivos, asistieron a una misa solemne y una vez terminada la ceremonia, se dirigieron al salón capitular del mismo pueblo para nombrar sus primeros regidores, bajo la presencia de don Francisco de Soto Calderón, Alcalde Mayor de Huatusco.

Procedieron a la elección, resultando triunfantes por mayoría de votos en la asamblea, Alonso Galván, García Arévalo, Diego Rodríguez y Manuel Fernández, que a su vez nombraron alcaldes menores a Cristóbal de Miranda y a Andrés Núñez de Illescas.

El 27 de abril, se dirigió la caravana del pueblo de Amatlán, al lugar conocido como Lomería de Huilango, sitio donde habría de quedar asentada lo que hoy es la ciudad de Córdoba, cuna de gente valiosa, alegre y hospitalaria.

2.2 Ubicación geográfica.

Córdoba es la ciudad cabecera del municipio del mismo nombre, está situada al centro del Estado de Veracruz, a 18°51'30" de latitud norte y en los 96°55'51" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, entre los cerros Matlaquiahitl y Tepixtepec, a 290 Km por autopista de la ciudad de México, y a 120 Km del Puerto de Veracruz, en la costa del Golfo de México. Tiene una altura sobre el nivel del mar de 817 mts. El municipio lo componen, la ciudad y 15 congregaciones limitadas al norte de Ixhuatán del Café y Tomatlán, al sur con Amatlán de los Reyes y Naranjal, al este con Fortín de las Flores y Chocamán y al oeste con Amatlán de los Reyes. Cuenta con una superficie municipal de 226 km², que representan el 0.19% del total del Estado y el 0.0071% del país. Se

divide en 176 localidades entre las que destacan: San José de Tapia, las Flores, Miraflores, Los Naranjos, Brillante Crucero, el Porvenir, San Rafael Calería, Santa Elena, San Miguelito, San Nicolás.

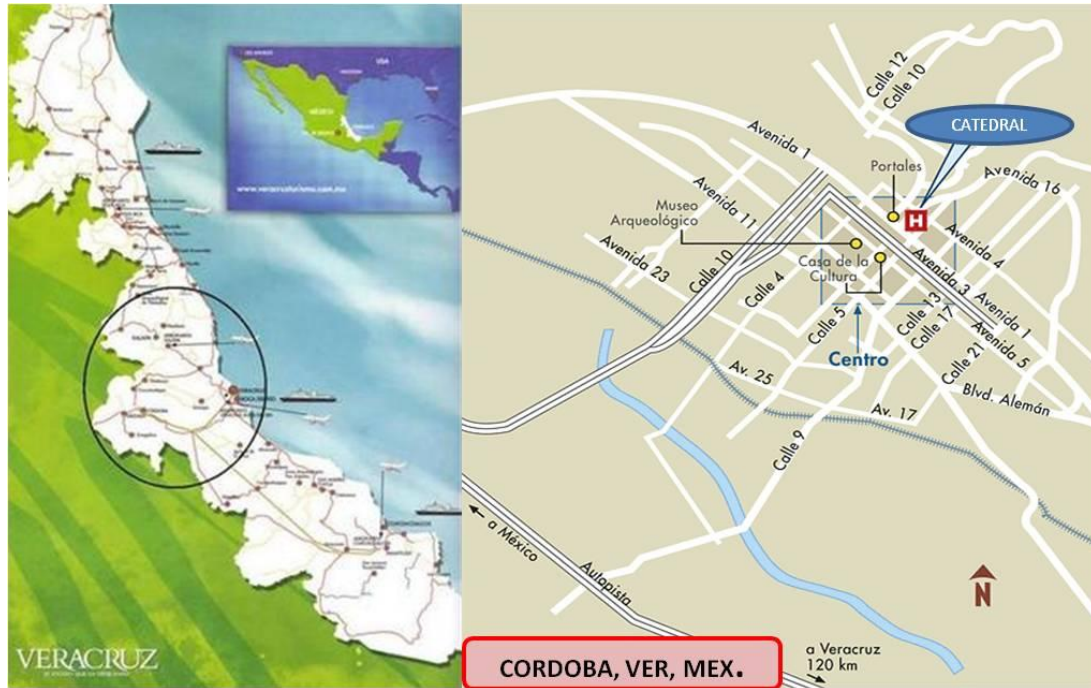


Figura 1. Ubicación geográfica del municipio de Córdoba, Ver.

CAPITULO III.

MARCO TEORICO.

3.1 Los fundamentos del sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008: 1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso, de esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (OMS, 2012).

La obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por un exceso de grasa y originada por muchas causas con numerosas complicaciones. Se define que una persona tiene obesidad cuando el índice de masa corporal es igual o

mayor a 30. Por ejemplo, si usted pesa 90 kg. Y mide 1.76, el IMC se calculara de la manera que sigue:

$\text{IMC} = \frac{\text{Masa (kg)}}{(\text{Altura (m)})^2}$	$\text{IMC} = \frac{90 \text{ kg}}{(1.76)^2}$	$\text{IMC} = \frac{90 \text{ kg}}{3.09} = 29.12$
---	---	---

Figura. 2 Esquema de IMC.

En adultos un IMC por debajo de 8.5 indica desnutrición o algún problema de salud, entre 18 y 25 es un peso normal saludable, mientras que un IMC superior a 25 indica sobrepeso, entre 30.5 y 35.3 se dice que se tiene sobrepeso crónico, en tanto que por encima de 35.5 se afirma que hay obesidad leve, y por arriba de 40 se considera una obesidad mórbida. (Lesur, 2010).

3.1.1 Orígenes, causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.

En la génesis de la obesidad están implicados diversos factores, como la cantidad y clase de alimentación, las condiciones del sistema nervioso, los genes, el ambiente, el sedentarismo, medicamentos, algunas enfermedades, trastornos metabólicos y glandulares, como la disfunción de la tiroides. Independientemente de los factores que intervienen en ella, la obesidad obedece fundamentalmente a que se ingiere mayor cantidad de energía de la que se necesita, se acumula en forma de grasa (Lesur, 2010).

Pulsiones primarias: Se da el nombre de pulsiones primarias a las necesidades biológicas que desencadenan un estado correspondiente de activación o tensión (pulsión) psicológica. Las pulsiones no aprendidas en especial el hambre, la sed, el sexo son comunes a todos los animales, incluido el ser humano. Las pulsiones primarias reciben fuerte influjo de los estímulos provenientes del cuerpo que forman parte de la programación biológica para la supervivencia del organismo (o, en el caso del sexo, para la supervivencia de la especie).

Hambre: cuando tenemos hambre, comemos. De lo contrario, la necesidad de alimento seguirá intensificándose. Pero no necesariamente sucederá lo mismo con el apetito, es decir con la sensación de hambre. Supongamos que decide omitir la comida para estudiar en la biblioteca. No se extinguirá la necesidad de comida más bien aumentara a lo largo del día. Pero no desaparecerá y reaparecerá. Quizá sienta hambre hacia la hora de la comida; después se atenuara mientras se encuentre en la biblioteca. Pero a la hora de la cena, nada le importara tanto como comer. En conclusión, el estado psicológico del hambre no es lo mismo que la necesidad biológica de alimento, aunque ésta activa el estado psicológico.

Dos centros del cerebro cumplen una función esencial en la experiencia del hambre y nuestra respuesta a ella. El centro donde se origina el hambre

estimula la ingestión de alimentos; el centro donde se da la saciedad (“saciedad” significa estar totalmente satisfecho) aminora la sensación de hambre. Ambos centros se encuentran en el hipotálamo. Cuando las neuronas de uno de ellos son estimuladas, las del otro descargan con menos frecuencia. Por tanto, si el centro del hambre nos “dice” que tenemos hambre, recogeremos pocas señales del centro de saciedad que contradigan este mensaje. Los científicos también han descubierto que la sensación del hambre no solo proviene de estos dos centros. Al parecer, las neuronas que cruzan por ellos en su camino a otras partes del cerebro también contribuyen a regular el hambre. Lo mismo sucede en otras áreas del hipotálamo (entre ellas el núcleo paraventricular) y otra parte del cerebro que está situada cerca del hipotálamo y que se denomina amígdala, aunque todavía no se conoce bien su función exacta (Morris, 2001).

¿Cómo “saben” las áreas del cerebro cuando emitir señales de hambre?

Los científicos piensan que el cerebro vigila un nivel sanguíneo de azúcar simple conocido como glucosa. Una disminución en la concentración de glucosa estimula las neuronas del centro del hambre e inhibe las del centro de saciedad. Los investigadores observan el mismo efecto cuando el nivel sanguíneo de grasas aumenta a medida que el organismo agota la reserva de energía.

Con ayuda del estómago, el cerebro también vigila la cantidad y el tipo de comida que hemos ingerido. Los receptores del estómago perciben no solo

cuanta comida almacena, sino también cuantas calorías contienen los alimentos. (Un estomago lleno de ensalada es mucho menos satisfactorio para la mayoría de las personas que un estomago lleno de pavo con guarnición.) Las señales provenientes de estos receptores se dirigen al cerebro, donde estimulan el centro de saciedad y hacen que sintamos menos hambre. Estos mecanismos regulan la ingestión diaria de comida. Pero parece haber otro mecanismo que opera a largo plazo para controlar el peso corporal. ¿Se ha fijado alguna vez que muy pocos animales engordan aparte del hombre y algunos animales domesticados? El organismo posee una forma de vigilar los depósitos de grasa y de regular la ingestión de comida para suministrar la cantidad exacta de energía para mantener el nivel normal de las actividades sin almacenar depósitos excesivos de grasa.

¿Por qué el ser humano no hace lo mismo? Su hambre no siempre se origina en la necesidad biológica de comida. Es vulnerable a señales externas; por ejemplo el aroma de una tarta que se cocina en el horno puede activar el deseo de comer casi en cualquier momento del día. En ocasiones nos provoca hambre el mero hecho de ver el reloj y darnos cuenta de que es hora de comer. Una línea interesante de investigación indica que ese tipo de señales externas desencadena procesos biológicos internos que imitan las necesidades internas reales. Por ejemplo, Rondín (1985) descubrió que la mera vista, olor o pensamiento de la comida elevan la producción de insulina, lo que a su vez disminuye los niveles de glucosa en las células, remedando la respuesta del

cuerpo ante la necesidad física de comida. De esta manera, el aroma de un restaurante cercano es algo más que un incentivo para comer, y de hecho puede desencadenar la pulsión primaria del hambre.

Hace poco, los investigadores descubrieron un mecanismo del cerebro que posiblemente ocasione la obesidad (Chua y otros, 1996; Leroy y otros, 1996; Vaisse y otros, 1996). De acuerdo con esta teoría, las células adiposas del cuerpo producen una hormona denominada leptina, la cual es transportada por la corriente sanguínea y detectada por el hipotálamo. Cuando se eleva la concentración de leptina, el cerebro recibe la señal de aminorar el apetito o aumentar la rapidez con que se queman las grasas.

También las emociones influyen en la pulsión del hambre. Supongamos que estamos muy hambrientos pero que, al preparar la comida, discutimos acaloradamente con nuestra pareja; es posible que perdamos el apetito durante varias horas. O imagine que se encuentra en la mesa cuando recibe una llamada telefónica en la que le avisan que acaba de fallecer uno de sus parientes más queridos. Probablemente no sienta mucha hambre en los momentos de ansiedad o nerviosismo.

Las cuestiones sociales también influyen en la motivación para comer. Supongamos que usted se encuentra en una importante comida de negocios y que debe impresionar a un cliente potencial; tal vez no sienta hambre, a pesar de que la reunión se celebra después de la hora habitual de comer. Por el contrario, otras situaciones sociales nos incitan a comer aunque no tengamos apetito. Imagine que va a visitar a su abuela un día que durmió hasta tarde y tuvo un desayuno abundante. Cuando llega, descubre consternado que pronto servirán una exquisita comida. Aunque no tenga hambre en absoluto, quizá decida comer por simple cortesía hacia su abuela.

La cultura se hace presente cuando de alimentación se trata, ya que la forma de reaccionar cuando se tiene hambre dependerá de las experiencias con la comida, las cuales están gobernadas principalmente por el aprendizaje y el condicionamiento social. En general, los estadounidenses comen tres veces al día en intervalos regulares. Una familia típica toma el desayuno a las 7 de la mañana, come hacia el medio día y cena a las 6 de la tarde aproximadamente. En cambio en Europa la gente acostumbra cenar mucho más tarde. Los italianos, por ejemplo, rara vez cenan antes de las nueve de la noche. Sin embargo los Mexicanos desayunan entre las ocho y nueve de la mañana, comen alrededor de las dos o tres de la tarde y cenan entre nueve y diez de la noche, en algunos lugares acostumbran almorzar al medio día. La cultura influye también en lo que comemos y la cantidad. La mayoría de los estadounidenses no comen carne de caballo, pero esta no es un alimento muy popular en algunos

países europeos. Algunos pueblos preindustriales comen larvas de insectos; tan solo pensar en ello causa repulsión a los estadounidenses. Sin embargo muchos estadounidenses comen puerco, alimento que viola las leyes dietéticas de los musulmanes y judíos (Scupin, 1995). En conclusión, aunque el hambre es básicamente una pulsión biológica, no es solo un estado interno que satisfacemos cuando el cuerpo nos lo indica. Tanto la motivación para comer como la ingestión excesiva están regidas por consideraciones psicológicas, culturales y ambientales, además de los factores biológicos (Morris, 2001).

Influencias Ambientales: la visión, el olor, la apariencia y el sabor de la comida; la hora del día; el estrés, y la ansiedad son antecedentes de la conducta alimenticia. Esta aumenta de manera significativa, por ejemplo, cuando un individuo enfrenta una variedad de alimentos, una gama de nutrientes, una diversidad de sabores y formas particulares de alimentos (Rolls, 1979; Rolls, Rowe y Rolls, 1982). La mera disposición de una variedad de comida excita más el comer, que una dieta monótona (Sclafani y Springer, 1976). Aun cuando el individuo tenga solo un tipo de alimento (por ejemplo, helado), la variedad de los sabores disponibles aumenta la ingesta de alimento (Beatty, 1982). La disposición al alimento y a las porciones de gran tamaño también induce a la glotonería (Hill y Peters, 1998).

Comer es generalmente un acto social. La gente come más cuando está en presencia de otros (quienes también están comiendo) que cuando están solas (Berry, Beatty y Klesges, 1995; de Castro y Brewer, 1991). La gente que intenta practicar una dieta se enfrenta a la probabilidad de no respetarla cuando están en presencia de otros que están comiendo (Grilo, Shiffman y Wing, 1989). La presión situacional por comer o por hacer dieta funciona con otra influencia ambiental sobre la conducta alimenticia. Hartarse con la comida, por ejemplo, es un patrón de comportamiento adquirido bajo un control social sustancial (Crandall, 1998). En otras palabras, las influencias extrínsecas se suman, e incluso en ocasiones superan, las influencias intrínsecas en lo que respecta al hambre y el comer (Reeve, 2003).

Nivel de glucemia: si no podemos culpar al estómago de hacernos comer, ¿a que podemos culpar? Una respuesta puede ser al nivel de glucosa en la sangre. Cuando comemos las enzimas de la saliva, en el estomago y el intestino delgado descomponen la comida en azúcares, aminoácidos y grasas. Los azúcares y los aminoácidos son absorbidos hacia la corriente sanguínea, desde donde viajan al hígado y más tarde, al cerebro. Los investigadores empezaron a concentrarse en el papel de la glucosa, cuando se encontró que un animal hambriento, podía no comérselo todo o comer menos comida, cuando se inyectaba sangre de otro animal que había sido bien alimentado (Davis y col, 1967, 1971). Ellos argumentaron que el cuerpo debe tener células, llamadas

glucorreceptores, que monitorizan el nivel de glucosa en la sangre (Worchel, 1998).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido: Un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación (OMS, 2012).

La comida y las emociones: prácticamente todas las personas que tienen problemas de peso comen por razones emocionales de vez en cuando. Por lo regular recurren a la comida cuando sienten ansiedad o tristeza, ven a la comida como un medio para obtener alivio, pero en realidad comer no resuelve nada, por el contrario la secuencia y frecuencia de estos actos pueden generar sobrepeso y obesidad en las personas. Tener emociones negativas no es malo,

pues estas no son más que la forma que tiene la naturaleza de decir que hay un problema. ¿Podrá de tolerar las emociones negativas? Claro que podrá, las emociones negativas no son peligrosas, no le va a suceder nada malo ni va a desmoronarse. Con el tiempo las emociones negativas al igual que el deseo compulsivo de comer disminuirán por si solas. Hay que recordar que una emoción negativa no nos obliga a comer, la presencia de una emoción negativa no es una emergencia. La comida puede ser eficaz como distracción temporal: sin embargo comer no resuelve el problema que le llevo a sentirse mal (Beck, 2009).

La acumulación de grasa en el cuerpo y la consecuente obesidad acarrea *complicaciones* como: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, enfermedades coronarias, alteraciones metabólicas, problemas respiratorios, problemas osteoarticulares, problemas digestivos, problemas renales, problemas cutáneos, problemas sexuales, problemas gestacionales, problemas hematológicos, problemas psicológicos: baja autoestima, depresión, Lipofobismo, y problemas sociales: Discriminación (Lesur, 2010).

3.1.2 Tratamiento para el sobrepeso y la obesidad desde la psicología.

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para apoyar a las personas en el

proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad, son fundamentales unas comunidades y unos entornos favorables.

En el plano individual, las personas pueden: Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total; aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares; realizar una actividad física periódica, y lograr un equilibrio energético y un peso normal. La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por consiguiente, en el plano social es importante:

Dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, y lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable: reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados; que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos; poner en práctica una comercialización responsable, y asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo (OMS, 2012).

¿Qué debería hacer una persona para perder el exceso de peso? Primero, conviene advertir que el cuerpo interpreta la pérdida de peso como una señal de peligro y adopta medidas para protegerse contra la pérdida ulterior. Por eso, si reducimos considerablemente las calorías de la dieta empezaremos a adelgazar, pero la reacción de nuestro organismo consistirá en disminuir el metabolismo a fin de necesitar menos calorías para conservar el peso. Se explica así porque algunas personas, tras perder 8 o 12 kilogramos, alcanzan un punto donde les es más difícil seguir perdiendo peso. ¿Cómo ocurre esto? De acuerdo con la Teoría, un mecanismo homeostático del cuerpo denominado punto de referencia regula el metabolismo, almacenamiento de grasa y la ingestión de alimentos (Bennett y Gurin, 1982). Esta teoría establece que el cuerpo está preprogramado para mantener cierto peso. Si normalmente pesamos 75 kilogramos y ganamos 5 durante las vacaciones, podremos perder el peso adicional con relativa facilidad, porque estaremos recuperando el que corresponde al punto de referencia. Esta teoría explica el estancamiento y el retroceso de los que hacen dieta y por que una persona delgada puede consumir el mismo número de

calorías que una persona obesa sin engordar. También ofrece alguna idea de la manera en que los genes influyen en el peso.

La teoría del punto de referencia pone en tela de juicio la idea de que existe un tipo corporal ideal. En efecto, esta idea se ha convertido en una obsesión enfermiza de muchas personas y puede provocarles serios trastornos de la alimentación que a veces ponen en peligro su vida. Aun cuando el deseo de perder peso y tener una buena condición física no sea tan extremo, puede reflejar mas una falta de autoestima que una verdadera necesidad de adelgazar. Los investigadores señalan la necesidad de distinguir las personas con sobrepeso que están cerca de su peso de referencia de los que tienen un sobrepeso u obesidad patológica (más de un 20% de peso normal). Para los del primer grupo, la aceptación de su cuerpo les ayuda mas a alcanzar una salud global que adelgazar (Brownell y Rodin, 1994).

La teoría del punto de referencia y el descubrimiento de que el peso corporal puede tener un origen genético no deben ser motivo de desaliento para las personas obesas que tratan de adelgazar, ya que la obesidad puede causar serios riesgos contra la salud (Bray, 1986) y depresión (Morris, 2001).

Dietas: cuando hay problemas de sobrepeso y obesidad, la gente suele recurrir a dietas llamadas hipocalóricas, lo que significa que son bajas en energía. Esto es válido si la dieta la estableció un experto en nutrición, pues garantiza que el régimen de alimentación toma en cuenta las características de cada persona, como sexo, actividad física, condiciones de salud, antecedentes familiares de enfermedad, gustos y ritmo de vida. ¿Por qué tantos factores? Cada persona es diferente, tiene necesidades y gustos específicos que deben considerarse en el momento de recomendar o seguir una dieta. Recordemos que está de por medio la salud y la vida (Esquivel, 2010).

Dentro de la *psicología de la salud*, Godoy define la salud como: un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias y socioculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por un equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañado de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades físicas y/o sociales. En la historia de la psicología de la salud encontramos a:

- Hipócrates el padre de la medicina, el hablaba de los “Temperamentos” En base a esta teoría también sostenía que la alteración de una de las cuatro sustancias daba como resultado en el cuerpo la enfermedad.

- En el Renacimiento el modelo biomédico establece que todo problema de salud tiene origen biológico, y que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente, la mente es vista como algo abstracto incapaz de influir sobre el cuerpo. Por lo tanto este modelo tiene como principios explicativos el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano.
- Modelo Biopsicosocial, el estilo de vida, el cambio cultural, así como las nuevas formas de relacionarse, tiene impacto sobre nuestro organismo, y provocando en este nuevas patologías.
- Psicología de la Salud, es el conjunto de contribuciones científicas y profesionales de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud y consistencias en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos. La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. El objetivo de la psicología de la salud es el estudio para el mantenimiento de la salud, así como el origen y la evolución de la

enfermedad. Sobre todo se caracteriza por su orientación hacia las consecuencias fisiológicas de la conducta. (Godoy, 1999).

▣ Modelo de creencias sobre la salud.- formulado por Hochbanm (1958) el cual sugiere que una persona adoptara o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud y de las percepciones sobre:

1. Susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad. Creencia de contraer o no una enfermedad.
2. Gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla.
3. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y la gravedad percibidas.
4. Los costes físicos, psicológicos, económicos, etc. de llevar a cabo acción.

▣ Teoría de la Acción Razonada.- sostiene que los comportamientos están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano. La intención de llevar a cabo una acción o no, está determinada por dicha voluntad. Los dos factores que determinan una acción razonada son:

1. Este factor hace referencia al aspecto personal, esto quiere decir que es la actitud hacia la conducta, una evaluación ya sea positiva o negativa que la persona hace con respecto a realizar o no una acción y los resultados de esta.

Por lo tanto el comportamiento se basa en las consecuencias positivas y si la mayoría de las creencias fundamentan en efectos negativos el comportamiento será desfavorable.

2. El segundo factor se refiere a la percepción que tiene la persona acerca de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión.

▣ La teoría de la conducta planificada.- dice que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevarla a cabo y que tenga garantías de que dicho comportamiento le ayudara a obtener el resultado deseado.

▣ La teoría de la motivación protectora.- Rogers, Harris y Middleton proponen que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar uno o varios comportamientos saludables puede aumentar si la persona percibe que su salud está seriamente amenazada, pero que en sus manos está también la posibilidad de hacer cosas eficaces y a un coste bajo para que dicha amenaza se reduzca.

▣ Modelo del proceso de la adopción de precauciones.- el modelo que Weinstein (1988) propone siete etapas de creencias para llevar a cabo una

acción: La persona no tiene información acerca de que su comportamiento tiene influencia sobre su salud, la persona adquiere conciencia del riesgo, manteniendo un sesgo optimista; es decir, cree que el peligro acecha a otros, reconoce su susceptibilidad y acepta la idea de que la precaución podría ser de gran ayuda para que el no corra peligro de la enfermedad, decide pasar a la acción, aun cuando decide entrar en acción, decide que dicha acción es innecesaria, adopta las precauciones necesarias para reducir riesgos y mantiene la precaución en caso de resultar necesario (León, 2004).

El *trabajo del psicólogo* comienza realizando la investigación básica en la salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos. El objetivo de dichas intervenciones, deben centrarse en el individuo, en los sujetos relacionados con el, en las personas que trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las organizaciones sanitarias o en la totalidad del sistema de salud. El tipo de intervenciones desarrolladas, que van desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biofeedback, la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, la realización de campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de la población.

Los grupos en el área de la salud: en cuanto a los grupos de apoyo, Barrón (1996) sintetiza sus principales características en las siguientes: son

grupos pequeños formados por sujetos voluntarios: se reúnen periódicamente, bajo la supervivencia de un profesional (psicólogo de la salud), para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, retroalimentación, identificar recursos, etc.; su principal objetivo es proporcionar ayuda mutua de cara a conseguir un fin determinado. Estos grupos suelen estar integrados por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En este caso esa alteración es causada por el sobrepeso y la obesidad. De esta forma el grupo proporciona a estos sujetos nuevos lazos y relaciones sociales, compensando así sus deficiencias psicosociales mediante la interacción con personas que presentan problemas, carencias o experiencias comunes (Sánchez, 2002).

Ribes (1990), creo un *Modelo Psicológico de la Salud*, en el cual especifican los factores conductuales pertinentes a la salud/enfermedad. Este modelo sirve como guía para la acción e intervención, practicas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como para esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes de ellas.

El modelo presenta dos etapas: una de proceso y otra de resultantes. El proceso psicológico de la salud se rastrea desde la historia de cada persona y se relaciona con dimensiones biológicas afectando a las competencias

presentes. Esta relación lleva a la etapa de resultantes. En esta, a nivel psicológico, se identifican las conductas instrumentales, que son acciones concretas relacionadas con la salud y que pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas; estas conductas afectan la vulnerabilidad biológica de la persona, y el resultado final de todo el proceso es la presencia de alguna enfermedad biológica y conductas asociadas a ella, o bien un estado de salud.

La prevención es la labor fundamental de la psicología y el objetivo ideal sería incidir en la prevención primaria, esto es, con personas que no tienen la enfermedad. Si esto fuera posible, habría que institucionalizar esta labor y enfocarse en dotar a las personas de competencias para el cuidado de la salud. Cuando la enfermedad está presente, ya sea una fase inicial o en fases posteriores, lo pertinente, como se ha hecho desde otras aproximaciones psicológicas, es lograr que el paciente tenga adherencia terapéutica y ahí, la piedra angular de la intervención es el apego a la dieta por ejemplo.

Para hablar del establecimiento de competencias, hay que empezar diciendo que el termino competencias funcionales presentes hace alusión a un factor disposicional y tiene que ver con la capacidad presente de una persona para enfrentar los requerimientos que la situación determinada le impone, se habla entonces de situaciones que implican logro. Para identificar competencias presentes se toman en consideración los siguientes elementos: Los

requerimientos de la situación, es decir, las demandas que la situación presenta en términos de emitir una conducta de adaptación, dar una respuesta correcta, resolver un problema o producir un resultado. Los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación (factores disposicionales de la situación físico/social y del propio individuo). Las formas de respuesta del individuo. Los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como efectos sobre el propio comportamiento (Simón, 1999).

Dotar a un paciente de estas competencias implica, entre otras cosas, incorporar conocimiento a sus prácticas cotidianas como en el caso de la prevención primaria, es importante que el paciente tenga conocimiento sobre su enfermedad y todo lo relacionado con ella; sin embargo, cuando se habla de la capacidad como disponibilidad de información, no significa que la capacidad constituya un proceso meramente de recibir y dar información, ya que la información por sí misma, sin estar vinculada a una práctica efectiva de reconocimiento de las condiciones de ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos, no tiene ningún impacto en el comportamiento futuro efectivo de un individuo.

Las competencias, así establecidas, dan lugar a ciertas conductas instrumentales preventivas, elemento que se ubica en la etapa de resultantes.

Las conductas instrumentales, consisten en acciones concretas de las personas que directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad, empeoren un estado patológico existente, reduzcan una enfermedad o coadyuven a la detención de su evolución e incluso a su remisión; por ello estas conductas son indicadoras de capacidad o competencia, en la medida en que reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud.

Ribes (1990) menciona que existen cuatro formas de competencias disponibles que configuran conductas instrumentales preventivas eficaces, que derivan en los siguientes tipos de saber hacer: Saber que tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, como decirlo y como reconocerlo, saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado, saber porque tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo, saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo y por ultimo saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera.

Niveles de prevención:

- **Primaria o de Intervención.-** es el nivel en el cual se previene la enfermedad o el daño en personas sanas, empleando técnicas de modificación de conducta para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas.

- ❑ Secundaria.- en este nivel ya hay un desarrollo primario de la enfermedad, en otros casos no hay ni siquiera un diagnóstico claro de la misma; o bien, aunque este diagnosticada se desarrolla lentitud. En este nivel se trabaja la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su conducta, y proporcionándole habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

- ❑ Terciaria.- se trabaja cuando los primeros síntomas de la enfermedad ya están presentes, para prevenir estados más avanzados y evitar factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, para de esta manera elevar la calidad de vida y favorecer la independencia y readaptación del paciente.

- ❑ Cuaternaria.- es la intervención que se realiza cuando el paciente ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, atenuando los efectos más nocivos y trabajando para evitar las recaídas, sobre todo, si estas tienen altas posibilidades de presentarse (Reynoso, 2002).

3.2 Fundamentos teóricos del desarrollo de la edad adulta.

Es una etapa donde, las personas cambian y crecen en muchos aspectos, durante esas dos décadas toman decisiones que marcaran sus vidas. La mayoría de las personas abandona el hogar de los padres en esta etapa de la vida, entra a trabajar por vez primera, se casa, tiene hijos y los cría. No es de extrañar que los científicos sociales afirmen que estos años son los más importantes de la vida.

Las personas establecen prioridades para cada día de sus vidas. Los adultos jóvenes toman decisiones que afectan su salud, sus carreras y sus relaciones interpersonales cuando apenas están madurando en muchos aspectos importantes. Según los evolucionistas, los años del final de la adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta son un periodo relativamente estable, pero las actuales investigaciones confirman la hipótesis de que no es así.

Durante la edad adulta son muy notables las interacciones entre los diversos aspectos del desarrollo: físico, intelectual, social y emocional. Se observa como la personalidad afecta la salud a través del análisis de los factores

que influyen para que algunas personas fumen, beban, coman demasiado o hagan ejercicio, o aumenten el riesgo de sufrir ataques al corazón.

Dentro de la edad adulta se pueden distinguir algunas etapas que mantiene un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional e incluso físico. Los progresos importantes ocurren: en la edad adulta temprana que abarca de los 20 a los 40 años, seguido de la edad adulta intermedia que abarca de los 40 a los 65 años y finalmente la edad adulta tardía de los 65 en adelante. A lo largo de esta investigación estaremos abarcando la edad adulta temprana de los 20 a los 40 años de edad (Papalia, 2001).

3.2.1 Desarrollo físico, cognitivo y psicosocial de la edad adulta.

El adulto joven, en la etapa del *desarrollo físico* debe gozar de su plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su punto máximo, el máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a los 30 años; después sobreviene una pérdida gradual del 10% entre los 30 y los 60 años. La mayor parte del debilitamiento se presenta en la espalda y en los músculos de las piernas y un poco menos en los brazos. Poseen mayor destreza manual y los sentidos alcanzan su máximo desarrollo, la agudeza visual es máxima a los 20 y comienza a decaer a los 40.

Cerca del 95% de las personas entre 15 y 44 años califican su salud como buena, muy buena o excelente, sin embargo algunos patrones específicos de comportamiento como la dieta, el ejercicio, el fumar y el beber alcohol, pueden afectar la salud. Una buena salud se halla relacionada con los ingresos, mayor escolaridad, el género y el estar casado. Las mujeres informan con mayor frecuencia su enfermedad, para emplear los servicios de la salud y ser hospitalizadas, tienen más conciencia de la salud que los hombres, y se orientan a buscar los servicios de la salud para la familia. Aunque las hormonas y el ciclo menstrual tienden a afectar el aspecto físico y emocional de algunas mujeres.

La afirmación según la cual “el hombre es lo que come” sintetiza la importancia de la nutrición en la salud física y mental. El alimento que ingieren las personas afecta la manera de verse, sentirse y, probablemente de enfermarse. Las personas que comen muchas frutas y legumbres, que incrementan la capacidad antioxidante de la sangre (Cao, Booth, Sadowsky y Prior, 1998), tienen menos probabilidades de sufrir enfermedades cardiovasculares y cáncer (Rimm et al., 1996). Seguir una dieta más vegetariana y estar activo, mantener el peso saludable y evitar fumar puede reducir los riesgos de cáncer en casi un 70%. Comer si quiera cinco porciones de frutas y legumbres diariamente podría reducir el riesgo en 20% (World Cancer Reserch Fund y American Institute for Cancer Research, 1997).

La organización mundial de la salud (OMS) ha denominado a la obesidad una epidemia mundial (OMS, 1998). La obesidad esta incrementándose en ambos sexos y en todos los segmentos de población, pero en especial entre el grupo de 18 y 29 años y las personas que tienen algún grado de estudio superior (Mokdad et al., 1999). ¿Qué explica la epidemia de obesidad? Algunos expertos señalan que la disponibilidad de “comidas rápidas” baratas en porciones abundantes, dietas altas en grasa, tecnologías que ahorran trabajo y actividades recreativas sedentarias como la televisión y los computadores (Brownell, 1998; Hill y Peters, 1998; Taubes, 1998). En una sociedad que rinde culto a la delgadez, tener sobrepeso puede acarrear problemas emocionales, riesgos de presión arterial alta, enfermedades cardiovasculares, apoplejía, diabetes, cálculos, y algunos tipos de cáncer (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 1993; Wickelgren, 1998).

K. Warner Schaie (1977) estableció siete etapas en *desarrollo cognitivo* desde la niñez hasta la edad adulta: adquisitiva, de logros, responsable, ejecutiva, reorganizadora, reintegradora y la etapa de legado. Aunque cabe mencionar que a esta edad se hace mayor alusión a la *etapa de logros (entre los 18 a 21 años y los 30)*: los adultos jóvenes ya no adquieren conocimiento solo para utilizarlo sino que emplean lo que saben para conseguir objetivos, como estudiar una carrera y tener una familia.

Robert Sternberg afirma que la inteligencia comprende tres aspectos: componente (crítico), de la experiencia (perspicaz) y contextual (práctico). Los dos últimos se desarrollan y adquieren gran importancia en la edad adulta. El pensamiento postformal se refiere al pensamiento de la edad adulta, el cual es abierto, flexible, adaptativo y va más allá de la lógica formal. Es característico de las personas que demuestran madurez de pensamiento.

Según Lawrence Kohlberg, el desarrollo moral en la edad adulta descansa en primer lugar en la experiencia, pero no puede rebasar los límites que le señala el desarrollo cognoscitivo, mientras los hombres tienden a pensar más en la justicia y la imparcialidad, las mujeres se preocupan más por la responsabilidad frente a personas específicas (Papalia, 2001).

Dentro del *desarrollo psicosocial* ¿Cambia la personalidad durante la edad adulta y, si es así, como cambia? Si la personalidad cambia y como cambia durante la edad adulta es un tema de estudio importante entre los teóricos del desarrollo. Hay cuatro enfoques importantes de la edad adulta: *Los modelos de rasgos*: son modelos teóricos centrados en rasgos o atributos intelectuales, emocionales, temperamentales y de comportamiento. *Los modelos tipológicos*: son los que identifican amplios tipos o estilos de personalidad. *Los modelos de crisis normativa*: son los que describen el desarrollo psicosocial en términos de una secuencia definida de cambios relacionados con la edad. Y por último *los*

modelos de ocurrencia oportuna de eventos: es un modelo teórico que describe el desarrollo psicosocial adulto como respuesta a la ocurrencia esperada o inesperada y a la época de los eventos importantes de la vida.

El adulto joven en esta etapa experimenta algunos de los patrones característicos o mecanismo de adaptación: 1) Maduro (que emplea el humor o ayuda a los demás), 2) Inmaduro (que desarrolla dolencias y penas sin base física), 3) psicótico (que distorsiona o niega la realidad) 4) neurótico (que reprisa la ansiedad o desarrolla temores irracionales). Los adultos jóvenes que empleen el mecanismo maduro, serán mental y físicamente más saludables, así como más felices que los demás, obtendrán más satisfacción en el trabajo, disfrutaran sus amistades, ganaran más dinero y parecerán mejor adaptados.

La sexta crisis del desarrollo psicosocial de Erikson, intimidad frente a aislamiento, es la preocupación principal de la edad adulta temprana. Si los jóvenes adultos no pueden establecer compromisos personales profundos con los demás, quizá se mantengan aislados y ensimismados. Sin embargo, también un poco de aislamiento es necesario para pensar en sus vidas. A medida que buscan resolver las exigencias conflictivas de intimidad, competitividad y distancia, desarrollan un sentido ético, al que Erikson considero la marca de la edad adulta. (Papalia, 2001).

3.3 La conceptualización de la autoestima desde la psicología.

El concepto de autoestima varía en función del paradigma psicológico que lo aborde (psicología humanista, psicoanálisis, o conductismo). Desde el punto de vista del psicoanálisis, la autoestima está íntimamente relacionada con el desarrollo del ego; por otro lado, el conductismo se centra en conceptos tales como «estímulo», «respuesta», «refuerzo», «aprendizaje», con lo cual el concepto holístico de autoestima no tiene sentido. La autoestima es además un concepto que ha traspasado frecuentemente el ámbito exclusivamente científico para formar parte del lenguaje popular. El budismo considera al ego una ilusión de la mente, de tal modo que la autoestima, e incluso el alma, son también ilusiones; el amor y la compasión hacia todos los seres con sentimientos y la nula consideración del ego, constituyen la base de la felicidad absoluta. En palabras de Buda, «no hay un camino hacia la felicidad, la felicidad es el camino» (Chang, 2006).

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo.

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima (Bonet, 1997).

George Herbert Mead (IEPPPN, 1997) al hablar de autoestima ponía un gran énfasis en las normas y valores comunitarios sociales. La autoestima sería una actitud evaluatoria hacia uno mismo, la cual estaría impulsando la tendencia innata del ser humano hacia la autorrealización (Rodríguez, 2010).

Una correcta educación hace que se necesite recibir la afirmación que dé origen a una sana autoestima. Señalaremos tres pasos; pero teniendo presente que no solamente tienen valor cronológico, sino que en la evolución de la persona es muy conveniente que se den y se repitan los tres.

1. La afirmación recibida: esa autoestima se va formando, en una educación integrada desde pequeño, recibiendo afirmación de otros, los que nos aprecian. De niños aprendemos lo que valemos por lo que nos valoran nuestros padres. Pronto advertimos que yo soy importante para muy poca gente en este mundo; pero la afirmación recibida de los demás, las alabanzas sinceras, el afecto con que se hacen, son instrumentos preciosos para lograr una sensible autoestima. De jóvenes y adultos a veces te alaban si algo te sale bien y esto lo apreciamos,

sobre todo, cuando la alabanza viene de alguien a quien estimamos porque entiende bien el asunto sobre el que se nos está alabando. Hay veces que alguna cosa nos sale bien y somos felicitados y alabados por ello. Entonces la modestia nos hace decir: — No es para tanto. Era mi obligación... Hay veces que recibimos alabanzas sinceras de los demás porque hemos hecho algo que es apreciado, que es útil a otros o que otros admiran. Esto nos afirma en nuestra autoestima, porque, al menos en parte, dependemos de los demás. Si los demás nos alaban sinceramente, estimamos internamente que valemos, que somos algo importante, que no somos la moneda pequeña del tamaño de una lenteja en cuya búsqueda, cuando se pierde, se emplea poco o ningún tiempo. Hay veces en que recibimos afirmación de los demás por lo que hacemos. Cuando tal cosa ocurre no se nos está tratando como seres únicos, no somos aún riqueza auténtica para el otro: siempre habrá otro que pueda hacer el mismo trabajo, incluso mejor. Cuando uno es amado por lo que es y no por lo que hace es cuando se convierte en una persona única e insustituible.

2. La afirmación propia: necesitamos recibir esa afirmación para desarrollarnos como seres humanos normales. Pero, además, no podemos depender continuamente de la afirmación que viene de fuera. Estamos en una sociedad competitiva, en que somos más inclinados a la rivalidad y la envidia que a la alabanza sincera de las cualidades y triunfos de los demás. Esta afirmación propia se consigue por el desarrollo de la personalidad.

3. La afirmación dada a los demás: Por la afirmación dada a los demás llegaremos a una autoestima sensible si somos conscientes de la afirmación compartida: alabando sinceramente a los demás, dando generosamente nuestro afecto y atención, reconociendo honradamente sus méritos, robustecemos nuestra propia autoestima, porque pocas cosas satisfacen más que el saber que hemos contribuido a la felicidad de otra persona (Rueda, 2012).

La autoestima comienza a formarse desde el propio vientre materno se va conformando por el condicionamiento de las opiniones de los demás y con la educación del entorno, si alguien vive siendo criticado, aprenderá a condenarse a sí mismo. Si se vive siendo ridiculizado aprenderá a ser tímido, si uno vive avergonzado aprenderá a sentirse culpable constantemente. En cambio si el individuo vive con aprobación, aprenderá a quererse así mismo (Duran, 2009).

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados: Tener una *autoestima alta* equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona. Tener una *baja autoestima* es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona. Tener un *término medio de autoestima* es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias

en la conducta —actuar, unas veces, con sensatez, otras, con irreflexión—, reforzando, así, la inseguridad. (Branden, 1987).

En la práctica, y según la experiencia de Nathaniel Branden, todas las personas son capaces de desarrollar la autoestima positiva, al tiempo que nadie presenta una autoestima totalmente sin desarrollar. Cuanto más flexible es la persona, tanto mejor resiste todo aquello que, de otra forma, la haría caer en la derrota o la desesperación.

La baja autoestima no resulta conveniente, la gente con poca autoestima tiende a sufrir elevados niveles de ansiedad. Algunas personas razonan que el principal beneficio de la alta autoestima es que protege al yo contra la ansiedad (Greenberg, 1992). Por lo tanto la baja autoestima deja a la persona expuesta a los sufrimientos de la ansiedad. Pero solo por el hecho de que la baja autoestima sea mala no significa que los intentos de inflar la autoestima resulten buenos. De hecho, exagerar la autoestima tiene un lado oscuro. La gente con la autopercepción sobregirada es mucho más propensa a la agresión y a cometer actos de violencia cuando su percepción favorable se ve amenazada (Baumeister, Smart y Boden, 1996). La autoestima es el resultado del funcionamiento adaptativo y productivo del Yo (Reeve, 2003).

3.3.1 La autoaceptación como interpretación de la autoestima según Ellis.

Albert Ellis (1991), quien en numerosas ocasiones ha calificado la filosofía de la autoestima como esencialmente autofrustrante y destructiva en última instancia. Ellis considera que, aunque la propensión y tendencia del ser humano hacia el ego es innata, la filosofía de la autoestima aparece en un análisis definitivo como irreal, ilógica y destructiva para el individuo y para la sociedad, proporcionando más daño que beneficio. Cuestiona los fundamentos y la utilidad de la fuerza del ego, y afirma que la autoestima está basada en premisas definitorias arbitrarias, y sobre un pensamiento sobre-generalizado, perfeccionista y ostentoso. Admite que la consideración y valoración de los comportamientos y características son funcionales e incluso necesarias, pero ve la consideración y valoración de la totalidad de los seres humanos y la totalidad de uno mismo como irracionales, antiéticas y absolutistas.

Considera que la autoestima implica una autoevaluación o "puntuación" sobre uno mismo, que se realiza por una escala de valores que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas, que son significativas sobre nosotros. En éste sentido, una valoración errónea de la propia autoestima es una fuente importante de trastornos, ya sea por una sobrevaloración insostenible, ya sea debida a una desvalorización peligrosa desencadenada por

fracasos o rechazos, que en definitiva es lo que constituye el elemento central de las depresiones y es el factor fundamental implicado en la ansiedad.

Resulta irracional sentir baja autoestima porque "Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor "general" a una persona como tal", "Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas" y "La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos". Según Ellis, la alternativa más saludable es la autoaceptación y aceptación de los demás de forma incondicional.

La autoaceptación quiere decir que la persona se acepta a sí misma plenamente y sin condiciones, tanto si se comporta como si no se comporta inteligente, correcta o competentemente, y tanto si los demás le conceden como si no le conceden su aprobación, su respeto y su amor (Bonet, 1997). La autoaceptación consiste en querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores. Se trata de alcanzar una "auto-aceptación incondicional", conseguir no sentirse rechazado, aún sin importar cuán desastrosas sean nuestras acciones; debemos aceptarnos por lo que somos más que por lo que hemos hecho.

Uno de los rasgos humanos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido es la plena aceptación de sí mismo, es decir “la confianza en sí mismo” o “amor propio” es una forma sumamente condicional de aceptación. Uno tiene confianza en sí mismo o estimación de su persona debido a que posee alguna razón específica para ello, a que hace algo bien o con excelencia. Por lo tanto, perderá esa confianza o estimación tan pronto comience a funcionar deficientemente (Ellis, 2005).

Idea ilógica que repercute en la Autoestima: *La idea de que tiene la necesidad ineludible de ser amados o aceptados por las personas significativas* en lugar de concentrarse en su propio autorrespeto, en ganar aprobación para propósitos prácticos y amar en lugar de ser amados.

Solución principal al problema: acéptese como bueno, valioso o digno de vivir y disfrutar simplemente porque usted es un ser humano, está vivo, y es una persona única; y no evalúe, tase o mida en absoluto su ego o persona, sino solo sus pensamientos, sentimientos y conductas individuales, centrándose en sus metas y propósitos elegidos.

A continuación se presentan las creencias irracionales (CI) y racionales (CR) que acompañan y genera la autoestima:

Autoestima (inflación del ego)
<p>1. (CR) Disfruto lo bien que me desempeño.</p> <p>(CI) Tengo que desempeñarme bien, porque eso me convierte en una persona grandiosa, ¡en un ser superior a los demás!</p> <p>2. (CR) Disfruto al tener tu aprobación y/o amor.</p> <p>(CI) Si tú (y otras personas) no me dais la aprobación y/o el amor que necesito de una forma absoluta, debe existir algo muy malo en mí por no ser más apreciado (Ellis, 2000).</p>

Figura 3. Ideas racionales e irracionales de autoestima.

3.3.2 La necesidad de autoestima desde la concepción de Abraham Maslow.

Abraham Maslow (1943) propone: Una teoría sobre la motivación humana (Teoría of Human Motivation), donde formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).



Figura. 4 Pirámide de Maslow.

El concepto de necesidad básica puede definirse en términos de la pregunta a las que responde y de las operaciones que la ponen al descubrimiento. ¿Qué es lo que convierte a la gente en neurótica? La neurosis parecía en su esencia y sus principios una enfermedad deficitaria; enfermedad que surge de la privación de ciertas satisfacciones que yo llamo necesidades en el mismo sentido en que son el agua, los aminoácidos y el calcio, es decir que su carencia es causa de enfermedad. (Maslow, 1943).

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referentes a la supervivencia):

- Necesidad de respirar, beber agua (hidratarse), y alimentarse.
- Necesidad de dormir (descansar) y eliminar los desechos corporales.
- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.
- Necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido o con vestimenta.

Cuando un elemento que integra este nivel requiere ser satisfecho, éste relega por completo a las necesidades de otras jerarquías; sin la satisfacción completa de las necesidades de este nivel, no se puede avanzar a los siguientes niveles.

Necesidad de autoestima: Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la necesidad de aprecio, que se divide en dos aspectos, uno es: el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.) es decir, el resultado de la capacidad o maestría en una tarea, y el segundo el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.) es decir, atención y reconocimiento que viene de otros. La expresión de aprecio más sana según Maslow es la que se manifiesta «en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación» (Bonet 1997).

“Es imposible la salud psicológica, a no ser que lo esencial de la persona sea fundamentalmente aceptado, amado y respetado por otros y por ella misma”.

Abraham Maslow

Todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime. (Bonet, 1997).

Las necesidades fisiológicas, la necesidad de seguridad, amor, respeto, información, son ciertamente para muchas personas molestias, perturbaciones psíquicas y generadores de problemas, especialmente para aquellas que han sufrido experiencias insatisfactorias al intentar solventarlas y para aquellas otras que no disponen de los medios para intentarlo.

Aun admitiendo todas estas deficiencias, el caso ha sido exagerado: se pueden aceptar y disfrutar las propias necesidades, así como también recibirlas con agrado en el momento en que adquirimos conciencia de ellas, si: Su experiencia pasada a sido satisfactoria, puede confiarse en poder satisfacerlas en el presente y en el futuro. Por ejemplo, si una persona ha disfrutado siempre de la comida y puede conseguir en este momento buenos alimentos, recibirá con agrado y no con temor la aparición en la conciencia del apetito. <<Lo malo de la comida es que me quita el apetito>>. Algo parecido puede decirse con la necesidad de estima, si el individuo ha sido estimado desde pequeño desarrollara una buena autoestima, sin embargo si fue burlado, humillado y ridiculizado mantendrá una baja autoestima. Con todo aun puede encontrarse una refutación mucho más poderosa de la teoría de que: la necesidad es una

molestia, en la reciente toma de conciencia e interés por la motivación del desarrollo <auto-realización> (Maslow, 2009).

“Solo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos” lo cual se consigue ascendiendo por “la escalera de la autoestima” y cuyos peldaños son los siguientes: autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación, autorrespeto y autoestima. En este recorrido que lleva hacia la autoestima se tienen que descubrir el yo físico (organismo), el yo psíquico (lo emotivo, la mente y el espíritu) y el Yo social (roles). Esto es posible siempre y cuando estén satisfechas las necesidades fisiológicas que propone Maslow para luego ascender hacia las necesidades de crecimiento o autorrealizadoras (Rodríguez Estrada, Pellicer)

Una persona con autoestima alta vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades, tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones.

Según Maslow (cit. por Price, 1993, p,15) el ser humano debe satisfacer muchas necesidades de su vida, una de las cuales es la que se refiere al amor propio, al respeto de sí mismo, a la consideración de sí y a la apreciación propia. (Globe, 1997).

3.3.3 Concepto de autoestima, producto de la conjugación del pensamiento de Ellis y Maslow.

La autoestima es el resultado de un proceso de autopercepción, autoevaluación y autoaceptación que cada individuo realiza al evaluarse en todas las esferas de su vida, cubriendo así una necesidad de ser humano.

Si bien es cierto que el ser humano tiende a evaluar sus conductas, pensamientos, sentimientos, acciones y emociones, es una evaluación subjetiva ya que se encuentra inmerso dentro de sus propios intereses, sin embargo esta evaluación le ayuda a reconocer su personalidad y así poder aprender de sus experiencias y mejorarlas. Pero en la gran mayoría de las personas no se detienen con su autoevaluación, si no que acceden a la evaluación de terceras personas, sobre todo aquellas que son significativas en nuestra vida (padre, familiares, amigos, pareja, etc.).

La autoaceptación es el primer paso para lograr la aceptación de los demás, de esta forma se cubre la necesidad innata de autoestima. Para autoaceptarse incondicionalmente es indispensable conocerse esto se logra haciendo un análisis profundo de la persona, y la necesidad de ser estimado por otras personas se cubre en automático en la sociedad en que vivimos es más fácil juzgar al prójimo que a uno mismo la forma más sana, es ser asertivos al recibir una muestra de estima de terceras personas.

Comprender que no existe en la tierra ser perfecto nos ayuda a erradicar el irracional pensamiento perfeccionista de que tengo que desempeñarme bien en todo para convertirme en un ser grandioso y superior y lograr así evaluaciones más conscientes y realistas de nuestra persona, permitiéndonos cometer errores sin juzgarnos y auto castigarnos, para lograr entonces evaluaciones que siempre sean en calidad de mejoría y motivacionales más que estancamiento personal, que sean el camino para alcanzar una salud psicológica aceptándonos, amándonos y respetándonos.

CAPITULO IV.

PROPUESTA DE TESIS.

4.1 Contextualización de la propuesta.

Nombre:

SISTEMA PSICOLÓGICO DE APOYO EN PECOMAPE.

PECOMAPE = Perdida, control y mantenimiento del peso.

Justificación:

El sobrepeso y la obesidad es un problema mundial que ha sido atacado por varios profesionales de distintos países, desde doctores, nutriólogos, psicólogos, acondicionadores físicos, escritores, etc. Que han dado batalla a esta gran lucha, la industria farmacéutica se han creado medicamentos para la pérdida de peso que aceleran el metabolismo, así como suplementos alimenticios, tratamientos quirúrgicos para adelgazar, se han escrito miles de libros que hablan de dietas, un sinfín de productos naturistas (laxantes) que también contribuyen a la pérdida de peso, pero muchas personas lejos de lograr su objetivo ponen en riesgo su salud o se vuelven víctimas de otros desordenes alimenticios como la anorexia y bulimia que los acercan a la muerte. Que es lo que pasa que la mayoría de la gente no consigue el objetivo, y los pocos que lo consiguen es producto de su esfuerzo y disciplina, muchos otros lo consiguen después de mucho dinero invertido en productos y tratamientos, pero al paso de

unos meses vuelve a recuperar el peso que habían perdido o hasta un poco más. Esto ocurre porque se ataca el problema desde el exterior, es decir lo que podemos percibir como lo es el volumen, la talla y el peso pero lo verdaderamente importante es atacar el problema de fondo, la causa real que origina el sobrepeso u obesidad que casi siempre es un problema emocional donde la comida satisface alguna necesidad o carencia de la persona, si se ataca y resuelve el problema emocional aunado a un cambio de conductas y pensamientos irracionales acerca de la comida se lograra un resultado verdaderamente positivo.

Entonces nace la idea de crear un sistema psicológico que cuente con las herramientas antes mencionadas para resolver el problema de sobrepeso y obesidad desde su raíz, donde las personas compartirán en grupo un mismo objetivo motivándose mutuamente al compartir sus experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento durante el proceso de perdida control y mantenimiento de su peso corporal, guiados por un psicoterapeuta el cual empleara técnicas del modelo cognitivo conductual que ayudaran al individuo a modular sus pensamiento basados en ideas irracionales y supervisara el proceso tanto de forma individual como grupal.

Cabe mencionar que el siguiente sistema psicológico es de apoyo por que al ser complementado con un plan de nutrición (Dieta adecuada a la

persona), una rutina de actividad física y un monitoreo medico general, se convierte en un *SISTEMA PSICOLOGICO INTEGRAL DE APOYO EN PECOMAPE* que dará magníficos resultados y es de utilidad a toda la sociedad no solo a personas con sobrepeso u obesidad, sino también con desordenes alimenticios, no importando edad, sexo ni clase social ya que un estado optimo de salud y calidad de vida le compete a todo ser humano.

Objetivo:

Establecer este sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE para contribuir con el problema emocional que origino el sobrepeso u obesidad y así equilibrar la autoestima de la persona y lograr un control y mantenimiento del peso deseado. Al trascurrir las sesiones se podrán notar la disminución en el individuo de peso y de baja autoestima volviéndose una persona más segura y sociable al relacionarse con su entorno.

Población:

Adultos Jóvenes de 20 a 40 años de la ciudad de Córdoba, Veracruz.
(Características manejadas en este trabajo de Tesis).

Aunque en realidad este sistema psicológico integral de apoyo en PECOMAPE es apto para individuos de cualquier edad y clase social que quieran controlar su peso, mantenerse en el o disminuirlo.

Modalidad:

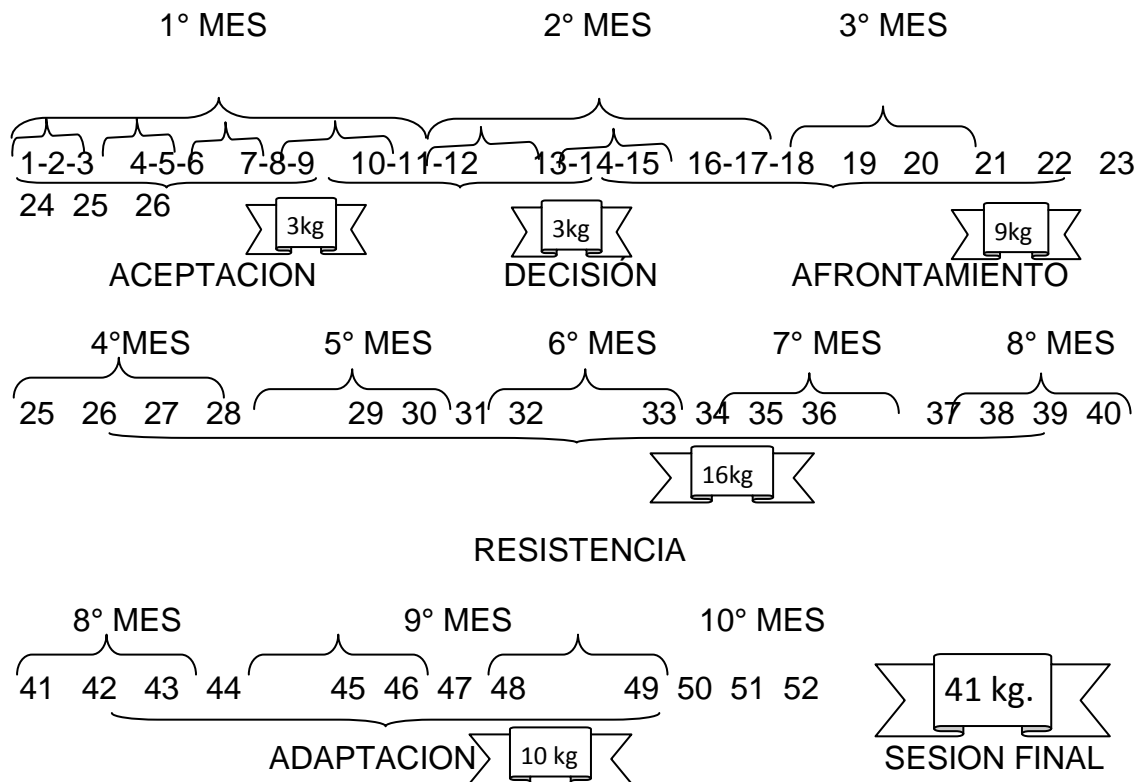
La modalidad de terapia a emplear en este sistema es grupal ya que permite al terapeuta ver el comportamiento y las conductas en presencia de otros, además de que el paciente encuentra en el grupo apoyo social, la sensación de que no somos los únicos en el mundo con problemas de alimentación-emocionales, ayuda y motivación para emprender nuevas conductas.

¿Qué son los grupos de autoayuda? Son grupos en su mayoría locales y pequeños que comparten un problema o dificultad común, es decir, se centran en una meta particular; en este caso sería la pérdida, control y mantenimiento del peso (PECOMAPE) y ofrecen asistencia mutua a un costo muy bajo.

Duración:

El sistema se compone de 52 sesiones ordinarias y una extraordinaria de cierre, con duración de una hora y considerando que la mayoría de ellas se realiza semanalmente, la duración total del Sistema de apoyo a PECOMAPE tiene una duración de 10 Meses.

A continuación se muestra un esquema de la duración del sistema:



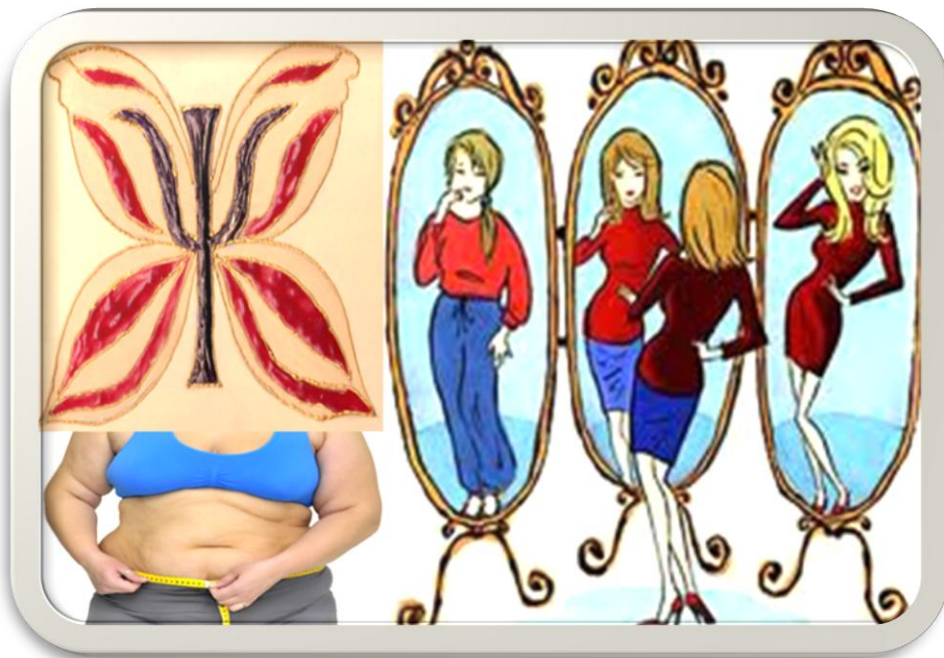
4.2 Desarrollo de la propuesta de Tesis.

A continuación se presentara el contenido y desarrollo del *Sistema Psicológico de Apoyo en PECOMAPE* mediante sus 53 cartas descriptivas correspondientes a cada sesión que conforman este sistema.

Cada una de ellas persigue un objetivo particular consecuente del objetivo de la etapa a la que pertenece y a su vez del objetivo general del sistema, dicho objetivo particular busca alcanzarlo durante la sesión, la cual se divide en; encuadre, desarrollo y cierre. Con una duración aproximada de 1 hora.

SISTEMA PSICOLÓGICO DE APOYO EN LA PECOMAPE.

PECOMAPE = Perdida, control y mantenimiento del peso.



ÍNDICE.

- I. Etapas del sistema
- II. Esquema de duración
- III. Etapa de aceptación
- IV. Sesión 1: Sobrepeso y obesidad
- V. Sesión 2: Autoestima
- VI. Sesión 3: Pulsiones primarias: el hambre (fisiológica y emocional)
- VII. Sesión 4: Diferencias culturales en la alimentación: Cocina Mexicana
- VIII. Sesión 5: Enigmas clínicos del sobrepeso y la obesidad
- IX. Sesión 6: Obesidad contagiosa, se esparce con el contacto social
- X. Sesión 7: La hormona de las células grasas
- XI. Sesión 8: Metabolismo y Genes del sobrepeso
- XII. Sesión 9: Control, pérdida y mantenimiento del peso
- XIII. Sesión 10: Causas principales del aumento de peso
- XIV. Etapa de decisión
- XV. Sesión 11: Tratamientos para la obesidad
- XVI. Sesión 12: Dietas, tipos de dietas
- XVII. Sesión13: Actividad física. ¿Qué tipo de actividad física debe realizar un obeso?
- XVIII. Sesión 14: Terapia psicológica grupal o individual. (Relajación y control de emociones).
- XIX. Sesión 15: Ventajas al perder peso (prevención de enfermedades), ¿Por qué quiero adelgazar?

- XX. Sesión 16: Establecimiento de la Meta realista en tiempo y forma
- XXI. Etapa de afrontamiento
- XXII. Sesión 17: TREC A-B-C. Creencias irracionales que engordan. (Ideas irracionales acerca de la comida)
- XXIII. Sesión 18: Terapia cognitiva: método de Beck para bajar de peso
- XXIV. Sesión 19: Elección y elaboración del plan a seguir: nutrición+ actividad física +asesoría psicológica
- XXV. Sesión 20: Análisis y valoración de los resultados del proceso en su primera semana
- XXVI. Sesión 21: Conciencia al comer: hay que darse tiempo, forma y ambiente
¿Qué ocurre cuando comemos?
- XXVII. Sesión 22: Voluntad y actitud ante la comida
- XXVIII. Sesión 23: Seguimiento de las 5 “D” del cambio
- XXIX. Sesión 24: Tecnología de lo obvio
- XXX. Sesión 25: Muchos más también luchan
- XXXI. Sesión 26: Si pierdo una batalla, tengo una guerra por ganar
- XXXII. Etapa de resistencia
- XXXIII. Sesión 27: Que hay detrás de la obesidad
- XXXIV. Sesión 28: El peso de los kilos (cuantos he logrado quitarme)
- XXXV. Sesión 29: La competencia que me impulsa y motiva
- XXXVI. Sesión 30: Mi verdadero motivo para seguir (debo ser yo mismo)
- XXXVII. Sesión 31: Pensamiento de una persona delgada vs pensamiento de un obeso

- XXXVIII. Sesión 32: Soy el reflejo de lo que como
- XXXIX. Sesión 33: Los obesos poseen un carácter a la defensiva y/o agresivo
 - XL. Sesión 34: Sanando mi niño interior
 - XLI. Sesión 35: Frustración toxica
 - XLII. Sesión 36: Tolerancia al hambre
 - XLIII. Sesión 37: Entrenamiento asertivo (suposiciones tradicionales erróneas)
 - XLIV. Sesión 38: Pensamientos auto sabotadores
 - XLV. Sesión 39: “No estoy castigado simplemente evito al máximo lo que daña a mi persona”.
 - XLVI. Sesión 40: Reconocimiento de logros
 - XLVII. Sesión 41: El espejo no miente, asimilación del cambio
 - XLVIII. Sesión 42: Técnicas para vencer las tentaciones (elección al comer-ventajas y desventajas)
 - XLIX. Etapa de adaptación
 - L. Sesión 43: Inteligencia emocional (mente y medicina, conocimiento de uno mismo)
 - LI. Sesión 44: Reconstrucción de mi autoestima. “ahora soy una persona más segura”
 - LII. Sesión 45: La asertividad, expresión de una sana autoestima
 - LIII. Sesión 46: Como me ven los demás, pero sobretudoo como me siento yo
 - LIV. Sesión 47: Más optimista por dentro y reluciente por fuera (tiempo del cambio de look)
 - LV. Sesión 48: El rechazo toxico

- LVI. Sesión 49: Lo que mi cuerpo expresaba Vs lo que mi cuerpo expresa
- LVII. Sesión 50: Liberación de la culpa, (aprender de tus errores)
- LVIII. Sesión 51: Aprende a pensar en ti mismo, al estar bien podrás ayudar a que otros lo estén
- LIX. Sesión 52: Atrévete a ser ejemplo y motivar a otro, abrázate de tus nuevos pensamientos, ideas y conductas acerca de la comida
- LX. Sesión 53: Cierre con broche de oro

ETAPAS DEL SISTEMA PSICOLOGICO DE PÉRDIDA, CONTROL Y

MANTENIMIENTO DEL PESO.

- ACEPTACIÓN (10 SESIONES): En esta etapa el paciente es capaz de *RECONOCER* que tiene un problema de sobrepeso u obesidad, e identifica las causas que lo generaron y que han repercutido en su autoestima y desarrollo personal. La mayoría de las personas que padecen sobrepeso u obesidad afirman ser felices con su condición física, “sentirse bien” aunque la realidad la callen en su ser y en la oscuridad de su habitación, donde son ellos mismos sin aparentar ante la sociedad, es por ello que la aceptación es el primer paso a dar en este sistema.

- DECISIÓN (6 SESIONES): Una vez que el paciente acepto y entendió su problema, elije trabajarlo por convicción personal. Un paciente convencido y con voluntad propia de querer llevar el sistema lograra fácilmente sus objetivos, la clave es *QUERER*.

- AFRONTAMIENTO (10 SESIONES): Durante esta etapa el paciente diseña, desarrolla y ejecuta el plan a seguir para lograr la homeostasis deseada y mejorar su autoestima. En esta etapa el punto es *ACCIONAR* en torno al objetivo deseado, la preocupación de que se tiene por el sobrepeso u obesidad se debilita al ocuparse en resolver el problema.

- RESISTENCIA (16 SESIONES): A lo largo de esta etapa el paciente descubrirá sus pensamientos irracionales sabotadores que le limitan en el proceso y será capaz de fomentar técnicas de disciplina que lo acerquen a su meta. La *CONSTANCIA* hace que el paciente se mantenga firme en su objetivo y sobrepase al menor obstáculo (tentación) que se le presente durante su proceso.

- ADAPTACIÓN (10 SESIONES): Es la etapa final del sistema y tiene por objetivo reconciliar el ser interior y exterior que era al inicio del proceso y el que es ahora, logrando así una readaptación y mantenimiento del paciente. La *CONSOLIDACION* de los nuevos pensamientos, hábitos alimenticios y del deporte son la clave en esta etapa, que nos llevan a la culminación y garantizan el éxito de este sistema.

ETAPA 1: ACEPTACION.

Objetivo: En esta etapa el paciente es capaz de reconocer que tiene un problema de sobrepeso u obesidad, e identifica las causas que lo generaron y que han repercutido en su autoestima y desarrollo personal.

1. Sobrepeso y obesidad.
2. Autoestima.
3. Pulsiones primarias: el hambre (fisiológica y emocional).
4. Diferencias culturales en la alimentación: Cocina Mexicana.
5. 8 enigmas clínicos del sobrepeso y la obesidad.
6. Obesidad contagiosa, se esparce con el contacto social.
7. La hormona de las células grasas.
8. Metabolismo y Genes del sobrepeso.
9. Control, pérdida y mantenimiento del peso.
10. Causas principales del aumento de peso.

TEMA: SOBREPESO Y OBESIDAD.		
	Objetivo: Determinar si el paciente tiene sobrepeso, u obesidad y en qué grado, hacer que se sienta parte de este grupo y así trabajar su proceso de cambio.	Sesión: 1
		Etapa: Aceptación
		Fecha:
		Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>REGISTRO: El paciente deberá llenar una ficha de registro, (Nombre, edad, peso, estatura, medidas corporales, foto de cuerpo completo, etc.). Se les entregara un carnet de terapias, gafete, una tarjeta de control, sobre expediente, listado de alimentos permitidos.</p> <p>BIENVENIDA: Se les da la bienvenida a los pacientes y se les explica (Pptx) de forma global como y en qué consiste cada etapa del proceso.</p> <p>VIDEO INDUCTORIO: Se proyectara el video: Para llegar a la cima Eduard Rybak, Se reflexiona el video con una lluvia de ideas, promoviendo así la participación de los pacientes.</p>	
	<p>MATERIALES: Ficha de registro, Cámara fotográfica, Pptx de bienvenida, video inductorio, proyector, laptop, bocinas, carnet, gáfate, tarjeta de control, sobres para expediente, hoja de alimentos permitidos y especificaciones, balanza, cinta métrica, lapicero, plumones.</p>	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Se expone el tema con la Pptx sobrepeso y obesidad o con laminas en rotafolio. La intención de dicho tema es que el paciente identifique si tiene sobrepeso u obesidad en algún grado. El sobrepeso y la obesidad.- Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa y originada por muchas causas con numerosas complicaciones. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla (altura).</p> <p>CALCULO DE IMC: Se le proporcionara al paciente una tarjeta donde calculara su IMC como se explico en la formula.</p>	
	<p>MATERIALES: Rotafolio, papel bond, plumones, tarjetas, lápices, Pptx obesidad y sobrepeso, laptop, proyector.</p>	
CIERRE	<p>EL BARCO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD: Se simulara un barco esperando se suban a él, los que así lo quieran.</p> <p>CALCANDO MI SILUETA: En parejas calcaran sobre el papel bond su silueta.</p>	
	<p>MATERIALES: Pptx el barco del sobrepeso y la obesidad, sillas, papel bond, plumón y cinta.</p>	
<p>FUENTE: Lesur, Luis. Manual de nutrición. México SEP Editorial Trillas, 2010.</p>		

TEMA: AUTOESTIMA		
	Objetivo: Evaluar cómo se encuentra la autoestima de la persona a raíz de su problema de sobrepeso y obesidad.	Sesión: 2
		Etapa: Aceptación
		Fecha:
		Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Anotando en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta segunda sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior con una lluvia de ideas, destacando el mensaje central.</p> <p>CUENTO ARABE: Narración del cuento con el objetivo de inducir al tema de autoestima, liberarnos de las opiniones de la gente, lo más importante es lo que dice la voz interior.</p>	
	<p>MATERIALES: Hoja del cuento, carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y bascula.</p>	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Se expone el tema con la Pptx de autoestima que es la autoevaluación o puntuación de uno mismo ligada a la autoaceptación. La autoestima implica una valoración del individuo por la forma en que se ha comportado de forma inteligente, correcta o competente.</p> <p>ACTIVIDAD DEL ESPEJO: Consiste en que cada paciente este frente al espejo un momento y los demás participantes le aplaudan y el exprese: “yo me gusto, yo me quiero, yo me amo, yo me acepto como soy”.</p>	
	<p>MATERIALES: Pptx de la autoestima, espejo de cuerpo completo.</p>	
CIERRE	<p>IMAGINATE UN ASTRONAUTA: Al realizar este ejercicio de imaginación el paciente comprende de forma más concreta que la percepción de los demás no es lo importante y así empezaremos a alimentar de forma más positiva nuestra estima personal.</p> <p>PLENARIO: Expresar con unas palabras que les parecieron el tema y las actividades de la sesión.</p>	
	<p>MATERIALES: Hoja del ejercicio de imaginación el astronauta.</p>	
<p>FUENTE: Ellis, Albert. Vivir en una sociedad irracional. Editorial: Paidós. México 2000.</p>		

TEMA: PULSIONES PRIMARIAS: EL HAMBRE (FISIOLÓGICA Y EMOCIONAL.)			
	Objetivo: Lograr que el paciente sea capaz de detectar cuando tiene hambre fisiológica y cuando padece de hambre emocional.	Sesión: 3	Etapa: Aceptación
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: de forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta tercer sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior con una lluvia de ideas, destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p> <p>CUESTIONARIO: El paciente responderá un cuestionario para identificar de forma general si es más constante su hambre emocional o fisiológica y ante que estímulos emocionales responde.</p>		
	<p>MATERIALES: Copias del cuestionario, carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>		
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx - pulsiones primarias, se da el nombre de pulsiones primarias a las necesidades biológicas que desencadenan un estado correspondiente de activación o tensión (pulsión) psicológica.</p> <p>Las pulsiones no aprendidas en especial el hambre, la sed, el sexo son comunes a todos los animales, incluido el ser humano.</p> <p>El Hambre.- Cuando tenemos hambre, comemos. De lo contrario, la necesidad de alimento seguirá intensificándose. Pero no necesariamente sucederá lo mismo con el apetito, es decir con la sensación de hambre.</p>		
	<p>MATERIALES: Pptx pulsiones primarias, proyector, laptop.</p>		
CIERRE	<p>FANTASIA GUIADA: Se induce a una fantasía guiada donde se hable de las nuevas ideas a la hora de comer.</p>		
	<p>MATERIALES: Música de fondo, incienso, tapete, veladora aromática, hoja de nuevas ideas o consignas acerca de la comida.</p>		
<p>FUENTE: Morris, Charles G. Psicología, editorial Pretince Hall 2001.</p>			

TEMA: DIFERENCIAS CULTURALES EN LA ALIMENTACION. COCINA MEXICANA.		
Objetivo: Conocer como las diversas culturas influyen en la alimentación de cada país y sociedad, y como ha influido en el nuestro.	Sesión: 4	Eta pa : Aceptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: de forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: se les da un cordial saludo y bienvenida a la cuarta sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida.</p> <p>ENLACE: se recapitulara el tema de la sesión anterior con una lluvia de ideas, destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>GLOBOS EXTRANJEROS: En esta dinámica se les proporcionara un globo a cada miembro del grupo dentro del cual llevara un papelito con los alimentos originarios de países distintos, el objetivo es reventar el globo y comentar el contenido.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA DIFERENCIAS CULTURALES La cultura se hace presente cuando de alimentación se trata, ya que la forma de reaccionar cuando se tiene hambre dependerá de las experiencias con la comida, las cuales están gobernadas principalmente por el aprendizaje y el condicionamiento social.</p> <p>Se cree erróneamente que la cocina Mexicana engorda, pero el problema no es la comida o la cocina Mexicana, pues esta es una de las más variadas y combinadas del mundo.</p> <p>Necesitamos conocer mejor nuestra cultura para apreciar y valorar nuestras raíces y características como pueblo. La comida mexicana no solo son los tacos y los chilaquiles. Existe una gran variedad de alimentos y platillos preparados que datan de los tiempos prehispánicos.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, globos, papelitos.</p>	
CIERRE	<p>VIDEO: Se proyectara el video de México en la piel destacando las verdaderas tradiciones de alimentación que el país tiene.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, video, bocinas.</p>	
<p>FUENTES: Morris, Charles G. Psicología, editorial Pretince Hall 2001.</p>		

TEMA: 8 ENIGMAS CLÍNICOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.			
	Objetivo: Presentar a los pacientes los ocho misterios que rodean al sobrepeso y la obesidad.	Sesión: 5	Etapa: Aceptación
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p>		
	<p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a la cuarta sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p>		
	<p>JUEGO LA TELARAÑA: Se recapitulara el tema de la sesión anterior atreves de este juego, promoviendo así la participación de los pacientes. Consiste en hacer preguntas de la sesión anterior de forma aleatoria a quien le caiga la bola de estambre y así se va formando una telaraña.</p>		
	<p>EL MISTERIO DEL ELEFANTE: Con este cuento se pretende reflexionar la parte de las ataduras que como seres humanos vamos adquiriendo a lo largo de nuestra vida. En otras palabras las barreras mentales que nos atan a los mismos hábitos alimenticios.</p>		
	<p>MATERIALES: Bola de estambre, hoja de la historia del misterio del elefante, carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>		
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx 8 ENIGMAS CLÍNICOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD Los investigadores son conscientes de que la última batalla contra la obesidad se librara a nivel celular, que es donde actúan los factores biológicos que regulan nuestro apetito y la gestión de las calorías, ahora bien, para aspirar a la victoria los científicos tendrán que responder de entrada a estas ocho incógnita de nuestra biología, según el doctor Xavier Pi-Sunyer, del centro de investigación de la obesidad en el ST. Luke´s-Roosevelt Hospital de Nueva York.</p>		
	<p>MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas.</p>		
CIERRE	<p>REFLEXION.- El samurái Se concluirá la sesión con la reflexión del samurái para alentar a los pacientes a seguir con su proceso.</p>		
	<p>MATERIALES: Hoja de la historia del samurái, CD música instrumental.</p>		
<p>FUENTE: Pi-Sunyer, Xavier. Revista científica, Muy interesante No. 8 p. 44 año XXII.</p>			

TEMA: OBESIDAD CONTAGIOSA, SE ESPARCE CON EL CONTACTO SOCIAL.		
Objetivo: Detectar como el contacto social contribuye al esparcimiento del sobrepeso y la obesidad,	Sesión: 6	Eta pa : Aceptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta tercer sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior con una lluvia de ideas, destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICIÓN DEL TEMA Pptx OBESIDAD CONTAGIOSA: Un reciente estudio reveló que tener un amigo con algunos kilos de más puede generar sobrepeso por compartir hábitos, gustos y excesos en el marco de una relación.</p> <p>Aseguran que el riesgo individual de desarrollar obesidad aumenta casi 60% cuando algún amigo sufre un drástico incremento de peso.</p> <p>VIDEO – COMERCIALES: Se presentaran al paciente algunos videos comerciales que persuaden en el consumidor atreves del antojo, atacando así al hambre emocional.</p> <p>El sedentarismo y el ocio es el principal promotor que despiertan en las personas el <i>antojo</i> cuando ni siquiera es una necesidad de hambre más bien aplica: “de la vista nace el amor” al ver comerciales de algún producto comestible queremos ingerirlo.</p>	
	MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas, Pptx y videos.	
CIERRE	<p>EJERCICIO “JA...JAJA... JAJAJA...”: Con este ejercicio se induce al tema haciendo ver a los pacientes como la risa también puede contagiarse y sería mejor contagiarnos de emociones positivas. Contagiarnos de los buenos hábitos, de ver al otro caminar, correr, practicar algún deporte.</p>	
	MATERIALES: Tapetes o alfombra.	

TEMA: LA HORMONA DE LAS CÉLULAS GRASAS.		
Objetivo: Informar acerca de la hormona de las células grasas, y mostrar cómo es que esta hormona afecta nuestro proceso de pérdida, control y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad.	Sesión: 7	Etapas: Aceptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>VIDEO INFORMATIVO: este video nos explica como es y en qué consiste el funcionamiento de la Leptina.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA PPTX. LA LEPTINA: Hace poco los investigadores descubrieron un mecanismo del cerebro que posiblemente ocasione la obesidad. De acuerdo con esta teoría, las células adiposas del cuerpo producen una hormona denominada leptina, la cual es trasportada por la corriente sanguínea y detectada por el hipotálamo.</p>	
	MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas, video.	
CIERRE	<p>MI ABRIGO: Con esta actividad los pacientes podrán detectar que toda su vida se la pasan “protegiéndose” con distintos abrigos que a fin de cuentas hacen uno solo llamado Grasa.</p>	
	MATERIALES: Un abrigo, una playera, una bolsa, un pants, una bata.	
FUENTE: Morris, Charles G. Psicología, editorial Pretince Hall 2001.		

TEMA: METABOLISMO Y GENES DEL SOBREPESO.		
Objetivo: Conocer el funcionamiento del metabolismo y los genes para comprender mejor el proceso de control, perdida y mantenimiento del sobrepeso.	Sesión: 8	Etapa: Aceptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y en la tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso, se cuestiona acerca de cómo les fue en la semana, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>VIDEO INFORMATIVO: Se reproducirá el video acerca del proceso que realiza el metabolismo en nuestro cuerpo.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA PPTX METABOLISMO Y GENES DEL SOBREPESO: El metabolismo es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo.</p> <p>Estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos, etc.</p> <p>Los genes del sobrepeso, gen FTO, gen transportador del colesterol ABCA1, gen TORC1.</p>	
	<p>MATERIALES: Video, laptop, proyector, bocinas.</p>	
CIERRE	<p>ACTIVIDAD CONECTANDO CON MI CUERPO: Se pretende conectar al paciente con su cuerpo, y así relajarse un poco.</p>	
	<p>MATERIALES: Ninguno.</p>	
<p>FUENTE: Revista científica, Muy interesante No. 05 p. 56 año XXVI.</p>		

TEMA: CONTROL, PÉRDIDA Y MANTENIMIENTO DEL PESO.		
Objetivo: Analizar los procesos de control, pérdida y mantenimiento del peso, e identificar como es que se puede controlar, perder y mantenerse en el peso adecuado.	Sesión: 9	Etapa: Aceptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>SALUDO Y REGISTRO DE ASISTENCIA</p> <p>Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control y gafete.</p>	
DESARROLLO	<p>VIDEO REFLEXIVO</p> <p>En la reflexión de este video se comparara las habilidades que emplean los Acrobáticos en relación al control que ejercen para su acto, mismo ocurre con el ser humano en su proceso de pérdida de peso.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx Control, Pérdida y mantenimiento del peso. La cinta y la bascula dos herramientas clave. (Se tomara el peso: grasa/agua, talla y altura de cada paciente) se anotaran estas cantidades en una tabla grupal.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, bocinas, video, báscula, cinta métrica, papel bod, papel América, plumones, cinta adhesiva, carnet, tarjeta de control, lapicero.</p>	
CIERRE	<p>MOMENTO DE COMPARTIR</p> <p>En parejas comentaran como has pasado por la perdida, control y mantenimiento de peso, y cuál es la etapa que más les ha costado.</p> <p>RETROALIMENTACION GRUPAL</p> <p>Ahora se hace una retroalimentación grupal para concluir el tema.</p>	
	<p>MATERIALES: Ninguno.</p>	

TEMA: CAUSAS PRINCIPALES DEL AUMENTO DE PESO.			
	Objetivo: Presentar al paciente las causas principales del aumento de peso, e identificar que le causo el sobrepeso de forma personal.	Sesión: 10	Etapa: Aceptación
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	PESAJE De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet.		
	SALUDO Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso, en caso de haber algún nuevo integrante se le pide se presente al grupo y que algún integrante del grupo le diga unas palabras de bienvenida en nombre de todos.		
	ENLACE Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.		
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.		
DESARROLLO	EXPOSICION DEL TEMA Pptx CAUSAS PRINCIPALES DEL AUMENTO DE PESO. Se explicaran las principales causas del aumento de peso, como: “el deseo compulsivo de comer”, malos hábitos alimenticios, comida chatarra (calorías que no se queman) y vida sedentaria entre otros.		
	EJERCICIO DE IDENTIFICACION Conectando con mi interior, para identificar de forma individual que es lo que me hizo aumentar de peso.		
	MATERIALES: Laptop, proyector, tarjetas, lapiceros.		
CIERRE	ORACION Se elaborara una “oración” de forma personal con lo escrito en la tarjeta del ejercicio anterior, anteponiendo el verbo: Evitare...		
	MATERIALES: Tarjetas.		
FUENTE: Weitzner, Andrea. El ABC de los desordenes alimenticios, editorial Pax, 2007.			

ETAPA 2: DECISIÓN.

Objetivo: una vez que el paciente acepto y entendió su problema, elije trabajar por convicción personal.

1. Tratamientos para la obesidad.
2. Dietas, tipos de dietas
3. Actividad física. ¿Qué tipo de actividad física debe realizar un obeso?
4. Terapia psicológica grupal o individual. (relajación y control de emociones).
5. Ventajas al perder peso (prevención de enfermedades), ¿Por qué quiero adelgazar?
6. Establecimiento de la Meta realista en tiempo y forma.

TEMA: TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD.		
Objetivo: Sondear en los pacientes a que adelgazantes hay recurrido para perder peso, y enumerar los "tratamientos" existentes para contrarrestar este fenómeno.	Sesión: 11	Etapa: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet, se tomaran medidas de talla y estatura por se inicio de la segunda etapa.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>EVALUACION: El paciente será evaluado con un pequeño cuestionario diseñado con la información de la etapa de aceptación.</p> <p>IMPLEMENTACION: En esta 1° sesión de la segunda etapa se recapitularan las 10 sesiones anteriores con una reseña temática donde se destaca el mensaje central de cada sesión. Se alienta al grupo a participar con la aportación de comentarios.</p> <p>OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS: al ser cierre de etapa se darán los incentivos ganados por los pacientes que realizaron su mayor esfuerzo al bajar 3kg o más y no subir en ninguna sesión de la etapa de aceptación.</p>	
	<p>MATERIALES: Báscula, cinta métrica, carnet, tarjeta de control, lapiceros, hojas de evaluación, obsequios (pulseras), incentivos y gafete.</p>	
DESARROLLO	<p>PRESENTACION DE ETAPA: Cada etapa es parte elemental del proceso y tiene un objetivo que se le dará a conocer al paciente.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx Verdades y mentiras de los adelgazantes, nuevos remedios y terapias genéticas contra la obesidad. Los tratamientos contra la gordura que prometen perder kilos de manera rápida y sin esfuerzo, son un fraude. Métodos hay muchos, pero cada uno de ellos termina por demostrar su ineficiencia, si te llevo tiempo ganar peso es lógico pensar que te llevara peso perderlo.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, Pptx</p>	
CIERRE	<p>ELABORACION DE LISTADO: En grupo se elaborara un listado de los productos existentes para bajar de peso. Después de terminarla se anulara y de creara la formula a utilizar en este proceso, una formula creada por todos.</p>	
	<p>MATERIALES: Papel bond, plumones, recortes, diurex, tijeras.</p>	
<p>FUENTE: Rodríguez, Roberto, miembro de la Federación Internacional de Medicina del Deporte.</p>		

TEMA: DIETA, TIPOS DE DIETAS		
Objetivo: Mostrar las dietas que existen y comparar los beneficios que brindan, así como los efectos contradictorios que puedan tener.	Sesión: 12	Etapa: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE</p> <p>De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO</p> <p>Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Etimológicamente la palabra «dieta» proviene del griego dayta, que significa 'régimen de vida'. Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al 'conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente', la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal. Tipos de dietas: dieta de los **, vegetarianas, la dieta de la manzana, la dieta de los 7 días, etc. ¿por qué funcionan para unos y para otros no? R= metabolismos diferentes.</p>	
	MATERIALES: Pergaminos de dietas, papel bod, plumones, cinta adhesiva, laptop, proyector, bocinas.	
CIERRE	<p>EL PLATO DEL BUEN COMER</p> <p>Se explicara cómo está conformado el plato del buen comer, posteriormente se armara el plato del buen comer con los alimentos en representaciones plásticas y los colores del semáforo. Se colocaran en una caja y los integrantes del grupo deberán armarlo.</p>	
	MATERIALES: Charola, papel terciopelo de color verde, rojo y amarillo, alimentos plásticos, letras de Unicef.	
FUENTE: Escuela de dietética y nutrición NOM-043-SSA2-2005.		

TEMA: ACTIVIDAD FÍSICA. ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DEBE REALIZAR UN OBESO?		
Objetivo: Presentar al grupo los beneficios que proporciona el realizar actividad física, generar el interés por realizarla así como mostrar cuantas calorías se pueden quemar con tan solo minutos de actividad.	Sesión: 13	Etapa: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.,	
DESARROLLO	<p>ACTIVACION: Cabeza, hombros, rodillas, pies... se pondrán unos 10 min. De movilización corporal, en grupo y se mostrara con un cronometro y medidor calórico como unos minutos de ejercicio bastan para quemar calorías e impedir el aumento de peso.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx ACTIVIDAD FISICA: La práctica de un deporte o una mayor movilidad en las actividades diarias incrementa el consumo energético y en consecuencia es posible perder peso de manera progresiva. En general quienes presentan sobrepeso grave pueden practicar el walking, un deporte ligero pero efectivo.</p> <p>Caminatas, aerobics, tabeó, zumba, natación, Pilates, yoga, entre otros. Los beneficios de realizar actividad física son: pérdida de peso, liberación de toxinas, diversión, adrenalina, fortalecimiento del musculo, etc. En que horario es mejor ejercitarse para reducir peso: Mañana, tarde o noche. Las comodidades modernas nos vuelven sedentarios.</p>	
	MATERIALES: Laptop, bocinas, proyector, Pptx	
CIERRE	<p>ENTREGA DE TAREACFI: Se repartirán las tarjetas de registro de actividad física y se explicara la forma de llenado.</p>	
	MATERIALES: Tarjetas TAREACFI, lapicero.	
<p>FUENTE: Cooperins.org (the Cooper Institute de Estados Unidos) The New Aerobics, salud, ejercicio y deporte, de Jurgen Weineck.</p>		

TEMA: TERAPIA PSICOLÓGICA GRUPAL O INDIVIDUAL. (RELAJACIÓN Y CONTROL DE EMOCIONES).		
Objetivo: Efectuar un pequeño taller de descarga emocional y proponer al grupo un proceso terapéutico individual y/o grupal para liberar al cuerpo de emociones tóxicas que estancan el proceso.	Sesión: 14	Etapas: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>CONCEPTO DE TERAPIA Y PROCESO TERAPEUTICO: De forma breve y concreta se platica al grupo en qué consiste una psicoterapia y que es un proceso terapéutico, haciendo hincapié en la confiabilidad y discreción que esto acarrea.</p> <p>“QUE ME OCURRE, COMO REACCIONO”</p> <p>Como permitimos que las situaciones que vivimos nos afecten emocional y físicamente, en lugar de resolver con psicoterapia para no inferir y limitar nuestro proceso.</p> <p>Por ello es que se hará una relajación para que después cada individuo realice su propia descarga de emociones negativas que le han afectado su alma, mente y cuerpo.</p>	
	MATERIALES: Grabadora, CD de relajación, incienso.	
CIERRE	<p>VIDEO MOTIVADOR: Con este video se reflexionara y valorara el cuerpo completo que tenemos, la inconformidad que sentimos con nuestro cuerpo obeso tiene remedio, pero un cuerpo discapacitado no.</p> <p>AGRADECIMIENTO Y VALORACION CORPORAL: Nuestro cuerpo es un templo y como tal debemos de tratarlo y cuidarlo. Consentirlo y apapacharlo, tanto interna como externamente.</p>	
	MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas, espejo de cuerpo completo.	
FUENTES: Bradshaw, John. Volver a la niñez, editorial Selector, 1997.		

TEMA: VENTAJAS AL PERDER PESO (PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES), ¿POR QUÉ QUIERO ADELGAZAR?		
Objetivo: Enumerar las ventajas generales y personales de la pérdida de peso.	Sesión: 15	Etapa: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx VENTAJAS AL PERDER PESO: en este tema se presentaran las ventajas que acarrea el perder peso, se enumeraran el sin fin de enfermedades que se previenen, y la calidad de vida que obtiene el ser humano.</p> <p>Los beneficios de bajar de peso son profundos, estos son algunos ejemplos de cómo unos cuantos kilos menos pueden reducir estos riesgos...</p> <p>Los riesgos de enfermedades del corazón son más altos en personas que tienen sobrepeso y obesidad.</p> <p>Además, la presión sanguínea alta, o hipertensión es el doble de común en adultos obesos que en aquellos que mantienen un peso saludable. Esto también puede mejorar la presión sanguínea, y los niveles de colesterol y triglicéridos.</p> <p>50 MOTIVOS PARA BAJAR DE PESO</p> <p>Enumerar las 50 cosas por las cuales se quiere adelgazar, para así tener motivos por los cuales luchar en este proceso.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, hojas blancas, lapiceros, bocinas.</p>	
CIERRE	<p>VACIADO</p> <p>De forma general se anotaran 50 cosas por las cuales bajar de peso, que resultan ser 50 beneficios.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop y proyector.</p>	

TEMA: ESTABLECIMIENTO DE LA META REALISTA EN TIEMPO Y FORMA.		
Objetivo: Que los pacientes en esta sesión puedan definir una meta realista de pérdida de peso.	Sesión: 16	Etapa: Decisión
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta última sesión de la segunda etapa del proceso.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx LAS METAS: Todos los seres humanos queremos lograr cosas en la vida, es decir, tenemos metas. Metas que pueden ir desde lograr una carrera hasta bajar de peso. O desde levantar una empresa hasta ser un líder espiritual. O desde ser un buen hijo hasta llegar a casarse. La gama de metas es innumerable, de ahí que debemos seguir siete pasos, de lo contrario, hay tantas cosas que se pueden hacer que nos quedaremos viendo cómo pasa el tiempo sin hacer nada. Muy bien cabe aquí el dicho de “mejor una en mano que cien volando”.</p>	
	MATERIALES: Laptop, Pptx, proyector.	
CIERRE	<p>FIJACION DE LA META</p> <p>En base a una tabla y calculadora de peso se le proporcionara a cada paciente su peso adecuado, tomando en cuenta la edad y sexo. Se calculara él % se sobrepeso.</p> <p>LA ESCALERA QUE ME LLEVARA A MI META</p> <p>Cada paciente deberá construir su propia escalera para alcanzar su meta deseada, adecuando cada paso a su persona y problema siendo exigente pero realista al plantearla para así lograr excelentes resultados.</p>	
	MATERIALES: Calculadora de peso idóneo, tabla del peso para hombres y mujeres en México, esquema de escalera, lapicero.	
<p>FUENTE: Núñez, Guido L. Fundador de KINGDOMTAKERS CHURCH y el Ministerio MANA INTERNACIONAL en San José, Costa Rica.</p>		

ETAPA 3: AFRONTAMIENTO.

Objetivo: Durante esta etapa el paciente diseña, ejecuta y desarrolla el plan a seguir para lograr la homeostasis deseada.

1. TREC A-B-C. Creencias irracionales que engordan. (ideas irracionales acerca de la comida).
2. Terapia cognitiva: método de Beck para bajar de peso.
3. Elección y elaboración del plan a seguir: nutrición+ actividad física +asesoría psicológica.
4. Análisis y valoración de los resultados del proceso en su primera semana.
5. Conciencia al comer: hay que darse tiempo, forma y ambiente ¿Qué ocurre cuando comemos?
6. Voluntad y actitud ante la comida.
7. Seguimiento de las 5 "D" del cambio.
8. Tecnología de lo obvio.
9. Muchos más también luchan.
10. Si pierdo una batalla, tengo una guerra por ganar.

TEMA: TREC A-B-C. CREENCIAS IRRACIONALES QUE ENGORDAN.			
	Objetivo: Dar a conocer en qué consiste la TRE y como trabaja el modelo ABC y a su vez detectar las ideas irracionales de cada paciente.	Sesión: 17	Etapa: Afrontamiento.
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE Y MEDICION: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet, se tomaran medidas de talla y estatura por se inicio de la tercera etapa.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>EVALUACION: El paciente será evaluado con una sopa de letras diseñado con la información de la etapa de decisión.</p> <p>IMPLEMENTACION: En esta 1° sesión de la tercera etapa se recapitularan las 6 sesiones anteriores con una reseña temática donde se destaca el mensaje central de cada sesión. Se alienta al grupo a participar con la aportación de comentarios.</p> <p>OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS: Por cierre de la etapa de decisión se darán los incentivos ganados por los pacientes que bajen 3kg o más y no subir en ninguna de las 6 sesiones.</p>		
	<p>MATERIALES: Bascula, cinta métrica, lapicero, carnet, tarjeta de control, gafetes esquema de la sopa de letras, premios (imán para refrigerador.) e incentivos.</p>		
DESARROLLO	<p>PRESENTACION DE ETAPA: Cada etapa es parte elemental del proceso y tiene un objetivo que se le dará a conocer al paciente.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx TRE-ABC La TRE es una terapia que consiste en establecer cuáles son las creencias o hipótesis irracionales de la persona sobre sí misma y sobre las demás y, luego, discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.</p> <p>A.- Acontecimiento desencadenante o activador.</p> <p>B.- Representa lo que cree una persona de ese acontecimiento</p> <p>C.- Denota las respuestas emocionales y comportamentales o las consecuencias que derivan de esas creencias particulares en la B.</p>		
	<p>MATERIALES: Laptop, Pptx, proyector.</p>		
CIERRE	<p>TABLA DE IDEAS IRRACIONALES: El paciente identificara sus propias ideas irracionales que lo limitan en este proceso, para hacerlas conscientes y modificarlas.</p>		
	<p>MATERIALES: Hoja con la tabla de ideas irracionales y lapiceros.</p>		
<p>FUENTE: Ellis, Albert., Abrahms, Eliot. Terapia racional emotiva, editorial Pax. 2005.</p>			

TEMA: TERAPIA COGNITIVA: MÉTODO DE BECK PARA BAJAR DE PESO.		
Objetivo: Que al término de la sesión los pacientes conozcan en qué consiste la TCC en particular el método de BECK para bajar de peso.	Sesión: 18	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx TCC la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas.</p> <p>El método de Beck para adelgazar es un programa psicológico, que le enseña a comer lo que debe comer.</p> <p>Le muestra cómo responder a la vocecilla interior que le dice “no quiero, no tengo porque o no puedo hacerlo”. Este método está basado en la terapia cognitivo-conductual.</p>	
	MATERIALES: Pptx, proyector, laptop.	
CIERRE	<p>ELABORACION DE MATERIAL DE APOYO: Se explicara como elaborar material de apoyo con el método de Beck, adecuado al proceso de cada paciente.</p> <p>VIDEO REFLEXIVO: En este video se expone como poder de la mente nos puede llevar a cumplir nuestros sueños.</p> <p>Todo lo que existe en algún momento paso por la mente de alguien en forma de ideas, pensamientos y creencias.</p>	
	MATERIALES: Tarjetas, hojas blancas, hojas de colores, lapiceros, colores, tijeras, recortes, hojas milimétricas, reglas, etc.	
<p>FUENTE: Beck, Judith S. Terapia cognitiva, editorial Gedisa, 2006.</p> <p>Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.</p>		

TEMA: ELECCIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN A SEGUIR: NUTRICIÓN+ACTIVIDAD FÍSICA + ASESORÍA PSICOLÓGICA.		
Objetivo: Que durante la sesión el paciente pueda planear y diseñar el plan a seguir personalizado en este proceso.	Sesión: 19	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx Presentación del modelo base y explicación de cómo funciona, dando opciones que se adapten a las necesidades de cada paciente.</p> <p>ELEMENTOS DE LA FORMULA MAGICA: Chequeo general medico (exámenes generales, presión arterial, hipertensión, triglicéridos, diabetes, perfil tiroideo, colesterol, etc.) + una buena nutrición (dieta personalizada) + rutina de actividad física (adecuada al peso y necesidades del paciente) y psicoterapia (individual, de pareja, familiar y/o grupal) =</p> <p style="text-align: center;">ÉXITO EN EL PROCESO DE PÉRDIDA, CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL PESO.</p> <p>Intervención de un medico general, un acondicionador físico, un nutriólogo y el psicólogo.</p>	
	MATERIALES: Laptop, Pptx, proyector.	
CIERRE	<p>ELABORACION INDIVIDUAL DE SU PLAN: Con la información proporcionada anteriormente cada paciente diseña su plan a seguir en este proceso, adaptándolo a sus necesidades, tiempo, económica, y sobretodo sintiéndose cómodo y a gusto para así trabajar de manera armónica.</p>	
	MATERIALES: Hojas blancas, plumones, regla, papel bod cuadrulado, cinta adhesiva, cartulina, opalinas, plumines y tijeras.	
FUENTE: Reeve, Johnmarshall. Motivación y emoción, editorial MC Graw Hill.		

TEMA: ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO EN SU PRIMERA SEMANA.		
Objetivo: Calificar los resultados obtenidos con la primera semana de monitoreo del plan personal.	Sesión: 20	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>ANALISIS SEMANAL: Se proporcionara un pequeño cuestionario de evaluación y se analiza el plan que se ejecuto en el transcurso de la semana.</p> <p>¿Cómo transcurrió la semana, como se sintió, que fue lo que más trabajo costo, cree que hace falta alguna modificación o implementación?</p> <p>VIDEO DE CELEBRACION: Ante un logro no hay nada mejor que una celebración digna del triunfo, se analizara el video del festejo de la selección en los juegos olímpicos en Londres 2012. Gritarlo al exterior nos ayuda a seguir adelante en este proceso, compartir con otros los impulsa a no caer y tomarte como ejemplo.</p>	
	MATERIALES: Laptop, Pptx, proyector, video, bocinas.	
CIERRE	<p>EJERCICIO IMAGINARIO: Reseña de los 7 días de la semana de éxito, como me comporte para obtener los resultados. La suma de cuantas semanas de éxito como estas, necesito para alcanzar mi meta. Si pude hacerlo esta semana podre con las demás.</p>	
	MATERIALES: Tarjetas y lapiceros.	
FUENTE: Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.		

TEMA: CONCIENCIA AL COMER: HAY QUE DARSE TIEMPO, FORMA Y AMBIENTE ¿QUÉ OCURRE CUANDO COMEMOS?		
Objetivo: Concientizar al paciente de su forma de comer, el tiempo y la forma en que lo hace, y efectuar un cambio positivo al proceso.	Sesión: 21	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx Conciencia al comer: Uno de los malos hábitos es comer rápido, en ocasiones por falta de tiempo por rutina, pero aunado a ello comemos de pie, sin utilizar plato y cubiertos, si no como vulgarmente decimos “me hecho un taco de rápido” y por ende no masticamos adecuadamente, más bien tragamos la comida, alentando así nuestro metabolismo al hacerlo trabajar el doble, deberíamos comer sentados en una mesa, con todos los alimentos que vamos a consumir de una vez para no estar repitiendo raciones, hacer de nuestras comidas momentos agradables, y de nuestros platillos unos manjares elegantes, nutritivos y muy coloridos; cabe mencionar el dicho “de la vista, nace el amor.” Tomar foto a lo que como.</p> <p>Pptx que ocurre cuando comemos: La cantidad de comida que ingerimos y como sus calorías se aprovechan están bajo control de dos cerebros interconectados: el que tenemos en el estomago y el que llevamos en el cráneo. Un tráfico continuo de biomoléculas entre ambos regula nuestro peso corporal.</p>	
	MATERIALES: Proyector, Pptx, laptop.	
CIERRE	<p>EJERCICIO</p> <p>Se les otorgara un esquema de lo que ocurre mientras uno come, para comprender mas este proceso.</p>	
	MATERIALES: Hoja de ejercicio y lapicero.	
FUENTE: Revista Muy Interesante No. 8 p.48 año XXII.		

TEMA: VOLUNTAD Y ACTITUD ANTE LA COMIDA.		
Objetivo: Al término de la sesión el paciente pueda practicar más la fuerza de voluntad y la actitud ante la comida.	Sesión: 22	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx La voluntad: La voluntad es la capacidad consciente que posee el ser humano para realizar algo con intención. Y realizarlo a pesar de las adversidades que vienen con la vida, de las dificultades presentes a diario, de los contratiempos muy personales y los oscilantes estados de ánimo. Muchas personas creen que sus vidas podrían mejorar si tuvieran más de esa cualidad esquivada conocida como la fuerza de voluntad. Con una mayor fuerza de voluntad todos comeríamos de manera adecuada, haríamos ejercicio con regularidad, evitaríamos las drogas y el alcohol, ahorraríamos para la jubilación, no dejaríamos las cosas para más tarde y en general alcanzaríamos todo tipo de Metas.</p> <p>VIDEO – REFLEXIVO: La fuerza de voluntad de Alejandro Maldonado, “potente energía para dejar todo el sufrimiento atrás”</p>	
	MATERIALES: Laptop, bocinas, Pptx, proyector, video.	
CIERRE	<p>Pptx ACTITUD ANTE LA COMIDA: Cada vez que nos ponemos a Dieta nos parecemos a un preso, que cuenta los días que faltan para su libertad, tomamos una actitud de victimas, donde no podemos mas con el sufrimiento de ver a los demás comer lo que nosotros quisiéramos. Cuando lo que deberíamos de hacer es mostrar una actitud positiva y selectiva cuando de comida se trate.</p> <p>MOMENTO DE COMPARTIR</p> <p>En parejas A Y B comparten la actitud que toman ante la comida dentro del proceso</p>	
	MATERIALES: Laptop, proyector, Pptx,	

TEMA: EL SEGUIMIENTO DE LAS 5 "D" DEL CAMBIO		
Objetivo: Exponer las 5D del cambio y establecer cada una de ellas al proceso terapéutico.	Sesión: 23	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA PPTX: Las 5 d del cambio. Existen cinco pasos claves, que representan etapas secuenciales, para lograr el cambio en una persona: Deseo, Decisión, Determinación, Disciplina y Demostración.</p> <p>LAS 5 D DEL CAMBIO: Describir las 5 D'S del cambio en referencia al proceso en el que se encuentra.</p> <p>Deseo.- perder x kilos.</p> <p>Decisión.- decidí ser parte de este proceso.</p> <p>Determinación.- elabore mi plan a seguir.</p> <p>Disciplina.- asisto a mis terapias de grupo, sigo mi dieta, hago mayor actividad física, venzo mis pensamientos e ideas irracionales.</p> <p>Demostración.- a la hora del pesaje y la toma de medidas, la gente hace comentarios positivos de mi persona.</p>	
	<p>MATERIALES: Proyector, Pptx, laptop, hojas con el esquema de las 5 D'S.</p>	
CIERRE	<p>DIBUJANDO MI SILUETA: Este ejercicio se realiza en parejas, A-B, donde A dibujara En 2 hojas de papel bod blanco el contorno de B y viceversa. Posteriormente cada paciente pasa a comentar que le agrado y le desagrado.</p>	
	<p>MATERIALES: Pptx, laptop, proyector, papel bod, plumón.</p>	
FUENTE: Cruz, Roberto. Coach de negocios.		

TEMA: TECNOLOGÍA DE LO OBVIO.		
Objetivo: Estudiar como la tecnología de lo obvio es una magnífica herramienta para lograr nuestros objetivos para después imitar esas conductas en nuestro proceso.	Sesión: 24	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EJERCICIO “UN CIEGO QUE GUIA A OTRO CIEGO” VS “UN CIEGO ES GUIADO POR UNA PERSONA QUE TIENE BUENA VISION”: Con este ejercicio se pretende comparar como hay una gran diferencia entre el ciego que es guiado por otro ciego, es como imitar a uno que esta al mismo nivel que yo, a el ciego que es guiado por una persona de buena visión, imitar a una persona que es exitosa en lo que hace, me motivara a ser mejor.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: PPTX Tecnología de lo obvio La Tecnología de lo obvio consiste en: 1. Elegir al mejor, 2. Imitar al mejor, 3. Igualar al mejor y 4. Superar al mejor. Así es como dio inicio lo que hoy llamamos El Milagro Japonés. Uno de los secretos del éxito en la vida es engancharse a una estrella, pues quien ya ha triunfado, ha recorrido el camino que hace más corta nuestra curva de aprendizaje. Cuando alguien tiene disposición de leer un libro en quince horas que a alguno de los mejores le ha costado escribir quince años de su vida, ¿no tendrá eso alguna ventaja? Por supuesto, aprender de los mejores establece un buen punto de partida. Los japoneses se dispusieron a aprender de los líderes mundiales de cada especialidad.</p>	
	MATERIALES: Paliacates, proyector, Pptx, bocinas, laptop.	
CIERRE	VIDEO-TECNOLOGIA DE LO OBVIO: Para triunfar hay que engancharse de los que ya han triunfado... de quien te vas a enganchar.	
	MATERIALES: Bocinas, laptop, proyector.	
FUENTE: El Financiero, el 6/VI/11.		

TEMA: MUCHOS MÁS TAMBIÉN LUCHAN.		
Objetivo: Demostrar que en el mundo hay mucha gente que también lucha en la batalla contra el sobrepeso y la obesidad.	Sesión: 25	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>INTRODUCCION AL TEMA:</p> <p>Alrededor del mundo hay millones de personas que luchan contra la obesidad y sobrepeso, no estamos solos en esta lucha.</p> <p>Este fenómeno mundial está siendo atacado por grandes masas y debe contagiarse su combate. Las herramientas que se emplean para acabar con ese problema son diversas pero la meta es la misma.</p> <p>VIDEO TESTIMONIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Juliana, mi testimonio. - The biggest loser (Tara) -Testimonio personal del psicoterapeuta. 	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, bocinas, Pptx, videos.</p>	
CIERRE	<p>EL BARCO SALVAVIDAS</p> <p>Con esta actividad se pretende generar un ambiente de tensión y colaboración grupal ya que para ser salvados de la ola más destructiva del mundo llamada obesidad, deberán subir todos a ese barco sin tocar el cable de tensión, de hacerlo las personas salvadas deberá bajar del barco y volverlo a intentar.</p>	
	<p>MATERIALES: Una silla y cable de alta tensión (alambre).</p>	

TEMA: SI PIERDO UNA BATALLA, TENGO UNA GUERRA POR GANAR.		
Objetivo: Generar en el grupo una mentalidad positiva en constante lucha, que si un día pierde una batalla siga en pie en la guerra.	Sesión: 26	Etapa: Afrontamiento.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx ALGUNAS BATALLAS PERDIDAS, PERO LA GUERRA GANADA: Durante el proceso habla obstáculos que venceremos, otros que se aprovecharan de momentos de susceptibilidad y nos harán perder una batalla, ante ello hay que recordar que la guerra está constituida por varias batallas y debo seguir en lucha constante.</p> <p>AUDIO-REFLEXION: Consejos para aprender de los errores de forma positiva.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Que tus errores no te limiten y te provoquen frustración. Un error es algo inevitable. 2.- Estar preparados para recibir las críticas de los demás, si ya cometí el error debo saber en que falle y como evitare que vuelva a suceder. 3.- Llevar la cuenta de los errores. 4.-Llevar el conteo de los aciertos. 5.- Habla de tus errores para ayudar a otros. 6.- Ayuda a otros a gestionar sus errores. 	
	MATERIALES: Laptop, proyector, bocinas, audio y Pptx	
CIERRE	<p>FICHAS DE REGISTRO DE ERRORES Y ACIERTOS: Se entregara a cada paciente una ficha de registro de errores y aciertos para que la emplee en lo que resta de su proceso.</p> <p>VIDEO – INSISTENCIAS DE UN INFANTE: Observaremos este video donde un niño intenta besar a la niña, pero ella se defiende, hacer alusión que dentro de este proceso debemos tener la actitud insistente de un niño para lograr nuestros objetivos y alcanzarlos.</p>	
	MATERIALES: Fichas de registro de errores y aciertos, lapiceros, laptop, proyector, bocinas y el video.	
FUENTE: Gonzales, Julio. Autoayuda eficaz.		

ETAPA 4: RESISTENCIA.

Objetivo: A lo largo de esta etapa el paciente descubrirá sus pensamientos irracionales saboteadores que le limitan en el proceso y será capaz de fomentar técnicas de disciplina que lo acerquen a su meta.

1. Que hay detrás de la obesidad.
2. El peso de los kilos (cuantos he logrado quitarme).
3. La competencia que me impulsa y motiva.
4. Mi verdadero motivo para seguir (debo ser yo mismo).
5. Pensamiento de una persona delgada vs obeso
6. Soy el reflejo de lo que como.
7. Los obesos poseen un carácter a la defensiva y/o agresivo.
8. Sanando mi niño interior.
9. Frustración toxica.
10. Tolerancia al hambre.
11. Entrenamiento asertivo
12. Pensamientos auto saboteadores.
13. “No estoy castigado simplemente evito al máximo lo que daña a mi persona”.
14. Reconocimiento de logros
15. El espejo no miente, asimilación del cambio.
16. Técnicas para vencer las tentaciones (elección al comer-ventajas y desventajas).

TEMA: QUE HAY DETRÁS DE LA OBESIDAD.		
Objetivo: Valuar como el sobrepeso y la obesidad afectan a la persona, en carácter y forma de ser ante la sociedad, las mascar psicológicas que nos ha dejado.	Sesión: 27	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE Y MEDICION: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet, se tomaran medidas de talla y estatura por se inicio de la cuarta etapa.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>EVALUACION: El paciente será evaluado con un crucigrama diseñado con la información de la etapa de afrontamiento, resolver en parejas.</p> <p>IMPLEMENTACION: En esta 1° sesión de la cuarta etapa se recapitularan las 10 sesiones anteriores con una reseña temática donde se destaca el mensaje central de cada sesión.</p> <p>OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS: Por cierre de la etapa de afrontamiento se darán los incentivos ganados por los pacientes que realizaron un mayor esfuerzo al bajar 9kg o más y no subir en ninguna de las 10 sesiones.</p>	
	<p>MATERIALES: Báscula, cinta métrica, carnet, tarjeta de control, lapiceros, hojas de evaluación, obsequios (lapiceros), incentivos y gafete.</p>	
DESARROLLO	<p>PRESENTACION DE ETAPA: Cada etapa es parte elemental del proceso y tiene un objetivo que se le dará a conocer al paciente.</p> <p>FANTASIA GUIADA: Se realizara de forma grupal una fantasía guiada para sanar las secuelas de la obesidad que hoy nos hacen ser como somos (agresivos, a la defensiva, tímidos, inseguros, etc.)</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, bocinas, incienso, velas, caja de clínex y botella de alcohol.</p>	
CIERRE	<p>EXTERNO (DESCARGO MI RABIA) Y PERDONO: A lo largo de nuestra vida con sobrepeso u obesidad hemos permitido que terceras personas nos insulten, pisoteen, y se burlen de nuestro físico, es hora de descargar nuestros enojos para curar esas secuelas, esas heridas que aun nos atormentan y perdonar a los causantes, pero sobretodo comprometernos a jamás permitir que un tercero dañe nuestra integridad.</p>	
	<p>MATERIALES: Pera de box, 2 pares de guantes de box.</p>	
<p>FUENTE: Bradshaw, John. Volver a la niñez, editorial Selector, 1997.</p>		

TEMA: EL PESO DE LOS KILOS (CUANTOS HE LOGRADO QUITARME).		
Objetivo: Verificar la cantidad de kilogramos perdidos en lo que va del proceso, cargar externamente esos kilos que antes cargaba en mi interior.	Sesión: 28	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>SUMATORIA DE KILOS PERDIDOS: Se realizara la sumatoria de los kilogramos perdidos en lo que va del proceso de cada paciente.</p> <p>ETIQUETA PERSONAL: Se entregara una etiqueta personalizada que contenga el nombre, la cantidad de kilos perdidos y en qué tiempo.</p> <p>EQUIPAJE: A cada paciente se le entregara su equipaje con la cantidad de kilos perdidos correspondientes.</p> <p>RETO: El reto es llegar a la meta con su equipaje, ganara el primero en llegar.</p>	
	<p>MATERIALES: Calculadora, tarjetas de control, etiquetas, plumones, equipajes de arena, cinta adhesiva, meta, globos, botellas de agua.</p>	
CIERRE	<p>PREMIACION: Se entregara el premio al ganador del reto.</p> <p>PLENARIO</p> <p>Que aprendizaje obtuve en esta sesión.</p>	
	<p>MATERIALES: Premio \$.</p>	
<p>FUENTE: Gutiérrez, Raúl. Trampas mentales, editorial Esfinge, 2001.</p>		

TEMA: LA COMPETENCIA QUE ME IMPULSA Y MOTIVA.		
Objetivo: Demostrar que tener un competidor nos impulsa y nos motiva a seguir en esta lucha.	Sesión: 29	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>ANALISIS DEL RETO: En la sesión anterior se desato la competencia por llegar a la final, ser ganador de la carrera y del premio, que ocurrió, pensé desde un principio en ganar.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx La competencia. El tener a alguien en contra siempre servirá para crecer y desarrollar nuestras potencialidades al máximo, la competencia nos impulsa a querer ganar, alcanzar la meta, recordemos que según Maslow hay una necesidad de estima social, de que nos sean reconocidos nuestros logros, pero a su vez hay que saber aceptar una derrota para no caer en frustración.</p> <p>Todos nos cuestan bastante trabajo el tener que competir, y siempre intentamos ponernos una excusa a nosotros mismos que nos lo impide. Pero esto es normal. Este punto al que llegamos, hay que pasarlo victoriosos y para eso trabajamos y nos disciplinamos.</p>	
	<p>MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas.</p>	
CIERRE	<p>ELABORACION DE COMPETENCIA GRUPAL: En grupo se acordara los lineamientos para una competencia. Se explicara en qué consiste, la duración, los reforzadores o incentivos que se emplearan.</p>	
	<p>MATERIALES: Papel bod, plumones, cinta adhesiva.</p>	
<p>FUENTE: Reeve, Johnmarshall. Motivación y emoción, editorial MC Graw Hill, 2003.</p>		

TEMA: MI VERDADERO MOTIVO PARA SEGUIR (DEBO SER YO MISMO).		
Objetivo: Reconocer que la persona más importante en este proceso es uno mismo, el primer interesado en el éxito del proceso es uno mismo.	Sesión: 30	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>VIDEO REFLEXIVO: Se analizara el mensaje del video "aunque te golpee la vida" con el objetivo de hacer que el paciente creen en el mismo, ya que si no cree en el no tendrá vida propia, siempre se dejara llevar por lo que los demás digan de él.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx.- cree en ti.</p> <p>Si bien tener a alguien para competir, ayuda a seguir adelante, la motivación más grande está en mi interior de cada persona, es una fuerza que sale a flote no solo para la supervivencia sino también para la superación del individuo, va mas allá de demostrar a terceras personas de lo que uno es capaz.</p> <p>Es más importante demostrarse a uno mismo, analizar las cualidades y potencialidades para de ellas agarrarse y salir adelante, caerse es la mejor manera de saber que vamos en el camino adecuado, porque cada caída conlleva un aprendizaje del cual se afianza nuestra próxima pisada, quien no cae no aprende a levantarse ni experimenta la confianza en su persona, no permitamos que otros nos den un valor, sin antes conocernos y atribuirnos un valor propio.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, proyector, bocinas, video.</p>	
CIERRE	<p>DESTRUYENDO MIS LIMITANTES: Se contara al grupo la fabula de la carrera de ranitas, con la finalidad de lograr que los pacientes Sean "sordos" cuando alguien les diga que no pueden realizar sus sueños...</p>	
	<p>MATERIALES: Fabula, dibujos de las ranitas.</p>	
<p>FUENTE: Castanyer, Olga. La asertividad, expresión de una sana autoestima, editorial Desclee de Brouwer, 2011.</p>		

TEMA: PENSAMIENTO DE UNA PERSONA DELGADA VS PENSAMIENTO DE UN OBESO.		
Objetivo: Contrastar y diferenciar la forma de pensamiento que emplea una persona delgada (prevé lo que puede pasar) y un obeso (se deja llevar por la sensación y emoción del momento).	Sesión: 31	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>LA CHAROLA IRRESISTIBLE: Actividad de provocación, se les ara creer de forma grupal que por los kg. Perdidos a lo largo de este proceso son merecedores a seleccionar el manjar de su preferencia para así poder analizar su capacidad de sana elección y dar pauta al tema del día.</p> <p>ELABORACION DE CUADRO COMPARATIVO: Se promoverá la participación de cada miembro del grupo para que aporten el estilo de pensamiento que comúnmente presentan ante la comida y los comentarios que han oído de personas delgadas.</p> <p>Por ejemplo: PD.- como solo cuando tengo hambre, con el objetivo de obtener los nutrientes que mi cuerpo requiere, PO.- “se me antojo algo dulce”.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx- Como piensan las personas delgadas vs personas obesas.</p>	
	MATERIALES: Charola, dulces, botanas, galletas, fruta, laptop, proyector, bocinas, papel bod, plumones, cinta adhesiva.	
CIERRE	<p>ANALISIS DE LA CHAROLA IRRESISTIBLE</p> <p>Se les cuestionara al grupo acerca de: ¿Quien no resistió a la charola bajo el concepto de merecedores a un, “premio”, en quienes predomino el pensamiento de obeso, quien fue más selectivo al escoger algo de la charola? ¿Sienten culpa? ¿Qué piensan hacer?</p>	
	MATERIALES: No aplica.	
FUENTE: Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.		

TEMA: SOY EL REFLEJO DE LO QUE COMO.		
Objetivo: Identificar cuáles eran los alimentos que mas consumíamos, describir porque nos agradaban y analizar si nuestro cuerpo es el reflejo de todo eso que ingeríamos.	Sesión: 32	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DE ALIMENTOS: Se proporcionara a cada integrante del grupo un formato donde puedan identificar y describir los alimentos de mayor consumo y porque les agradaban tanto.</p> <p>TRABAJANDO EN EQUIPOS: Se formaran 2 equipos de la misma cantidad de integrantes y cada equipo analizara por separado una frase correspondiente al tema, sacando una conclusión global de los comentarios.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx “somos lo que comemos”</p> <p>Hipócrates el padre de la medicina argumentaba. “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”.</p> <p>Jean Anthelme Brillat-Savarin una de sus citas más famosas: “Dime lo que comes y te diré quién eres”. Se les presentaran los beneficios que proporcionan algunos alimentos.</p>	
	<p>MATERIALES: Formatos, lapiceros, tarjetas con las frases, laptop, proyector, Pptx,</p>	
CIERRE	<p>VIDEO DOCUMENTAL</p> <p>La comida importa, Somos lo que comemos. En este documental se muestra como nuestros alimentos sufren cambios y alteraciones que repercuten en nuestra alimentación.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, bocinas, proyector, CD documental.</p>	

TEMA: LOS OBESOS POSEEN UN CARÁCTER A LA DEFENSIVA Y/O AGRESIVO.		
Objetivo: Entender por qué la mayoría de las personas con sobrepeso y obesidad presentan una tendencia de un carácter agresivo, a la defensiva en sociedad.	Sesión: 33	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>EJERCICIO DE ACOMPLETAR</p> <p>Se les proporcionara una hoja con frases para a completar que inducirán al tema de dicha sesión con suposiciones de situaciones tensas de crítica hacia la persona con sobrepeso u obesidad con la finalidad de medir su nivel de agresión al responder.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx.- Algunas personas con obesidad y sobrepeso tienden a ser agresivos. Una dieta alta en alimentos refinados es muy pobre en cromo y para un buen metabolismo del azúcar, el cromo, es muy necesario ya que la insulina sería menos efectiva en el control de los niveles sanguíneos de glucosa.</p> <p>Puede que haya hipoglucemia (disminución de glucosa), por consiguiente, el cerebro, al recibir menos glucosa, puede desatar un comportamiento agresivo. Insultos y burlas contra el obeso. Lipofobismo.</p>	
	<p>MATERIALES: Hoja de frases para completar, laptop, proyector y Pptx</p>	
CIERRE	<p>DINAMICA REFLEXIVA: ZANAHORIA, HUEVOS Y CAFÉ</p> <p>El terapeuta mostrara estos productos y su reacción al agua, comparando dicho comportamiento con la actitud que los pacientes con obesidad y sobrepeso presentan: conducta agresiva y actitud a la defensiva.</p>	
	<p>MATERIALES: Olla con agua, una zanahoria, un huevo y una taza de café.</p>	
<p>FUENTE: Lowen, Alexander. El lenguaje del cuerpo, editorial Herder, 2010.</p>		

TEMA: SANANDO MI NIÑO INTERIOR.			
Objetivo:	Al término de esta sesión el paciente podrá construir nuevos cimientos de autoestima por que abra sanado su niño interior herido.	Sesión: 34	Etapa: Resistencia.
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE</p> <p>De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO</p> <p>Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>		
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>		
DESARROLLO	<p>SANANDO MI NIÑO INTERIOR</p> <p>Se realizara en parejas un ejercicio de liberación de emociones y sensaciones producidas a lo largo de la vida del individuo por estigmatizadores sociales que ocasionaron daños en el paciente, aunque la persona que causo el daño no está presente, el paciente evocara el daño que le hizo y lo perdonara para poder seguir sin esa carga emocional negativa.</p>		
	<p>MATERIALES: Clínex, etiquetas y plumones.</p>		
CIERRE	<p>RECONCILIANDOME CON MI NIÑO INTERIOR</p> <p>Si bien es cierto que la sociedad es la primera en atacar a las personas por su condición de sobrepeso u obesidad, ocurre porque la persona lo permite, se deja humillar y es el primero en faltarse el respeto al no valorarse por lo que es y aceptarse.</p>		
	<p>MATERIALES: Paliacate, espejo, CD de relajación y grabadora.</p>		
<p>FUENTE: Bradshaw, John. Volver a la niñez, editorial Selector, 1997.</p>			

TEMA: LA FRUSTRACION TOXICA		
Objetivo: Que el paciente sea capaz de distinguir cuando su nivel de frustración le este limitando su proceso.	Sesión: 35	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE</p> <p>De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>LA TASA DE LA FRUSTRACION</p> <p>Esta actividad consta de una tasa que contiene lemas de frustración común, escritas en papel, pero muy en el fondo se encontraran frases realistas que remplazaran los lemas de frustración.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx La frustración toxica, nuestras ganas de salir adelante, la fuerza para levantarnos una vez más y continuar, que es algo que necesitamos todas las mañanas al despertarnos. La frustración es un sentimiento de fracaso y decepción que aparece ante un deseo no cumplido o una necesidad no satisfecha, es normal que mientras se esté en proceso, se experimente la frustración al no bajar de peso, ni alcanzar las metas como se proponía.</p>	
	<p>MATERIALES: Tasas, hojas de colores, proyector, Pptx, laptop.</p>	
CIERRE	<p>EL CUENTO DE LA NIÑA HUERFANA</p> <p>Se colocaran en círculo en el piso o sillas si lo deseen para escuchar con atención el cuento... al final se les preguntara si se identificaron con la niña.</p>	
	<p>MATERIALES: No aplica.</p>	
<p>FUENTE: Stamateas, Bernardo. Emociones Toxicas, ediciones B, 2012.</p>		

TEMA: TOLERANCIA AL HAMBRE		
Objetivo: Que el paciente aprenda a detectar y tolerar el hambre para concluir con óptimos resultados el proceso.	Sesión: 36	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE</p> <p>De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO</p> <p>Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx Tolerancia al hambre.</p> <p>Cuando las personas que se esfuerzan por perder peso sienten hambre, a menudo lo sienten intensamente, en forma de punzadas. Esas sensaciones pueden llevarles a creer que se trata de una emergencia. Toda su atención se concentra en lo incómodos que se sienten, y en cuando y donde conseguirán comida, y empiezan a pensar que no serán capaces de soportar esa sensación. ¿Qué tiempo puede pasar una persona sin comer?</p> <p>LA ESCALA DE INCOMODIDAD</p> <p>Se les proporciona la escala, para que ellos lo puedan trabajar y registren las situaciones en las que presentan incomodidad y no toleran tan fácilmente el hambre.</p>	
	<p>MATERIALES: Pptx, laptop, proyector, escala, lapiceros.</p>	
CIERRE	<p>TECNICAS MENTALES</p> <p>Se pondrá en práctica las técnicas para controlar el hambre, para que posteriormente el paciente las pueda realizar</p>	
	<p>MATERIALES: Cd música relajante y grabadora.</p>	
<p>FUENTE: Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.</p>		

TEMA: ENTRENAMIENTO ASERTIVO (SUPOSICIONES TRADICIONALES ERRÓNEAS).		
Objetivo: Producir en el paciente una actitud asertiva como respuesta a expresiones desmotivantes durante este etapa de resistencia	Sesión: 37	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx Asertividad, Ser asertivo significa tener una autoestima alta, creer en nuestros derechos y así poder relacionarnos con los demás de igual a igual, sin sentirnos inferiores o superiores a ellos. La persona asertiva respeta y es respetada, y es capaz de defender sus intereses. Las personas no asertivas o pasivas no creen tener estos derechos por ello, no defienden sus intereses.</p> <p>EL DEBATE</p> <p>Se pone en mesa de debate las suposiciones tradicionales erróneas vs los derechos legítimos, para que los pacientes identifiquen las ideas irracionales que les impiden ser asertivos y continuar con su proceso.</p>	
	MATERIALES: Laptop, proyector, Pptx y tarjetas del tema en debate.	
CIERRE	<p>EL GUION (ESCENA): Para que se dé un cambio de conducta asertiva se deben distinguir 6 elementos: expresar, señalar, caracterizar, adaptar, limitar y acentuar, dichos elementos serán identificados por los pacientes en una escena que se representara con la finalidad de que ellos generen cambios en su conducta.</p>	
	MATERIALES: 6 letreros de los elementos para el guion, vestuario y escenografía que los personajes requieran para la representación de la escena.	
FUENTE: Fensterheim y Baer. Psicoterapia Breve en Intervención de Crisis.		

TEMA: PENSAMIENTOS AUTO SABOTEADORES.			
Objetivo:	Que el paciente logre liberar todos los pensamientos autosaboteadores que limitan su proceso.	Sesión: 38	Etapa: Resistencia.
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	PESAJE De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.		
	SALUDO Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.		
	ENLACE Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.		
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.		
DESARROLLO	EXPOSICION DEL TEMA Pptx. Pensamientos autosaboteadores, el autosabotaje o autoboicot representa una serie de conductas, actitudes o decisiones que afectan negativamente la vida o el desarrollo de una persona en lo individual e incluso de todo su familiar, social o laboral. Generalmente la persona no reconoce las razones por las cuales hizo algo que en realidad no quería o deseaba hacer.		
	MI AUTOSABOTAJE El paciente analizara cuáles son sus pensamientos saboteadores, que conducta le provocan y las secuelas que estos le dejan si gusta los compartirá al grupo.		
	MATERIALES: Pptx, laptop, proyector, tarjetas, lapiceros.		
CIERRE	LIGA CONTROLADORA DE PENSAMIENTOS SABOTEADORES. Llevar un registro de cada sabotaje nos hace tomar conciencia de la cantidad de veces que ponemos en riesgo nuestro esfuerzo realizado a lo largo del proceso, la liga nos ayudara a disminuir su frecuencia.		
	MATERIALES: Ligas.		
FUENTE: Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.			

TEMA: “NO ESTOY CASTIGADO SIMPLEMENTE EVITO AL MÁXIMO LO QUE ME DAÑA”.		
Objetivo: Erradicar en los pacientes la sensación de víctimas y hacer frente al proceso sin sentir que es un castigo, más bien un proceso transitorio para alcanzar un fin.	Sesión: 39	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>ENCARCELADO</p> <p>Ejercicio imaginario donde aceptamos una restricción de lo que querríamos comer y nos aferramos como un preso a los barrotes de su celda, mirando hacia afuera, contando los minutos y los segundos que nos faltan para recuperar la ansiada libertad. Lo primero que preguntamos al iniciar una dieta es: “¿Cuándo se sale?”</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx Soy una víctima a dieta. Los pacientes suelen pensar es injusto que mientras yo estoy a dieta otras personas coman de todo y a mí se me antoja al verlos comer, a menudo expresamos “No es justo que yo no pueda comer lo que están comiendo todos los demás”. Pero cuando deja hacerse la víctima, o el castigado y se toma la actitud de: “estoy a dieta porque así lo decidí, ningún alimento es prohibido para mí, pero elijo comer cosas sanas que nutren mi cuerpo y mejoran mi calidad de vida”.</p>	
	<p>MATERIALES: CD de relajación, vela aromática, grabadora, laptop, Pptx y proyector.</p>	
CIERRE	<p>TARJETA DE APOYO</p> <p>El paciente elaborara una tarjeta de apoyo para emplearla cada que se sienta castigado, una víctima de la injusticia.</p>	
	<p>MATERIALES: Tarjetas bibliográficas, lapiceros y colores.</p>	
FUENTE: Ellis, Albert. Terapia Racional Emotiva, editorial Pax, 2005.		

TEMA: RECONOCIMIENTO DE LOGROS		
Objetivo: Lograr que el paciente proponga diversas formas de reconocimiento de logros y que logren como grupo establecer el modelo de premiación que emplearan.	Sesión: 40	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>APLUIDIR LOS LOGROS</p> <p>Pptx Reconocer sus logros.</p> <p>Reconocer y felicitar me por el peso que perdí, por lo que al día de hoy he logrado.</p> <p>La mayoría de la gente cuando está en un proceso de pérdida de peso le cuesta mucho admitir el cambio que en ella ocurre, por que al ser la persona que a diario se ve frente al espejo le es más difícil percibir la diferencia, aceptar un cumplido de la gente que nos rodea es gratificante porque eso habla de que el esfuerzo que se está realizando está dando frutos.</p> <p>Cuidado con los premios que son “comida” lo ideal sería premiarnos con algo que nos siga ayudando en este proceso, que eleve nuestra autoestima y nos sea placentero. Como por ejemplo: ir al cine, tomarse un café, un libro, un bolso, una cartera, unos zapatos, un CD, boletos para un concierto, ir al teatro, etc.</p>	
	MATERIALES: Laptop, Pptx y proyector.	
CIERRE	<p>CARITAS REFORZADORAS</p> <p>El paciente recibirá una planilla de caritas reforzadoras para indicar algún logro y llevar el conteo de estos y así canjear por algún premio.</p>	
	MATERIALES: Planillas de caritas adhesivas (calcomanías), tarjetas de resumen, plumines, colores y lapiceros.	
FUENTE: Beck, Judith S. El método de Beck para adelgazar, editorial Gedisa, 2009.		

TEMA: EL ESPEJO NO MIENTE, ASIMILACIÓN DEL CAMBIO.		
Objetivo: Efectuar en cada paciente un análisis corporal frente al espejo para que asimile su realidad y afiance su autoestima.	Sesión: 41	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE</p> <p>De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO</p> <p>Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE</p> <p>Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>ESPEJITO, ESPEJITO...</p> <p>El espejo es el que nos confronta con la realidad, a veces para no aceptarla preferimos omitirla viendo solo lo que deseamos ver, con lo que nos sentimos cómodos a mejor aun lo necesario.</p> <p>Cada paciente pasara al frente del espejo, permanecerá unos minutos ahí mientras responde a algunas preguntas que el terapeuta le realizara.</p> <p>¿Qué es lo que ves?</p> <p>¿Te es agradable lo que observas? ¿Por qué?</p> <p>¿Si tuvieras la oportunidad de cambiar algo que sería?</p>	
	<p>MATERIALES: Espejo de cuerpo entero.</p>	
CIERRE	<p>TESTIMONIO DE VIDA</p> <p>Se presenta ante el grupo un testimonio de vida, para que valoren su cuerpo completo y sano a diferencia de otros que quisieran tener alguna extremidad.</p>	
	<p>MATERIALES: Laptop, video, proyector y bocinas.</p>	
<p>FUENTE: Gutiérrez, Raúl. Trampas mentales, editorial Esfinge, 2001.</p>		

TEMA: TÉCNICAS PARA VENCER LAS TENTACIONES (ELECCIÓN AL COMER-VENTAJAS Y DESVENTAJAS).		
Objetivo: Revelar al grupo las distintas técnicas que le ayuden a vencer las tentaciones que obstaculizan su proceso.	Sesión: 42	Etapa: Resistencia.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Se llenara el salón de globos de colores, los cuales contendrán en su interior papelitos con las distintas técnicas para no caer en tentación, re reventaran y se comentaran en grupo.</p> <p>*Recordar mis 50 motivos para bajar de peso.</p> <p>*Imaginar me delgad@.</p> <p>*Comparar los beneficios que me dejan determinados alimentos.</p> <p>*Recordar las burlas e incomodidades que le ocurren al tener sobrepeso u obesidad.</p> <p>*Etc.</p>	
	MATERIALES: Globos, papelitos, lapiceros.	
CIERRE	<p>EQUIVALENCIAS DE LOS ALIMENTOS</p> <p>Se contraponen los beneficios de 2 tipos de alimentos, para que la gente opte por el que mejor resultados le proporcione en el proceso.</p>	
	MATERIALES: 2 charolas grandes, diversos alimentos a comparar.	
FUENTE: Esquivel, Guadalupe., Luna, Adriana. El placer de comer y estar sano, editorial Terracota 2010.		

ETAPA 5: ADAPTACION.

Objetivo: Es la etapa final del sistema y tiene por objetivo reconciliar el ser interior y exterior que era al inicio del proceso y el que es ahora, logrando así una readaptación y mantenimiento del paciente.

1. Inteligencia emocional (mente y medicina, conocimiento de uno mismo).
2. Reconstrucción de mi autoestima. “ahora soy una persona más segura”
3. La asertividad, expresión de una sana autoestima.
4. Como me ven los demás, pero sobretodo como me siento yo.
5. Más optimista por dentro y reluciente por fuera (tiempo del cambio de look).
6. El rechazo toxico.
7. Lo que mi cuerpo expresaba Vs lo que mi cuerpo expresa.
8. Liberación de la culpa, (aprender de tus errores).
9. Aprende a pensar en ti mismo, al estar bien podrás ayudar a que otros lo estén.
10. Atrévete a ser ejemplo y motivar a otro, abrázate de tus nuevos pensamientos, ideas y conductas acerca de la comida.

TEMA: INTELIGENCIA EMOCIONAL (MENTE Y MEDICINA, CONOCIMIENTO DE UNO MISMO).		
Objetivo: Generar en cada paciente una actitud de mayor inteligencia emocional que eleve su calidad de vida y ayude en su proceso.	Sesión: 43	Etapa: Adaptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE Y MEDICION: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet, se tomara medidas de talla y estatura por se inicio de la quinta etapa.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta sesión del proceso.</p> <p>EVALUACION: El paciente será evaluado con ejercicio de completar con la información de la etapa de resistencia.</p> <p>IMPLEMENTACION: En esta 1° sesión de la quinta etapa se recapitularan las 16 sesiones anteriores con una reseña temática donde se destaca el mensaje central de cada sesión.</p> <p>OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS: Por cierre de la etapa de resistencia se darán los incentivos ganados por los pacientes que realizaron un mayor esfuerzo al bajar 16kg o más y no subir en ninguna de las 16 sesiones.</p>	
	<p>MATERIALES: Báscula, cinta métrica, carnet, tarjeta de registro, lapiceros, hojas de evaluación, obsequios (decorativo para auto), incentivos y gafete.</p>	
DESARROLLO	<p>PRESENTACION DE ETAPA: Cada etapa es parte elemental del proceso y tiene un objetivo que se le dará a conocer al paciente.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA: Pptx Inteligencia Emocional. La inteligencia emocional es la capacidad para comprender a los demás, una capacidad correlativa, vuelta hacia el interior. Es la capacidad de formar un modelo preciso y realista de uno mismo y ser capaz de usar ese modelo para operar eficazmente en la vida.</p>	
	<p>MATERIALES: Proyector, Pptx y laptop.</p>	
CIERRE	<p>ESFERAS DE IE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer las propias emociones. Manejar las emociones. La propia motivación. Reconocer las emociones en los demás. Manejar las relaciones. 	
	<p>MATERIALES: Esferas de Unicel y plumones.</p>	
<p>FUENTE: Goleman, Daniel. Inteligencia Emocional, ediciones B México, 2012.</p>		

TEMA: RECONSTRUCCIÓN DE MI AUTOESTIMA. “AHORA SOY UNA PERSONA MÁS SEGURA”.		
Objetivo: Establecer los nuevos elementos que ayudaron a la reconstrucción de la autoestima, y le dieron más seguridad al paciente.	Sesión: 44	Etapa: Adaptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EJERCICIO DE IMAGINERIA: Se promueve un ambiente de relajación, donde los pacientes se puedan concentrar con la intención de hacerlos conscientes de los valores y cualidades que poseen y de aquellos que deben mejorar, más que preocuparse, poder ocuparse de ellos.</p> <p>COMPARTIR EN BINAS: Es momento de compartir las experiencias vividas desde el inicio del proceso al día de hoy, que es lo que más me ha costado y como lo he superado.</p>	
	MATERIALES: Grabadora, CD de relajación, incienso, velas aromáticas y tapetes.	
CIERRE	<p>EVALUACION DE AUTOESTIMA: Se les proporcionara a los pacientes una hoja de evaluación de autoestima para trabajarla de forma personal.</p> <p>YO SOY YO</p> <p>Se leerá el poema y se les pedirá toman la frase que sea de mayor agrado.</p>	
	MATERIALES: Hojas de evaluación y lapiceros.	
FUENTE: Satir, Virginia. Yo soy yo.		

TEMA: LA ASERTIVIDAD, EXPRESIÓN DE UNA SANA AUTOESTIMA.		
Objetivo: Efectuar en el paciente conductas más asertivas para que estas contribuyan de forma positiva en su autoestima.	Sesión: 45	Etapa: Adaptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA: Asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. La persona asertiva:</p> <p>Sabe decir “no” o mostrar su postura hacia algo.</p> <p>Sabe pedir favores y reacciona ante un ataque.</p> <p>Sabe expresar sentimientos.</p>	
	MATERIALES: Pptx, laptop y proyector.	
CIERRE	<p>COMPONENTES NO VERBALES DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA</p> <p>Para que un mensaje se considere transmitido de forma socialmente habilidosa (asertiva), las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal.</p> <p>*La mirada.</p> <p>*La expresión facial.</p> <p>*La postura corporal.</p> <p>*Los gestos.</p> <p>Ejercicio: Registro de conductas verbales y no verbales, persona A Y B.</p>	
	MATERIALES: Láminas de expresiones no verbales, hojas de registro y lapiceros.	
<p>FUENTE: Castanyer, Olga. La asertividad expresión de una sana autoestima, editorial Desclee de Brouwer, 2011.</p>		

TEMA: COMO ME VEN LOS DEMÁS, PERO SOBRETUDO COMO ME SIENTO YO.		
Objetivo: Analizar que si bien la forma en que los demás nos perciben es importante y se puede tomar en cuenta para generar cambios productivos, la autopercepción y autovaloración es la determinante para nuestras conductas.	Sesión: 46	Etapas: Adaptación
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>EL TREN EXPRESIVO: Este ejercicio consiste en hacer un tren formados en hilera con una hoja pegada en la espalda donde cada vagón expresara como te percibe, al final se identificaran las características más frecuentes.</p> <p>LA HISTORIA DEL SABIO Y EL JOVEN CON BAJA AUTOESTIMA</p> <p>Se reflexionara la historia del sabio y el hombre con baja autoestima para que el grupo se identifique con alguno de los personajes y analice acerca de la autoestima. Se promueve la participación del grupo con la enseñanza que les deja esta historia.</p>	
	MATERIALES: Papel, plumines, cinta adhesiva,	
CIERRE	<p>MI ULTIMO DIA</p> <p>Con la proyección de este video se hace hincapié de la importancia de aprovechar al máximo nuestro paso por la vida, siendo conscientes de que lo más importante es lo que somos y no lo que otros creen que somos.</p>	
	MATERIALES: Video, proyector, laptop y bocinas.	
FUENTE: Reeve, Johnmarshall. Motivación y emoción, editorial Mc Graw Hill, 2003.		

TEMA: CAMBIO DE IMAGEN (LOOK).		
Objetivo: Definir una renovada imagen en cada paciente, misma que exprese seguridad y permita ver los resultados de dicho proceso.	Sesión: 47	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	<p>MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.</p>	
DESARROLLO	<p>LA RENOVACION DEL AGUILA: Esta reflexión alude a que las personas evolucionamos, y todo cambio es benéfico, más que tenerle miedo al cambio hay que permitirnos ser más optimista por dentro y relucientes por fuera (tiempo del cambio de look).</p> <p>CAMBIO DE IMAGEN: Un cambio en su imagen está de manera intrínseca el tener que lidiar con emociones y vivencias que son parte de este disgusto que es no estar de acuerdo con su imagen.</p>	
	<p>MATERIALES: Proyector, laptop, Pptx, video y bocinas.</p>	
CIERRE	<p>SX DEL “PATITO FEO”</p> <p>Este trastorno podría llevar el nombre de un famoso cuento infantil ¿recuerdan? “El patito feo”, así es, el célebre patito que era rechazado, porque lo consideraban “feo” por su color grisáceo en comparación con los demás patitos, sin embargo él no era un pato, sino un cisne y que al crecer se vuelve muy hermoso y mucho más bello que los otros patos.</p> <p>Este síndrome también es denominado dismorfobia o mejor conocido como Trastorno Dismórfico Corporal, dicho trastorno se encuentra en el grupo de los Trastornos Somatoformes.</p>	
	<p>MATERIALES: Dibujo del patito feo y el cisne.</p>	

TEMA: EL RECHAZO TOXICO			
Objetivo:	Establecer en el paciente una actitud positiva ante el rechazado por su condición de obeso y fomentar la aceptación de su persona.	Sesión: 48	Etapa: Adaptación.
		Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>		
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.		
DESARROLLO	<p>EXPOSICION DEL TEMA</p> <p>Pptx- El Rechazo.</p> <p>La toxicidad del rechazo tiene que ver con todo lo que hacemos para obtener la aceptación, una necesidad digna de todo ser humano pero mal buscada. Buscamos la aceptación en el exterior, pero el rechazo esta en nuestro interior.</p> <p>“La gente no tiene la autoridad para rechazarte ni aceptarte. Solo tú puedes hacerlo.”</p>		
	MATERIALES: Pptx, proyector y laptop.		
CIERRE	<p>LIBERATE DEL RECHAZO</p> <p>Las personas a lo largo de la vida acumulamos sensaciones y emociones producidas por el rechazo de los demás y el auto rechazo. Se realizara un ejercicio de relajación y meditación para liberarnos de ello.</p>		
	MATERIALES: Grabadora, musicoterapia y aromaterapia.		
FUENTE: Stamateas, Bernardo. Emociones Toxicas, ediciones B, 2012.			

TEMA: LO QUE MI CUERPO EXPRESABA VS LO QUE MI CUERPO AHORA EXPRESA.		
Objetivo: Comparar lo que al inicio del proceso expresaba el cuerpo con sobrepeso y lo que actualmente refleja (mayor seguridad y autoestima).	Sesión: 49	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.	
	SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.	
	ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	MI SILUETA MAS ESTILIZADA: En parejas se realizara la calca de la nueva silueta del cuerpo de cada paciente sobre el papel bond, para después analizarla y compararla con la inicial.	
	CUESTIONARIO INSTROSPECTIVO: De forma individual el paciente responderá a las siguientes preguntas ¿Cómo me siento en comparación a cuando inicie el proceso? ¿Qué beneficios he obtenido? ¿Cómo me veo actualmente? ¿Cómo es mi carácter en comparación de como era antes? Las personas que te rodean ¿Han notado cambios en ti?	
	MATERIALES: Papel bond, plumones, hoja de cuestionario, lapiceros y cinta adhesiva.	
CIERRE	MOVILIZACION DE ENERGIA: Todos se disponen a caminar por el salón, al escuchar el silbato se detendrán para hacer la indicación correspondiente como saludar con el codo, saludar con las rodillas, saludar con la frente, animar al otro, felicitarlo por sus logros, etc. Al finalizar movilizara todo su cuerpo mientras escucha el audio me siento mejor.	
	MATERIALES: Grabadora, audio: Me siento mejor, incienso.	
FUENTE: Lowen, Alexander. El lenguaje del cuerpo, editorial Herder, 2010.		

TEMA: LIBERACIÓN DE LA CULPA, (APRENDE DE TUS ERRORES).		
Objetivo: Distinguir cuando sentimos culpa real o culpa toxica y analizar las culpas que hemos sentido a raíz de un error y el aprendizaje que esto ocasiono.	Sesión: 50	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.	
	SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.	
	ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	EXPOSICION DEL TEMA Pptx – La culpa. Es imprescindible hacer distinción entre culpa real y culpa toxica. La culpa real es la que se produce cuando se transgrede una ley, ya sea moral, universal o divina, teniendo conciencia de ello. La culpa toxica se produce cuando los sentimientos de culpa que pretenden atormentar a una persona no se deben a las leyes llamadas universales, sino que provienen de causas emocionales.	
	EJERCICIO “DEBERIA O NO DEBERÍA, ESA ES LA CUESTION”	
	Podríamos representar nuestra conciencia como una balanza que, dependiendo de lo que hagamos, se inclinará hacia un lado o al otro, indicando lo que está bien y lo que está mal, de acuerdo con las leyes que tenemos grabadas en nuestra mente. De esta manera, nuestra conciencia nos hace experimentar culpa con una señal de que no estamos haciendo “lo que deberíamos”. *Ley del 100 x 100.	
	MATERIALES: Proyector, Pptx, laptop, hojas blancas y lapiceros.	
CIERRE	GRAFICO DE RESULTADOS El paciente elaborara una grafica donde indique el error cometido, la causa y las consecuencias que contrajo, pero a su vez el aprendizaje que esa experiencia le dejo.	
	MATERIALES: Papel, lápiz y colores.	
FUENTE: Stamateas, Bernardo. Emociones Toxicas, ediciones B, 2012.		

TEMA: APRENDE A PENSAR EN TI MISMO, AL ESTAR BIEN PODRÁS AYUDAR A QUE OTROS LO ESTÉN.		
Objetivo: Incrementar el interés personal en los pacientes, que logren identificar sus potenciales y compartirlos con los demás.	Sesión: 51	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	<p>PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.</p> <p>ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.</p>	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	<p>REFRAN “Candil de la calle, oscuridad de su casa” Dicho de una persona: Atenta y obsequiosa con los extraños, pero no con los familiares. No es posible dar a otros lo que no tenemos. No es ser egoísta por pensar en uno mismo, por el contrario si estás bien podrás ayudar a más personas.</p> <p>EXPOSICION DEL TEMA Pptx- No puedo dar lo que no tengo. Por eso si nos ponen una multa grande, y no tenemos dinero, y lo demostramos, nos podemos declarar insolventes. Insolventes podemos ser también en muchas otras cosas. No puedo dar amistad, si yo no tengo buenos sentimientos. No puedo dar amor, si yo no me amo a mi mismo.</p>	
	MATERIALES: Laptop, Pptx y proyector.	
CIERRE	<p>MI TESORO: Todo ser humano posee virtudes, cualidades, habilidades, potencialidades, dones, talentos, capacidades que le fueron brindadas de forma innata u otras que ha ido desarrollando conforme las experiencias de vida, al compartir con los demás las cosas en lo que uno es bueno, creces y ayudas a otros a crecer. -comparte tu tesoro con tus compañeros de grupo.</p>	
	MATERIALES: Vasos desechables, cartulina de colores, tijeras y lapiceros.	

TEMA: ATRÉVETE A SER EJEMPLO Y MOTIVAR A OTRO, ABRÁZATE DE TUS NUEVOS PENSAMIENTOS, IDEAS Y CONDUCTAS ACERCA DE LA COMIDA.		
Objetivo: Demostrar los resultados obtenidos en el proceso y motivar a otra persona con obesidad o sobrepeso a que él también puede lograrlo.	Sesión: 52	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 1hr.
ENCUADRE	PESAJE: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet y tarjeta de control.	
	SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida de esta sesión.	
	ENLACE: Se recapitulara el tema de la sesión anterior destacando el mensaje central, para así dar inicio al tema de hoy.	
	MATERIALES: Carnet, lapicero, tarjeta de control, gafete y báscula.	
DESARROLLO	EL MEJOR CUENTO QUE PUDE HABER CONTADO	
	Los pacientes escribirán en forma de cuento como vivieron su proceso, cada experiencia, cada tropiezo y cada lección aprendida, mencionando los problemas que ha solucionado con su nuevo peso y su autoestima. Los pacientes que lo deseen lo compartirán al grupo.	
	COMPROMISO IRREBOCABLE	
CIERRE	A lo largo del proceso los pacientes fueron adquiriendo técnicas para llegar a su objetivo, pero sobre todo para mantenerse en el, por ello deberán comprometerse con ellos mismos a continuar realizando todas aquellas cosas que lo llevaron a la cima.	
	MATERIALES: Hojas blancas, lapiceros y hojas de compromiso.	
	VIDEO WALT DISNEY	
CIERRE	Se contrastara el video de Walt Disney un ejemplo de superación, con el logro que cada paciente obtuvo con su proceso.	
	MATERIALES: Proyector, video y laptop.	
FUENTE: Beck, Judith S. Terapia Cognitiva, editorial Gedisa, 2006.		

TEMA: CIERRE CON BROCHE DE ORO		
Objetivo: Clausurar el proceso de grupo, revelar la cantidad de kilogramos bajados de forma grupal, e individual y reconocer el esfuerzo y dedicación de cada paciente.	Sesión: 53	Etapa: Adaptación.
	Fecha:	Duración: 2hrs.
ENCUADRE	<p>PESAJE Y MEDICION: De forma individual cada paciente debe pesarse y registrar su asistencia. Tomando nota en su respectivo carnet, se tomaran medidas de talla y estatura por cierre de etapa y proceso.</p> <p>SALUDO: Se les da un cordial saludo y bienvenida a esta última sesión del proceso.</p> <p>JUEGO-EVALUACION: El paciente será evaluado jugando un memorama de la información de la etapa de Adaptación. Se jugara en equipos de 4 personas.</p>	
	<p>MATERIALES: Báscula, cinta métrica, carnet, tarjeta de control, lapiceros, memorama, obsequios (prendedores) y gafetes.</p>	
DESARROLLO	<p>IMPLEMENTACION GENERAL DEL PROCESO En esta última sesión del proceso se recapitularan las 52 sesiones anteriores con una reseña temática donde se destaca el mensaje central de cada sesión, esta será diferente porque la modalidad baile entre cada canción se recordara cada sesión.</p> <p>OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS, PREMIACIONES Por cierre de la etapa de resistencia se darán los incentivos ganados por los pacientes que realizaron un mayor esfuerzo al bajar 10kg o más y no subir en ninguna de las 16 sesiones. *se le dará un diploma a cada paciente por haber participado en este proceso grupal indicando la cantidad total de kilogramos bajados. *se les obsequiara su foto de cuerpo entero del antes y después. EVALUACION DE AUTOESTIMA</p>	
	<p>MATERIALES: CD música variada, grabadora, laptop, proyector, diplomas, incentivos, fotos, evaluación y lapiceros.</p>	
CIERRE	<p>MEMORIA FOTOGRAFICA Se les proyectara un video elaborado con fotografías tomadas a lo largo del proceso.</p> <p>TESTIMONIOS Este espacio es para el paciente que desee contar su testimonio.</p> <p>LA FOTO DE RECUERDO DE GRUPO- CONVIVIO</p>	
	<p>MATERIALES: Proyector, laptop, bocinas, fotos electrónicas, caja de clínex, alimentos para la convivencia.</p>	
FUENTE: No aplica. Organización: Terapeuta-Grupo.		

CAPITULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la Investigación: Mixta

Esta tesis fue realizada bajo la investigación mixta porque se conjuga la investigación *cuantitativa*: al emplear la recolección de datos para probar que las personas con sobrepeso u obesidad presentan baja autoestima, con este enfoque se es mas objetivo ya que utiliza la lógica y el razonamiento, mientras que de forma *cualitativa* el proceso es mas inductivo ya que explora a los individuos con sobrepeso u obesidad, describiendo las características de baja autoestima que estos presentan, para después generar la perspectiva de que los individuos con sobrepeso u obesidad presentan una baja autoestima. Se genera una hipótesis durante el estudio, la cual con los resultados cuantitativos puede ser aceptada o rechazada.

5.2 Alcance de la Investigación: Correlacional.

Se empleo un estudio correlacional ya que el propósito es medir el grado de relación entre las personas con sobrepeso u obesidad y su baja autoestima.

■ La relación a investigar se efectúa bajo 2 variables:

X = Individuos de 20 a 40 años con obesidad y sobrepeso.

Y = individuos de 20 a 40 años con baja autoestima.

- ✚ Este estudio correlacional mide en primera instancia el sobrepeso u obesidad y la baja autoestima, para después analizar si los individuos con sobrepeso u obesidad presentan baja autoestima.

- ✚ El propósito de este estudio correlacional es predecir que los individuos con sobrepeso u obesidad presentan baja autoestima.

- ✚ La correlación es positiva porque las personas con mayor IMC presentan mayor nivel de baja autoestima.

- ✚ Pudiéramos decir que esta investigación correlacional presenta un valor explicativo porque al medir la correlación entre X y Y, nos proporciona una explicación del sobrepeso u obesidad y la baja autoestima.

5.3 Diseño de la Investigación: No experimental.

- ✚ Esta tesis corresponde al diseño de investigación no experimental, ya que no manipula las variables independientes, más bien observa como los individuos tienen sobrepeso u obesidad, para después analizar que a consecuencia de su IMC manifiestan su nivel de autoestima.

- ✚ Es un diseño transaccional o transversal ya que se recolectan los datos en un solo momento, se describen las variables X (sobrepeso u obesidad) Y (baja autoestima) para analizar su incidencia e interacción en un solo momento.

- ✚ Transaccional correlacional-causal al analizar la relación causa-efecto que se da: el sobrepeso u obesidad causa baja autoestima en los individuos.

5.4 Tipo de Investigación: Documental.

Se utiliza la investigación documental, es decir se recopiló una gran cantidad de información basada en documentos (libros, artículos, revistas,

periódicos, actas, etc.) acerca del sobrepeso-obesidad y baja autoestima para consolidar el trabajo de investigación.

5.5 Delimitación de la Población o Universo.

La muestra tomada en cuenta son personas de entre 20 y 40 años de edad que presenten un IMC de 26 en adelante ya que dicha puntuación detona sobrepeso, de la ciudad de Córdoba, Veracruz sin importar género.

5.6 Selección de la Muestra: No probabilística o dirigida.

La muestra utilizada en dicha tesis corresponde a un subgrupo de la población de Córdoba, Veracruz que no fueron sometidos a probabilidad, más bien aquellos que correspondían a las características como edad e IMC que maneja dicha investigación.

5.7 Instrumento de la Prueba:

Inventario de Autoestima

CAPITULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En el estudio realizado en dicha Investigación participaron 150 individuos de entre 20 y 40 años de edad de la ciudad de Córdoba, Veracruz. A continuación se analizaran los resultados obtenidos.

6.1 Tabulación.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo bajo la escala Likert como se muestra a continuación:

Ítem	Valor Likert				
	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	5	4	3	2	1
10	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5
12	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	1	2	3	4	5
16	5	4	3	2	1
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1
19	5	4	3	2	1
20	5	4	3	2	1

21	5	4	3	2	1
22	1	2	3	4	5
23	5	4	3	2	1
24	1	2	3	4	5
25	5	4	3	2	1
26	5	4	3	2	1
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	5	4	3	2	1
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	5	4	3	2	1
35	1	2	3	4	5
36	5	4	3	2	1
37	1	2	3	4	5
38	5	4	3	2	1
39	1	2	3	4	5
40	5	4	3	2	1
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5

43	5	4	3	2	1
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	5	4	3	2	1
47	1	2	3	4	5
48	5	4	3	2	1
49	5	4	3	2	1
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	5	4	3	2	1
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	5	4	3	2	1
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	5	4	3	2	1
59	5	4	3	2	1
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5

6.2 Clasificación de ítems por áreas.

Los 62 ítems que contiene el instrumento, quedan clasificados de la siguiente manera:

Nutrición	Condición Física	Aspecto Físico	Aceptación	Satisfacción y Éxito	Sociabilidad
Ítem	ítem	ítem	Ítem	Ítem	Ítem
50	43	1	4	2	5
51	49	3	7	15	6
52	57	11	9	18	8
53	60	16	19	25	10
54	61	24	20	28	12
55	62	27	21	29	13
56	6	37	22	32	14
58		38	26	41	17
59		40	30	8	23
9		42	34		31
		46	35		33
		11	44		36
			12		39
					45
					47
					48
					16

Figura 5. Clasificación de Ítems.

<p>Masa (Kg)</p> <p>IMC = (altura (m))²</p> <p>8.5 o menos = desnutrición.</p> <p>De 9 a 18= bajo peso.</p> <p>Entre 19 y 25 = peso normal.</p> <p>26 a 30 = sobrepeso.</p> <p>Entre 30.5 y 35.3 = sobrepeso crónico.</p> <p>Por encima de 35.5 = obesidad leve.</p> <p>Arriba de 40 = obesidad mórbida.</p>
--

Figura 6. Rango de sobrepeso u obesidad según el IMC.

En la siguiente tabla podremos observar el IMC de cada individuo, la puntuación obtenida en cada área, el promedio global nos permiten ver como se ve afectada significativamente la autoestima de las personas con sobrepeso y obesidad, al obtener la mayoría de estos un promedio menor.

#	IMC	Nutrición	Condición Física	Aspecto Físico	Aceptación	Satisfacción y Éxito	Sociabilidad	Promedio Global
1	29.8	2.6	2.0	3.5	2.8	4.0	3.6	3.1
2	25.0	2.7	4.2	4.6	4.0	4.6	3.4	3.9
3	25.4	3.3	3.7	3.5	4.1	4.1	4.7	3.9
4	33.9	2.6	3.3	3.5	3.7	4.0	4.2	3.5
5	19.5	3.2	4.0	4.1	4.0	4.5	4.4	4.0
6	32.2	2.4	3.5	3.5	3.6	4.4	4.0	3.6
7	28.3	2.4	3.7	3.8	4.1	4.3	3.8	3.7
8	25.4	2.8	4.8	4.4	3.9	4.1	2.9	3.8
9	24.6	2.8	4.0	3.6	3.7	3.6	3.8	3.6
10	24.6	3.3	4.3	3.8	4.6	4.5	4.1	4.1
11	33.0	3.2	4.3	3.3	2.7	3.9	3.0	3.4
12	27.5	2.6	3.8	3.2	3.5	4.4	4.1	3.6
13	30.4	3.6	4.3	4.1	3.9	4.1	4.3	4.0
14	29.0	2.9	3.3	3.5	3.5	4.5	3.8	3.6
15	27.1	2.7	2.7	3.2	2.9	3.5	3.4	3.1
16	22.5	2.1	3.5	3.7	3.6	3.6	3.6	3.4
17	29.5	3.4	3.3	3.4	3.2	5.0	3.9	3.7
18	29.8	2.8	2.7	3.4	3.3	3.6	3.4	3.2
19	27.3	3.7	3.5	3.7	4.3	4.5	4.4	4.0
20	43.2	2.3	4.2	4.5	4.8	4.5	4.4	4.1
21	24.9	2.1	4.5	3.3	4.3	4.0	4.3	3.7
22	26.3	3.9	4.7	3.1	4.1	4.3	3.9	4.0
23	26.7	3.6	3.5	3.5	3.1	4.0	3.0	3.4
24	19.1	3.1	3.7	3.0	2.2	3.6	2.6	3.0
25	37.6	2.8	1.8	2.3	2.8	3.5	3.8	2.8
26	29.0	2.6	3.7	3.8	3.6	4.0	3.7	3.6
27	31.6	2.4	3.5	3.6	3.7	4.4	4.1	3.6
28	23.8	4.4	5.0	4.4	4.3	4.5	4.1	4.5
29	33.9	3.6	4.0	3.5	3.3	4.1	3.4	3.7
30	27.3	3.1	4.2	4.2	3.9	4.6	3.8	4.0
31	21.8	3.7	3.7	4.1	4.0	3.9	4.1	3.9
32	22.3	3.7	5.0	3.7	4.1	4.6	4.1	4.2
33	25.2	2.3	4.5	4.1	4.5	4.9	4.4	4.1
34	35.3	3.1	3.8	3.5	3.8	4.0	4.1	3.7
35	21.9	3.4	3.8	4.2	4.2	4.8	4.3	4.1
36	21.7	2.6	4.3	3.1	3.0	3.9	3.7	3.4
37	33.3	2.0	4.2	3.1	2.8	4.4	3.9	3.4

CAPITULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#	IMC	Nutrición	Condición Física	Aspecto Físico	Aceptación	Satisfacción y Éxito	Sociabilidad	Promedio Global
38	29.7	3.1	4.3	4.0	3.1	4.6	3.3	3.7
39	29.3	2.3	2.2	2.5	2.1	2.8	2.8	2.4
40	22.5	4.1	5.0	4.6	4.3	5.0	4.5	4.6
41	23.7	2.3	3.3	3.1	3.4	3.8	3.1	3.2
42	37.8	3.0	2.8	3.6	4.1	4.5	4.4	3.7
43	32.3	3.0	3.5	3.0	3.2	3.3	3.6	3.2
44	26.2	2.9	4.5	3.8	4.0	3.8	3.9	3.8
45	20.8	4.3	4.3	4.4	4.0	4.8	3.8	4.3
46	26.5	2.9	2.5	2.5	3.4	3.5	3.6	3.1
47	31.2	3.1	5.0	3.7	4.3	4.8	4.4	4.2
48	24.5	3.3	4.7	3.3	3.7	4.0	3.0	3.7
49	33.0	3.0	3.5	3.4	4.0	3.5	3.8	3.5
50	29.7	3.2	4.7	3.9	4.5	4.9	4.3	4.2
51	22.2	2.6	3.2	3.5	3.4	4.4	3.6	3.4
52	34.6	2.7	3.2	4.9	3.3	2.8	3.4	3.4
53	22.5	3.2	3.7	3.4	3.4	4.1	3.7	3.6
54	40.0	2.6	2.7	4.4	3.3	3.3	3.2	3.2
55	26.0	3.6	4.8	3.4	3.4	4.0	3.6	3.8
56	29.3	2.9	3.3	2.9	2.9	2.5	3.2	3.0
57	28.5	3.9	3.5	2.9	2.4	3.5	2.9	3.2
58	29.3	3.1	3.3	3.5	3.3	3.6	3.0	3.3
59	27.2	3.6	3.0	3.6	3.8	3.3	3.2	3.4
60	28.6	3.4	3.5	4.5	3.8	4.5	3.0	3.8
61	25.1	2.4	3.5	4.2	3.8	4.0	4.1	3.7
62	29.3	2.2	2.8	4.1	3.8	3.8	3.9	3.4
63	19.6	3.3	3.2	4.0	3.8	4.1	3.8	3.7
64	32.1	2.3	3.5	3.7	2.5	3.5	2.8	3.1
65	25.6	3.8	4.2	3.2	2.7	3.8	3.6	3.5
66	23.4	3.0	4.3	3.2	3.7	3.9	3.4	3.6
67	21.3	3.3	4.3	4.6	4.4	4.9	4.0	4.3
68	23.4	3.2	5.0	4.0	4.2	4.5	3.8	4.1
69	28.4	2.7	4.3	4.5	3.5	4.5	3.7	3.9
70	23.9	2.9	2.8	3.1	3.5	3.3	3.2	3.1
71	27.8	3.2	3.8	4.0	4.0	4.1	3.8	3.8
72	35.7	4.0	4.3	3.8	4.5	4.8	4.3	4.3
73	37.0	3.0	3.5	2.0	3.0	3.5	3.3	3.0
74	17.9	4.2	4.7	4.3	3.6	4.5	4.3	4.3
75	25.1	3.1	4.0	2.7	3.8	4.1	2.8	3.4
76	28.0	3.9	4.8	4.4	4.4	4.6	4.5	4.4
77	45.7	3.0	3.0	3.5	3.5	3.1	3.7	3.3
78	27.3	3.0	3.0	3.4	2.4	3.5	3.1	3.1
79	22.2	3.3	3.5	3.9	3.7	4.0	3.8	3.7
80	24.6	3.3	3.5	2.8	3.3	3.8	3.8	3.4

CAPITULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#	IMC	Nutrición	Condición Física	Aspecto Físico	Aceptación	Satisfacción y Éxito	Sociabilidad	Promedio Global
81	30.4	3.1	3.8	4.4	3.8	4.1	3.3	3.8
82	22.8	3.4	3.3	3.2	3.3	2.9	2.7	3.1
83	26.8	4.0	4.3	4.0	4.2	4.0	3.9	4.1
84	30.1	2.7	3.0	3.5	3.3	3.5	3.5	3.2
85	24.8	3.1	3.7	4.0	3.8	4.1	3.8	3.7
86	19.8	3.2	4.0	3.9	3.7	3.9	4.0	3.8
87	19.8	3.7	4.2	4.2	4.1	4.6	4.4	4.2
88	50.6	2.3	3.0	3.1	3.9	4.6	4.4	3.6
89	31.2	2.4	4.0	3.0	3.7	4.9	3.8	3.6
90	25.8	3.3	3.8	4.5	4.0	4.8	3.6	4.0
91	27.7	1.7	2.5	2.7	3.0	3.0	3.4	2.7
92	27.9	3.9	2.8	3.4	3.3	3.1	2.9	3.2
93	29.4	4.0	3.3	3.5	4.3	4.6	4.7	4.1
94	28.4	2.3	4.5	3.6	2.8	3.9	3.3	3.4
95	37.0	2.8	2.8	2.5	3.1	4.3	4.1	3.2
96	19.5	3.1	3.8	3.0	3.6	3.5	3.9	3.5
97	25.0	3.1	3.3	4.2	4.3	4.3	4.4	3.9
98	21.6	3.3	4.2	4.2	4.3	3.8	4.3	4.0
99	26.0	3.7	4.8	4.3	3.8	4.1	3.6	4.1
100	29.7	3.1	3.7	4.3	3.9	4.4	4.3	3.9
101	22.0	3.0	2.5	2.8	3.4	2.6	3.3	2.9
102	24.5	3.3	3.2	3.5	3.4	4.0	3.6	3.5
103	32.1	3.0	2.5	3.2	2.9	3.3	3.1	3.0
104	21.5	2.1	3.7	3.9	3.6	4.5	3.6	3.6
105	31.5	3.9	3.5	3.4	3.8	4.8	3.8	3.9
106	37.1	3.7	3.8	3.0	3.6	4.5	4.5	3.8
107	25.5	3.1	4.3	3.8	4.3	4.0	4.6	4.0
108	30.4	3.1	4.2	3.7	3.9	4.5	4.3	3.9
109	24.2	2.9	3.8	3.2	3.8	4.3	4.5	3.7
110	31.1	2.8	3.7	4.0	4.7	4.3	3.9	3.9
111	34.3	3.2	3.2	3.5	3.8	4.0	3.9	3.6
112	19.0	3.4	3.5	3.7	4.2	4.0	3.9	3.8
113	25.7	2.4	3.7	3.1	3.3	3.6	3.8	3.3
114	42.0	3.4	2.3	3.5	3.9	3.3	3.6	3.3
115	26.8	2.4	4.0	4.2	4.3	4.6	4.0	3.9
116	24.6	2.6	2.8	3.2	2.6	3.4	3.1	2.9
117	23.5	2.8	4.7	3.5	4.2	4.4	4.1	3.9
118	25.8	3.4	4.3	4.0	4.2	4.8	4.2	4.1
119	21.8	2.6	3.7	4.5	4.2	4.5	4.7	4.0
120	26.2	3.4	4.3	3.5	4.3	4.5	3.9	4.0

CAPITULO VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#	IMC	Nutrición	Condición Física	Aspecto Físico	Aceptación	Satisfacción y Éxito	Sociabilidad	Promedio Global
121	27.5	2.2	3.3	3.8	3.3	3.6	3.5	3.3
122	27.8	3.3	3.3	3.5	3.9	3.6	3.6	3.6
123	28.4	4.2	3.5	3.8	3.9	4.3	3.8	3.9
124	28.2	2.9	3.3	2.4	2.5	2.8	2.7	2.8
125	20.2	3.1	3.0	3.9	4.4	4.8	4.5	3.9
126	23.9	2.8	4.2	4.5	4.3	4.5	3.8	4.0
127	28.9	3.3	3.0	3.1	3.4	4.1	3.9	3.5
128	33.3	3.0	3.0	3.1	3.3	3.0	3.2	3.1
129	20.7	2.7	3.5	3.5	3.2	4.0	3.7	3.4
130	34.9	2.1	1.7	1.6	2.3	2.4	2.1	2.0
131	22.9	2.6	3.8	3.9	3.8	4.4	3.6	3.7
132	26.0	2.4	3.2	3.0	3.4	3.6	3.6	3.2
133	23.9	3.9	4.7	3.5	3.7	3.9	3.6	3.9
134	29.3	3.6	2.5	2.9	3.1	3.3	3.0	3.0
135	23.9	3.3	3.3	2.9	3.4	3.4	3.9	3.4
136	25.4	2.4	2.3	3.6	3.6	3.4	3.9	3.2
137	30.5	3.1	2.7	3.5	3.4	3.8	3.4	3.3
138	25.0	3.3	4.0	3.2	4.0	4.3	4.3	3.8
139	33.9	2.8	2.7	3.4	3.2	3.6	4.1	3.3
140	25.6	3.3	3.8	3.6	3.5	3.9	3.7	3.6
141	31.8	2.1	3.2	3.1	3.6	3.5	4.3	3.3
142	32.0	2.1	2.3	3.1	3.1	3.0	3.1	2.8
143	27.5	3.6	3.7	3.9	3.9	3.8	4.1	3.8
144	35.8	2.4	2.2	3.3	2.8	3.4	3.0	2.8
145	26.6	3.7	4.2	4.2	4.3	4.5	4.4	4.2
146	34.4	2.6	2.7	2.0	2.7	2.9	2.6	2.6
147	28.8	2.6	3.5	3.9	3.8	3.6	3.4	3.5
148	31.1	2.2	2.2	3.2	3.2	3.0	3.4	2.9
149	32.2	3.1	2.7	2.6	3.0	2.6	2.4	2.7
150	31.2	3.8	2.2	3.1	3.1	4.0	2.9	3.2

Niveles en la Autoestima según la Puntuación Global obtenida.

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados:

- ⌘ Tiene una autoestima alta si la puntuación global está entre 4.1 y 5 puntos.
- ⌘ Tiene una autoestima equilibrada si la puntuación global es de 3.1 a 4.
- ⌘ Tiene una baja autoestima si su puntuación es igual o menor a 3.

6.3 Correlaciones

En la siguiente tabla encontraremos una correlación de Pearson entre los ítems del instrumento, la cual es obtenida a través del programa SPSS.

		reac40	reac18	reac19	reac21	reac23	reac46
reac40	Correlación de Pearson	1	.245(**)	.228(**)	.239(**)	.181(*)	.268(**)
	Sig. (bilateral)		.002	.005	.003	.027	.001
	N	150	150	150	150	150	150
reac18	Correlación de Pearson	.245(**)	1	.229(**)	.273(**)	.316(**)	.230(**)
	Sig. (bilateral)	.002		.005	.001	.000	.005
	N	150	150	150	150	150	150
reac19	Correlación de Pearson	.228(**)	.229(**)	1	.356(**)	.412(**)	.225(**)
	Sig. (bilateral)	.005	.005		.000	.000	.006
	N	150	150	150	150	150	150
reac21	Correlación de Pearson	.239(**)	.273(**)	.356(**)	1	.346(**)	.261(**)
	Sig. (bilateral)	.003	.001	.000		.000	.001
	N	150	150	150	150	150	150
reac23	Correlación de Pearson	.181(*)	.316(**)	.412(**)	.346(**)	1	.171(*)
	Sig. (bilateral)	.027	.000	.000	.000		.037
	N	150	150	150	150	150	150
reac46	Correlación de Pearson	.268(**)	.230(**)	.225(**)	.261(**)	.171(*)	1
	Sig. (bilateral)	.001	.005	.006	.001	.037	
	N	150	150	150	150	150	150

Figura 7. Tabla de correlación ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En esta tabla (véase figura 7) podemos ver la correlación que existe entre los ítems: 18, 19, 21, 13, 40 y 46. Es decir que las personas a las que les desagrada su cuerpo les suele costar el tomar decisiones, sienten que nadie las quiere, creen que cuando las cosas salen mal es su culpa, si la gente los mira creen están hablando mal de ellas y evitan salir en fotografías y videos.

6.4 Interpretación de Resultados Gráficos.

De 150 instrumentos aplicados a individuos entre 20 y 40 años, donde a través de su peso y estatura se obtuvieron sus índices de masa corporal (IMC) se encontraron los siguientes resultados:

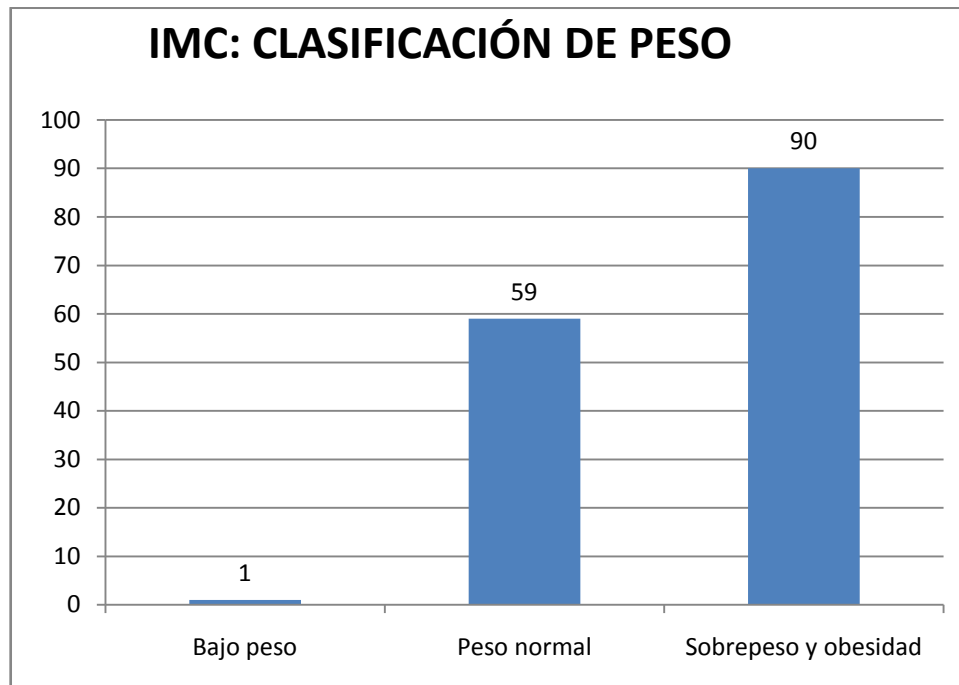
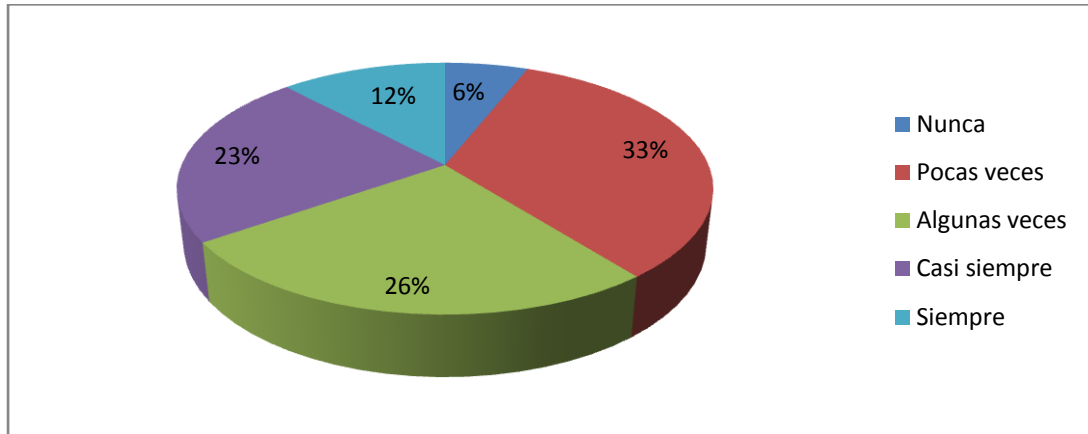


Fig. 8 Grafica de clasificación del peso según el IMC.

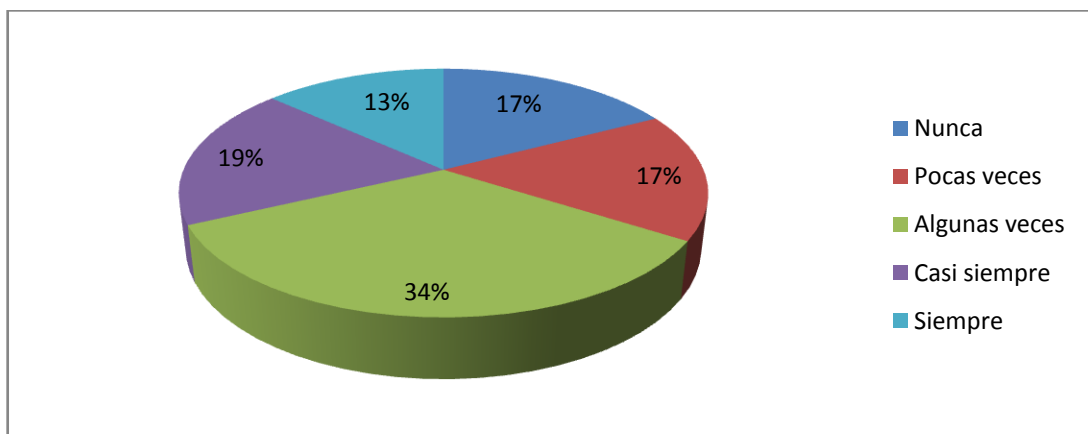
- ❑ 1 individuo de 150 encuestados presenta bajo peso.
- ❑ 59 personas de 150 encuestadas están en su peso normal.
- ❑ Más del 60% de las personas encuestadas tienen sobrepeso u obesidad.

Grafica 1. Esta grafica respecto al ítem 1 nos muestra la frecuencia con la que los individuos encuestados se ven frente al espejo admirándose.



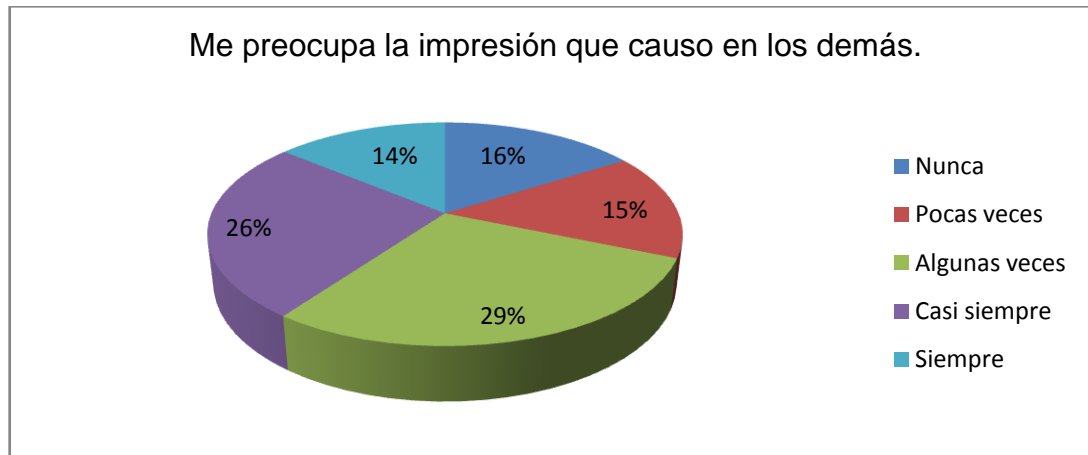
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos con respecto al ítem 1 solo el 12 % se ve en el espejo admirándose y el 33 % afirma que pocas veces (Vease grafica 1), lo cual nos indica la carencia de autoaceptacion corporal al estar frente a un espejo.

Grafica 2. Esta grafica corresponde al ítem 9 y muestra con qué frecuencia las personas tienen miedo a equivocarse.



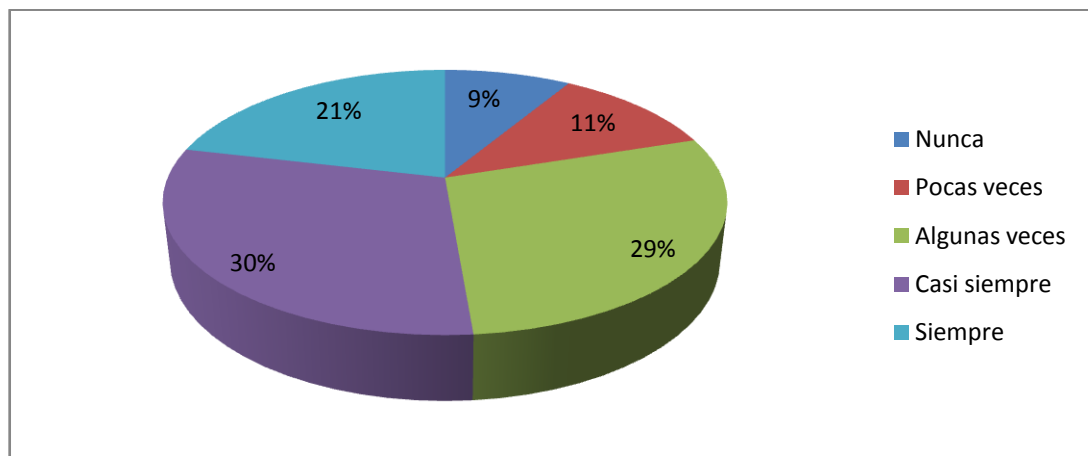
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 34% algunas veces tiene miedo a equivocarse y el 13% siempre tiene miedo a equivocarse. (Vease grafica 2), este ítem nos ayuda a evaluar la aceptación de la persona.

Grafica 3. Esta grafica corresponde al ítem 10 y muestra la frecuencia con la que a la gente le preocupa la impresión que causa en los demás.



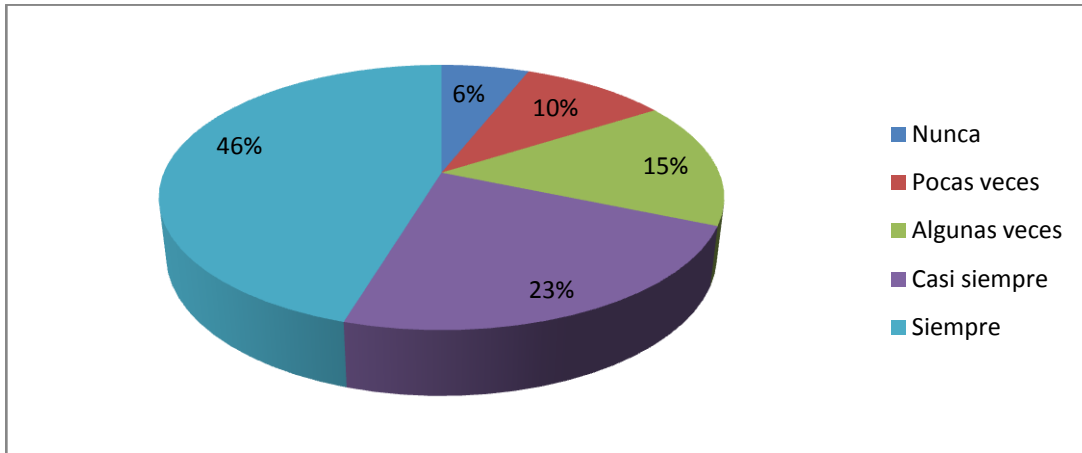
De los 150 instrumentos aplicados el 29% de las personas algunas veces les preocupa la impresión que causan en los demás, y al 14% siempre les preocupa (Vease grafica 3), lo cual nos indica la sociabilidad del individuo.

Grafica 4. Esta grafica corresponde al ítem 12 y muestra la timidez de las personas.



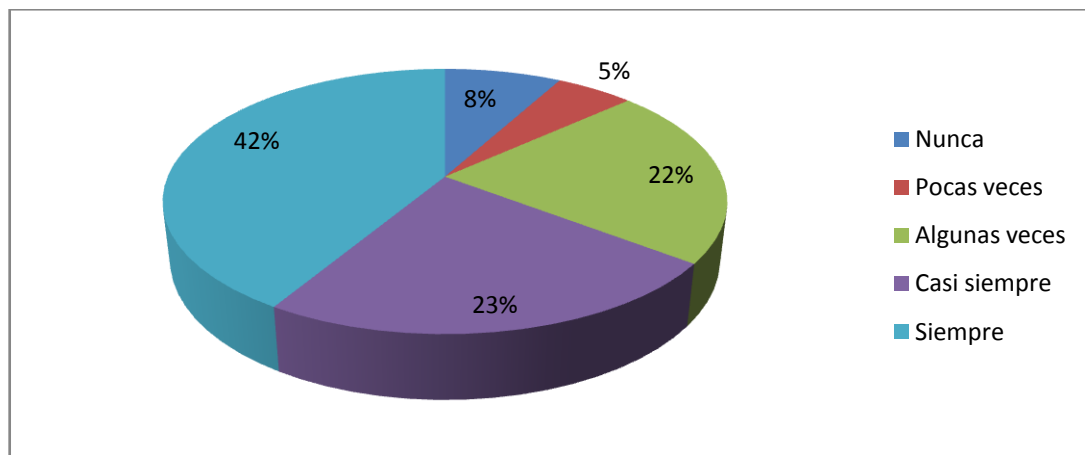
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos, el 30% de las personas casi siempre se consideran personas timidas y solo el 9% nunca se consideran timidas (Vease grafica 4).

Grafica 5. Esta grafica es en relación al ítem 13 y nos muestra la frecuencia con la que los individuos cambian su forma de pensar para agradecerles a los demás.



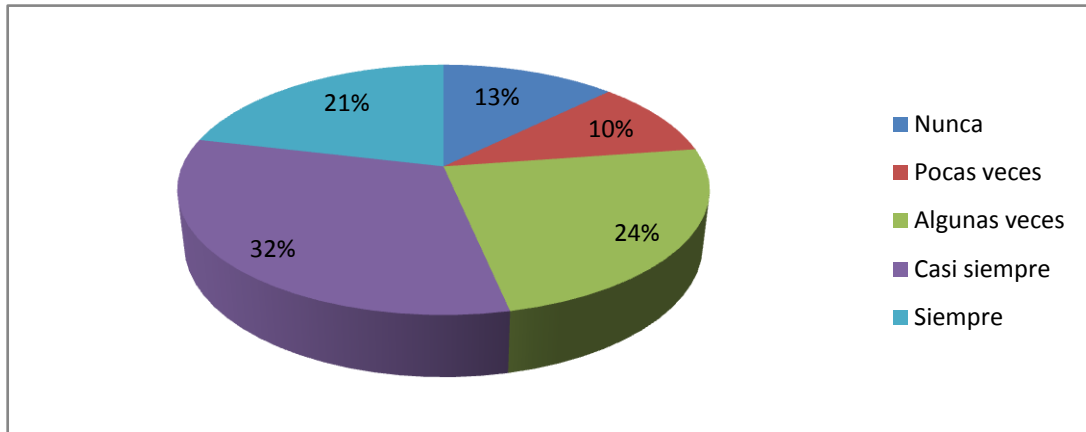
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 46 % siempre cambian su forma de pensar para agradecer a los demás y solo el 6% nunca lo hacen (Vease grafica 5).

Grafica 6. Esta grafica ilustra los resultados del ítem 14; la frecuencia con la que la gente indaga como es percibida por los demás.



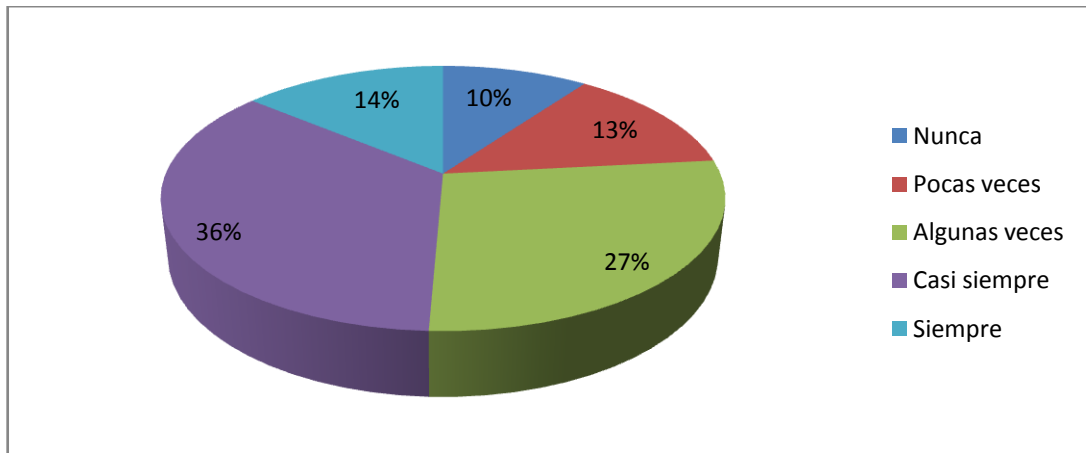
De acuerdo a los resultados de 150 individuos encuestados el 42% siempre indagan como los perciben terceras personas y el 5% pocas veces lo hacen (Vease grafica 6).

Grafica 7. Esta grafica corresponde al ítem 16 y muestra la frecuencia con la que las personas se ven en el espejo, viendo sus defectos.



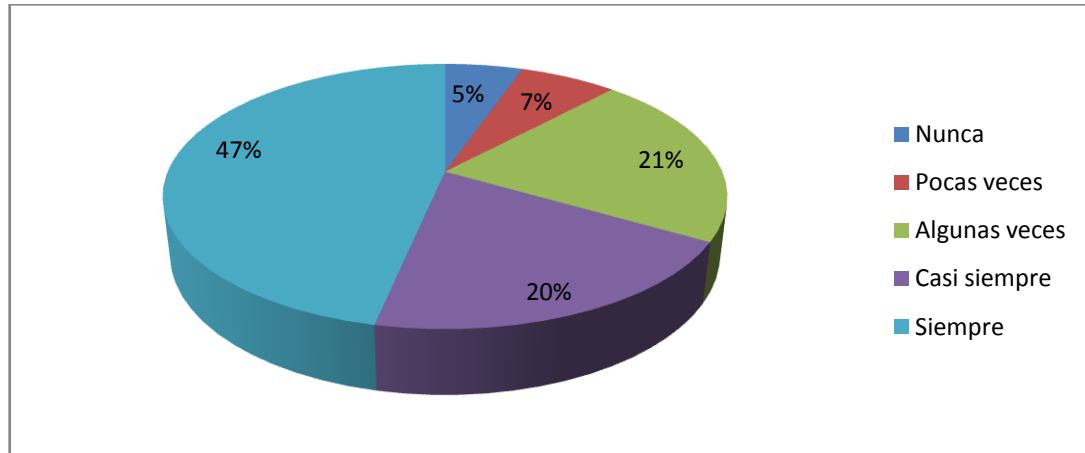
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos el 32% afirma que casi siempre se ve en el espejo, viendo sus defectos y solo el 10% pocas veces lo hace (Véase grafica 7), indicándonos la carencia de autoaceptación corporal al estar frente a un espejo.

Grafica 8. Esta grafica corresponde al ítem 18 y nos ilustra la frecuencia con la que a la gente le cuesta tomar decisiones.



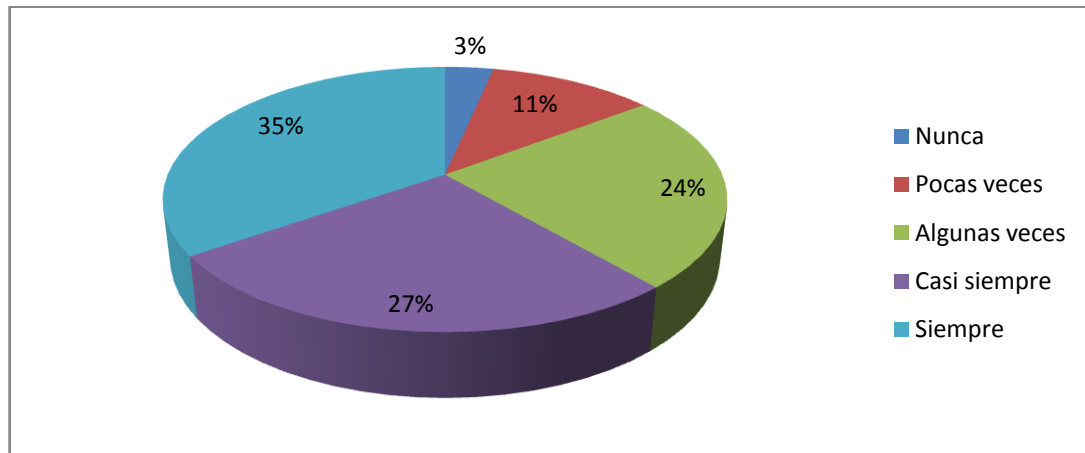
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. Al 36% casi siempre le cuesta tomar decisiones y solo al 10% nunca le cuesta (Vease grafica 8), lo cual nos ayuda a evaluar la satisfaccion y éxito del individuo.

Grafica 9. Esta grafica corresponde al ítem 19 y muestra la frecuencia con la que los encuestados sienten que nadie los quiere.



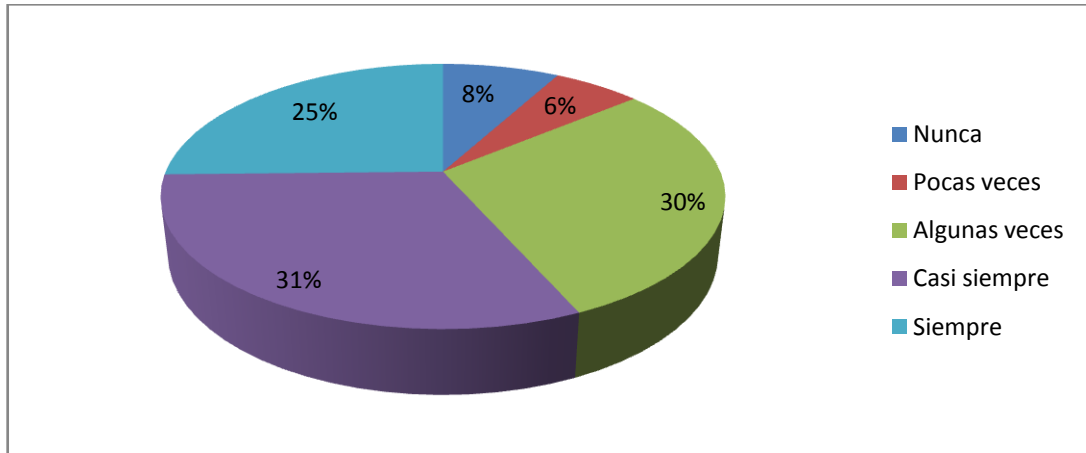
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. Al 47% siempre siente que nadie lo quiere y solo el 5% nunca lo siente (Vease grafica 9).

Grafica 10. Esta grafica corresponde al ítem 21 y muestra la frecuencia con la que los individuos creen que cuando las cosas salen mal es su culpa.



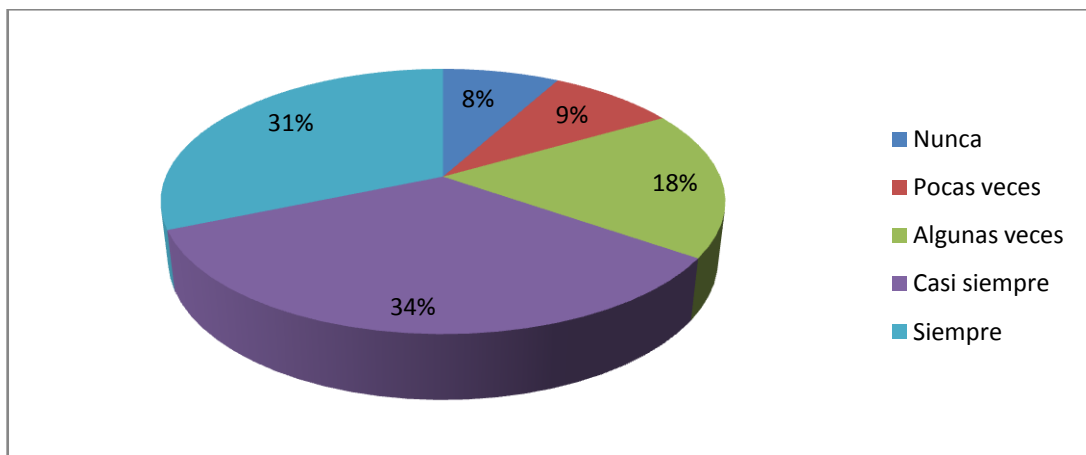
De 150 individuos encuestados el 35% siempre creen que cuando las cosas salen mal es su culpa y solo el 3% nunca lo creen (Vease grafica 10). Lo cual nos indica la aceptacion de la persona.

Grafica 11. Esta grafica corresponde al ítem 23 y muestra la frecuencia con la que la gente piensa que cuando la miran es porque hablan mal de ella.



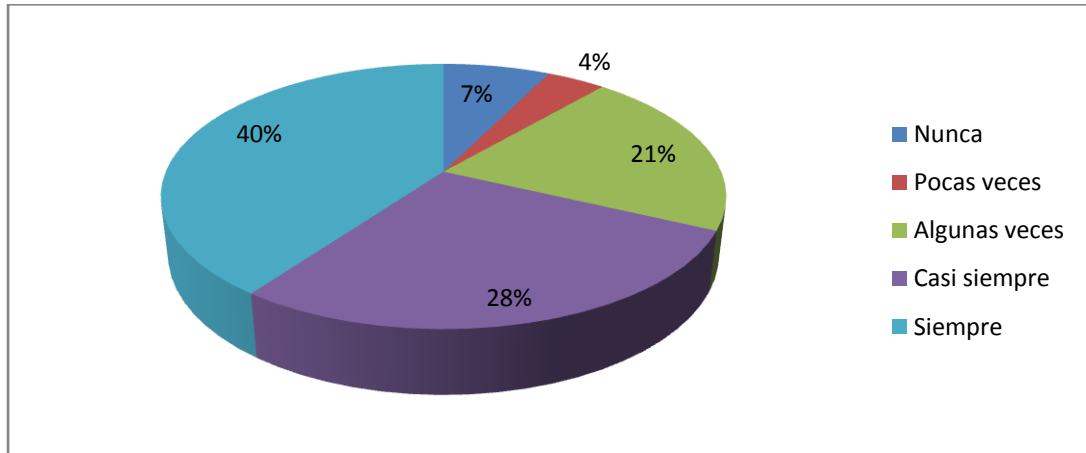
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 31% casi siempre piensa que estan hablando mal de el si la gente lo mira y el 6% pocas veces lo piensa (Vease grafica 11).

Grafica 12. Esta grafica corresponde al ítem 26 y muestra la frecuencia con la que las personas responden agresivamente ante las críticas.



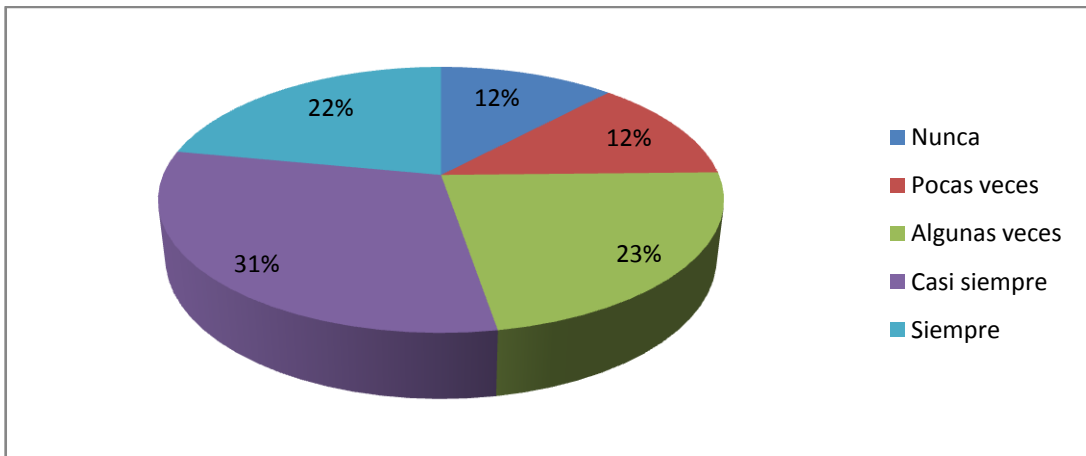
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos, el 34% casi siempre responde agresivamente ante las criticas que le hacen y el 8% nunca lo hace (Vease grafica 12).

Grafica 13. Esta grafica corresponde al ítem 30 y muestra la frecuencia con la que la gente evita nuevas experiencias.



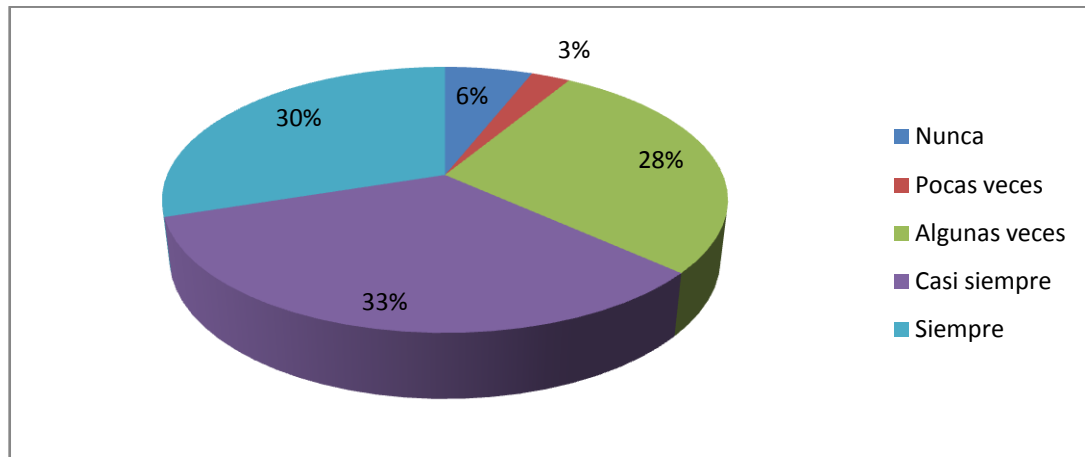
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 40% siempre evita nuevas experiencias y solo el 7% nunca lo hace (vease grafica 13).

Grafica 14. Esta grafica corresponde al ítem 34 y nos muestra la frecuencia con la que las personas suelen ver más sus defectos que sus virtudes.



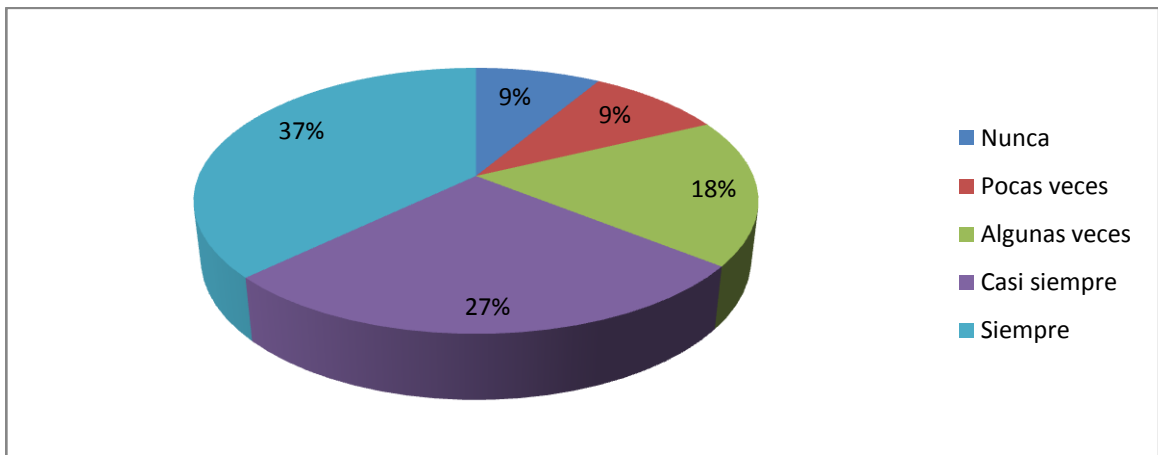
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 31% casi siempre suele ver mas sus defectos que sus virtudes y el 12% nunca lo hace. (vease grafica 14).

Grafica 15. Esta grafica corresponde al ítem 38 y muestra la frecuencia con la que los individuos le dan importancia a los comentarios que hacen acerca de su físico.



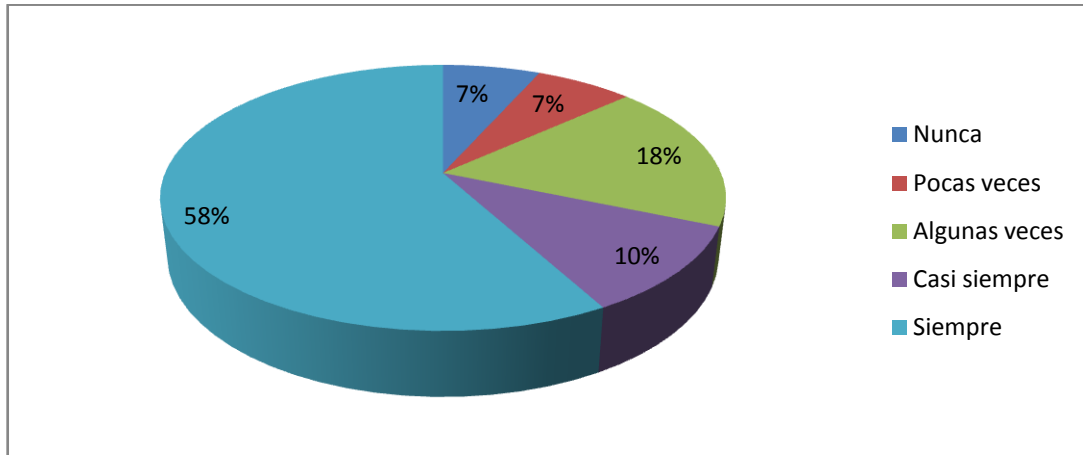
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos, el 33% casi siempre le dan importancia a los comentarios que realizan acerca de su físico y solo el 3% pocas veces lo hace (vease grafica 15).

Grafica 16. Esta grafica corresponde al ítem 40 y nos muestra la frecuencia con la que a los encuestados les desagrada su cuerpo.



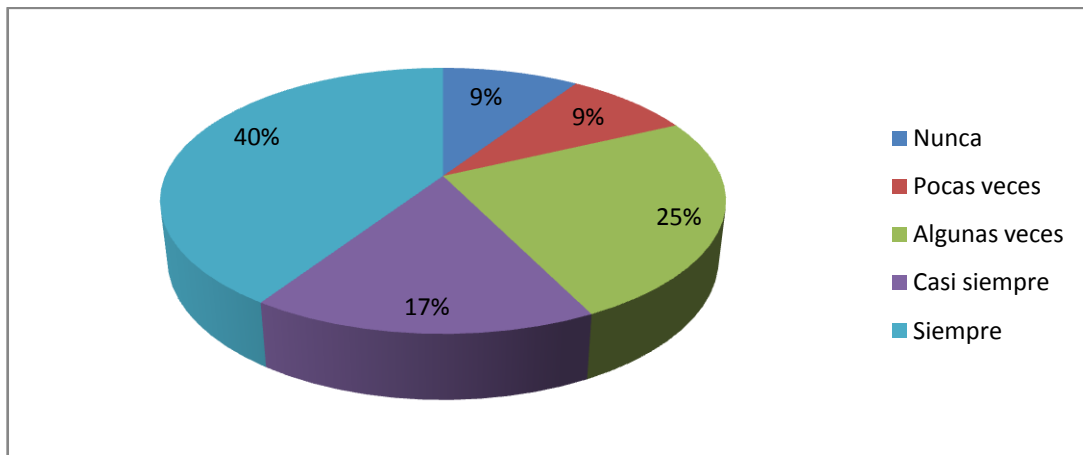
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. Al 37% siempre le desagrada su cuerpo y solo al 9% nunca le desagrada (vease grafica 16).

Grafica 17. Esta grafica corresponde al ítem 43 y muestra la frecuencia con la que los encuestados sienten que por su condición física se les cierran oportunidades en la vida.



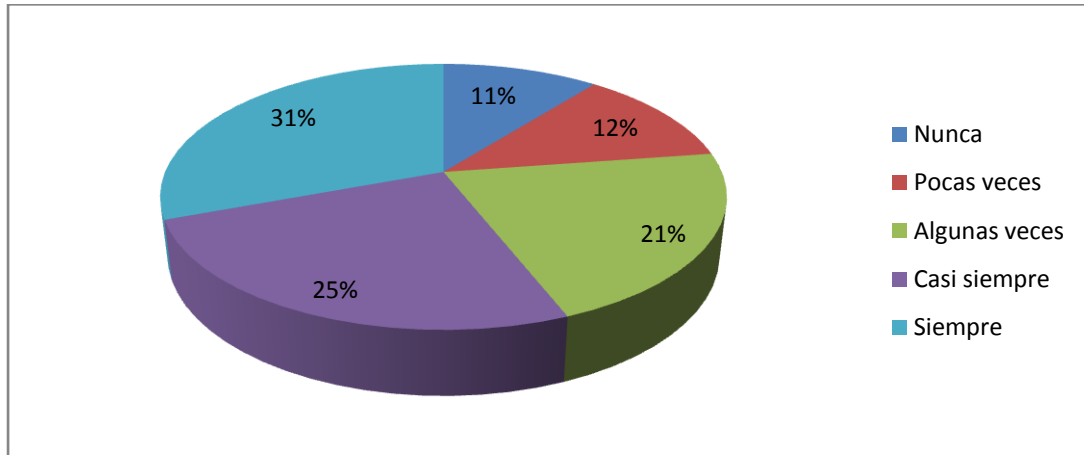
De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 58% siempre sienten que por su condición física se les cierran oportunidades en la vida. (vease grafica 17).

Grafica 18. Esta grafica corresponde al ítem 46 y nos muestra la frecuencia con la que los individuos evitan salir en fotografías.



De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos de la ciudad de Cordoba, Ver. El 40% siempre evita salir en fotografías y videos y solo al 9% nunca las evita. (vease grafica 18).

Grafica 19. Esta grafica muestra la frecuencia con la que prefieren actividades donde no se realice mucho esfuerzo.



De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a 150 individuos, el 31% siempre prefiere actividades donde no realice mucho esfuerzo físico y el 11% nunca las prefiere (vease grafica 19).

6.5 Conclusiones del Tratamiento Estadístico.

De acuerdo a los resultados obtenidos al calificar los 150 instrumentos del inventario de autoestima podemos concluir que la mayoría de las puntuaciones mayores corresponden a un menor IMC, mientras que las puntuaciones menores corresponden a los IMC más altos, es decir, la mayoría de las personas con sobrepeso y obesidad tienen una autoestima en menor grado que las personas con peso normal.

CONCLUSIÓN.

A lo largo de este trabajo de investigación, hemos ido conociendo más acerca del sobrepeso y la obesidad y como esta enfermedad repercute en el autoestima de todo ser humano, mermando así su homeostasis y por ende su calidad de vida, como lo notamos estadísticamente en el capítulo VI.

Las personas con sobrepeso u obesidad se rechazan así mismas por su aspecto físico y se hacen autocríticas destructivas, son víctimas de pensamientos de culpa e incapacidad, sienten que su físico condiciona sus capacidades en muchos aspectos de su vida, elegir que ponerse en las mañanas puede resultar una pesadilla, ya que termina poniéndose lo que le cabe y no lo que le gusta, entonces opta por evitar mirarse en el espejo más de lo estrictamente necesario, evitando el reflejo de los cristales, negándose a sí misma el aspecto que tiene. La persona obesa se ve incapacitada para realizar algunas actividades o realizar deportes, siendo objeto de burla por glotón y lentitud, entre otros apodos que se le atribuyen, por su condición física llega a aparentar más edad y por lo tanto es llamada señora en lugar de señorita o señor en lugar de joven, o muchas otras veces ignorados en tiendas departamentales por no figurar como “clientes” sobre todo si solo cuentan con tallas pequeñas, entonces se produce vergüenza y culpa en su interior, pero se calla ese sufrimiento y expresa al exterior que no le apetece realizar esas actividades, que se siente “feliz” estando como esta, justificando sus conductas

compulsivas en cuanto a los alimentos, diciendo que tan rico que es comer, y que de todos modos de algo se ha de morir, pero mientras será feliz comiendo lo que más le agrada, todo ello conduce a que la persona tenga una baja autoestima.

La solución a todos estos problemas de autoestima no es fácil pero comienza por entender que el hambre es una necesidad fisiológica que debe ser satisfecha más no rebasada compulsivamente como lo enuncia Maslow. La gente debe aprender a: “comer para vivir y no vivir para comer”, controlar sus emociones para no volcarlas en la comida, ser selectivo al elegir nutrientes para su cuerpo, pero lo más importante aceptarse a sí mismo como lo maneja Ellis, dejar atrás los estereotipos de la gente obesa relacionados con personalidades cariñosas, dependientes, humorísticas, bonachonas y hasta sanas, evitar las ideas irracionales que se han ido adquiriendo, para ello propongo el sistema psicológico de apoyo en PECOMAPE el cual se centra en atender a personas con peso normal para prevenir el sobrepeso y obesidad y mantener un equilibrio en su autoestima, en personas que ya padecen sobrepeso u obesidad para que se controlen en su peso pero sobretodo que recuperen su autoestima, y una etapa muy importante en este proceso es el ayudar a que las personas se mantengan en su peso deseado y por ende con su autoestima equilibrada, es por ello que la forma de operar en este sistema es a través de la terapia de grupo para consolidar y motivar a los pacientes al saber que los une un objetivo en común, propongo también que este trabajo se realice bajo el modelo

cognitivo conductual ya que las emociones y conductas de las personas están influidas por como perciben los eventos en este caso como perciben las emociones y conductas que los llevan a ganar peso y tener una baja autoestima, otro punto seria la duración que este sistema tiene se fundamenta en la lógica de que recuperar tu autoestima va de la mano con la pérdida de peso, siendo este el objetivo en cada sesión, por lo tanto para que un programa de control de peso tenga éxito debe ser a largo plazo y seguir la tendencia normal del cuerpo a conservar cierto peso, por ello su duración de 10 meses. Es decir se debe encontrar la manera de aumentar el metabolismo. La forma más eficaz de incrementar el metabolismo es un programa regular de ejercicio de 20 a 30 minutos de actividad moderada varias veces a la semana, en que solo se quemen de 200 a 300 calorías durante cada sesión lo cual estará a cargo de un especialista en la materia (acondicionador físico) para que haga las indicaciones y recomendaciones a cada paciente. Junto con este programa de ejercicio, los cambios dietéticos si disminuyen el peso. Una reducción moderada de las calorías es benéfica, pero aun mas importante es disminuir el consumo de las grasas en particular las saturadas y las sustancias como el azúcar de mesa y jarabes que acrecientan el nivel de insulina en el organismo. Los altos niveles de grasa y de insulina en la sangre estimulan el centro del hambre y el cuerpo almacena más fácilmente las grasas de los alimentos como grasa que como musculo. De igual forma las dietas serán proporcionadas según las características físicas y fisiológicas de cada paciente por un experto en la materia (nutriólogo) si bien esto es un complemento la parte eje de este sistema

es la que estará a mi cargo al igual que pudiera estar a cargo de otros colegas (Psicólogos) que pudieran ejecutarlo, es decir desempeñar el papel de terapeuta de grupo en cada sesión, ser el guía en el proceso de este sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE, donde a lo largo de 53 sesiones se motivara a los pacientes a que no abandonen su objetivo que es llegar a su peso ideal pero sobretodo gozar al final del proceso de una autoestima equilibrada, lo cual implica una disminución en la baja autoestima, de igual forma se les concientizara en cada sesión de lo importante que es sentirse bien con ellos mismos, aceptándose como son, con el cuerpo que poseen pero sin caer en el conformismo y mediocridad de un cuerpo descuidado y lleno de enfermedades que lo lleven a ser rechazado por la sociedad e infeliz como persona o en el peor de los casos a la muerte.

Cada etapa del proceso está fundamentada con temas de interés y con sus respectivos objetivos que en conjunto persiguen el objetivo general que es disminuir la baja autoestima en los individuos así como que lleguen a su peso meta, este sistema ayuda a las personas con sobrepeso y obesidad a que aprendan y empleen técnicas y herramientas para aumentar la estima por su persona, pero sobretodo propone una reeducación en cuanto a hábitos alimenticios y modificación de ideas irracionales y conductas que contribuían a la baja autoestima.

Por último cabe mencionar que mi intención no es solo un trabajo de investigación que quede en la biblioteca de una institución como un material de apoyo, mucho menos es el medio para obtener un título y una cedula profesional, mi objetivo Dios mediante es ponerlo en práctica en el año 2013 y de esta forma contribuir con la sociedad para contrarrestar el fenómeno llamado sobrepeso y obesidad que nos coloca en el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos.

Este sistema ahorra a los pacientes un largo proceso a base de medicamentos y suplementos “milagrosos” que prometen bajar rápidamente y que logran vender sin preocupación alguna de la salud de las personas y mucho menos de su integridad y en lugar de lograr en ellos una optima autoestima, logran una doble frustración por recuperar más rápido el peso perdido.

Atacar una enfermedad como el sobrepeso y la obesidad desde la raíz es la solución y es por ello que en esta tesis se propone una solución alterna:

El sistema psicológico de apoyo en la PECOMAPE.

REFERENCIAS.

- 📖 Beck, Judith S. (2009). El método de Beck para adelgazar. 1ª. Ed. Gedisa México.
- 📖 Bonet J. V. (1997). Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España).
- 📖 Branden, Nathaniel. Cómo mejorar su autoestima. 1987. Versión traducida: 1990. 1ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica.
- 📖 Chang, Larry (2006). «Happiness/Contentment» (en inglés). *Wisdom for the Soul* (1ª edición). Gnosophia Publishers. p. 351. Consultado el 25 de octubre de 2012. «There is no way to happiness; happiness is the way».
- 📖 Ellis, A., Abrahms, E. (2005). Terapia racional emotiva 2ª. Ed. Pax, México.
- 📖 Ellis, Albert. - Shawn, Blau (comps.) (2000). Vivir en una sociedad irracional. Ed. Paidós México.
- 📖 Esquivel, Guadalupe. (2010). El placer de comer y estar sano. 1ª. Ed. México SEP, editorial Terracota.
- 📖 Goble, Frank G. (1977), La tercera fuerza: la psicología propuesta por Abraham Maslow; México: Editorial Trillas.
- 📖 Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual.
- 📖 Maslow, Abraham (1943). *A Theory of Human Motivation*, en psychclassics.yorku.ca

- 📖 Maslow, Abraham (2009). El hombre Autorrealizado, hacia una psicología del ser. 18ª. Ed. Cairos México.
- 📖 Morris, Charles G., Maisto, Albert A. (2001). Psicología 10ª. Ed. Pretince Hall.
- 📖 León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida. Barcelona: UOC.
- 📖 Lesur, Luis. (2010). Manual de nutrición. 1ª. Ed. México SEP: Editorial Trillas.
- 📖 Papalia, D. E., Wendkos S. O. y Duskin, F. R. (2001). octava edición 2001 editorial McGRAW-HILL Pag.482 - 553 de 708.
- 📖 Revee, Johnmarshall. (2003). Motivación y emoción 3ª. Ed. Mc Graw Hill.
- 📖 Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. En L. Reynoso y I. Seligson (dirs.), *Psicología y salud* (pp. 13-32). Facultad de psicología, UNAM: México
- 📖 Rodríguez, Mauro. (2010). Revista de difusión cultural. Psicología: Inteligencia emocional -Autoestima, producciones graficas, Golfo de Guayaquil No. 60.
- 📖 Sánchez, José C. (2002). Psicología de los grupos –teoría, procesos y aplicaciones- Ed. Mc Graw Hill.
- 📖 Simón M. A. (1999). *Manual de psicología de la salud*. Biblioteca Nueva: Madrid.

- 📖 Worchel, S., Shebilske, W. (1998). Psicología fundamentos y aplicaciones 5ª. Ed. Pearson Educación Prentice Hall, Iberia España.
- 📖 Duran, M. E. Ph. D. 2009. Artículo de asertividad y autoestima, <http://www.terapiabreve.com/A-Asertividad.html>.
- 📖 OMS (2012). Organización Mundial de la Salud. México. Recuperado en mayo de 2012 –Nota descriptiva N°311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 📖 Rueda, José María (2012) S.J. Revista ABC, editorial ABC S.R.L. Buenos Aires, Argentina. Registro de propiedad Intelectual N° 505345 <http://abcrevista.com/nota.php?id=5484>.

GLOSARIO.

A

Autoaceptación: Persona que se acepta así misma plenamente y sin condiciones.

Autoestima: Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos.

Autoestima alta: Persona que se siente apto para la vida y se acepta como persona.

Autoestima baja: Es cuando la persona no se siente en disposición para la vida.

Autoestima equilibrada: Es sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona.

C

CI: Creencias irracionales.

CR: Creencias racionales.

Cuaternaria: Intervención que se realiza cuando el paciente ya padece o ha padecido enfermedad.

E

Edad adulta: Etapa donde las personas cambian y crecen en muchos aspectos, durante esas dos décadas se toman decisiones que marcan sus vidas.

Enfermedad física: Es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos y factores sociales.

Escalera de la autoestima: Es el camino para alcanzar una autoestima plena y está constituida por: autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, Autocapacitación, autorrespeto y autoestima.

G

Glucemia: Glucosa en la sangre.

H

Hambre: Es la necesidad de alimento.

I

IMC: Índice de masa corporal, es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla.

N

Necesidad de autoestima: Es el aprecio que se tiene uno mismo, el respeto y estimación que se recibe de otras personas.

Necesidades fisiológicas: Son respirar, la sed, el hambre, dormir, eliminar desechos corporales, de evitación al dolor, sexo y de mantener la temperatura corporal.

O

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa un IMC igual o superior a 30.

P

PECOMAPE: Significa pérdida, control y mantenimiento del peso.

Pensamiento postformal: Pensamiento de la edad adulta, abierto, flexible, adaptativo, va mas allá de la lógica formal.

Primaria o intervención: Es el nivel en el cual se previene la enfermedad o daño.

Psicología de la salud: Es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70.

Pulsiones primarias: Son necesidades biológicas que desencadenan un estado correspondiente de activación o tensión (pulsión) psicológica.

S

Saciedad: Significa estar totalmente satisfecho.

Sobrepeso: Acumulación anormal o excesiva de grasa con IMC igual o superior a 25.

I

Terciaria: Se trabaja cuando los primeros síntomas de enfermedad ya están presentes.

ANEXOS

ENCUESTA

Objetivo: Esta es una encuesta de estudio y sin fines de lucro. De ante mano agradecemos tu colaboración y tiempo empleado en su contestación.

Instrucción: Marca con un "X" la puntuación que corresponda a cada enunciado.

Edad ____ años. Sexo ____ Estatura ____ Peso ____ kg.

1=Nunca 2=Pocas veces 3= Algunas veces 4= Casi siempre 5=Siempre

#	Afirmaciones o juicios.	Valores				
		1	2	3	4	5
1	Frecuencia con la que me veo en el espejo admirándome.					
2	En general me siento alegre.					
3	Dedico tiempo al cuidado de mi persona.					
4	Me agrada recibir halagos.					
5	Me siento incomodo con la gente que conozco.					
6	Expreso mi inconformidad.					
7	Admito que cometo errores, pero puedo aprender de ellos.					
8	Me felicito por los éxitos logrados.					
9	Tengo miedo a equivocarme.					
10	Me preocupa la impresión que causo en los demás.					
11	Pongo atención a mi vestimenta.					
12	Me considero una persona tímida.					
13	Cambio mi forma de pensar para agradecerles a los demás.					
14	Indago acerca de cómo me perciben los demás.					
15	Pienso que puedo lograr cualquier cosa que me proponga					
16	Me veo en el espejo, viendo mis defectos					
17	Antepongo las necesidades de los demás a las mías.					
18	Me cuesta tomar decisiones.					
19	Siento que nadie me quiere.					
20	Me lamento mucho cuando cometo algún error.					
21	Cuando las cosas salen mal es mi culpa.					
22	Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.					
23	Si la gente me mira, pienso que están hablando mal de mí.					
24	Me siento cómodo con mi apariencia física.					
25	Los retos representan una amenaza a mi persona.					
26	Respondo agresivamente ante las críticas que hacen de mí.					

27	Me esmero en mi arreglo personal.					
28	Disfruto mi trabajo y las cosas que realizo.					
29	Me agrada tener retos en mi vida, porque me ayudan a crecer.					
30	Evito las nuevas experiencias.					
31	Considero que es posible no caerles bien a todos.					
32	Estoy orgulloso de mí persona.					
33	Pienso que mis padres tienen un buen concepto de mí.					
34	Suelo ver más mis defectos que mis virtudes.					
35	Siento que mi bienestar es lo más importante.					
36	Considero que mi felicidad depende de los demás.					
37	Me agrada la forma en la que me percibo físicamente.					
38	Si realizan algún comentario acerca de mi físico, le doy demasiada importancia.					
39	Creo que mi familia y amigos me consideran buena persona.					
40	Me desagrada mi cuerpo.					
41	Me percibo como una persona inteligente.					
42	Me considero bonita o guapo.					
43	Siento que por mi condición física se me cierran oportunidades en la vida.					
44	Suelo pensar positivamente.					
45	Me gusta estar rodeado de personas (amigos y familiares).					
46	Evito salir en fotografías y videos.					
47	Disfruto las salidas con mis amigos.					
48	No me agradan las fiestas y reuniones sociales.					
49	Prefiero actividades donde no realice mucho esfuerzo físico.					
50	Me preocupo y ocupo por mi dieta y nutrición.					
51	Bebo 8 vasos de agua o más al día.					
52	Incluyo pocas verduras en mis alimentos.					
53	Consumo cereales altos en fibras.					
54	Incluyo en mi alimentación de 3 a 5 frutas diarias.					
55	Los alimentos que consumo están fritos.					
56	Los productos lácteos, los consumo diariamente.					
57	Me siento una persona fuerte, con elasticidad y resistencia.					
58	Prefiero comer carnes rojas en vez de pescado y pollo.					
59	A diario consumo frijoles, habas y lentejas.					
60	Procuro realizar 3 comidas al día en horarios regulares.					
61	Realizo alguna actividad física por 30 minutos continuos al menos 3 veces por semana.					
62	Me siento lleno de energía para realizar mis actividades.					

¡Muchas Gracias!

ENCUESTA-PLANTILLA

PARA IMPRIMIR EN ACETATO Y EVALUAR

Objetivo: Esta es una encuesta de estudio y sin fines de lucro. De ante mano agradecemos tu colaboración y tiempo empleado en su contestación.

Instrucción: Marca con un "X" la puntuación que corresponda a cada enunciado.

Edad ____ años. Sexo ____ Estatura ____ Peso ____ kg.

1=Nunca 2=Pocas veces 3= Algunas veces 4= Casi siempre 5=Siempre

#	Afirmaciones o juicios.	Valores				
		1	2	3	4	5
1	Frecuencia con la que me veo en el espejo admirándome.	1	2	3	4	5
2	En general me siento alegre.	1	2	3	4	5
3	Dedico tiempo al cuidado de mi persona.	1	2	3	4	5
4	Me agrada recibir halagos.	1	2	3	4	5
5	Me siento incomodo con la gente que conozco.	5	4	3	2	1
6	Expreso mi inconformidad.	1	2	3	4	5
7	Admito que cometo errores, pero puedo aprender de ellos.	1	2	3	4	5
8	Me felicito por los éxitos logrados.	1	2	3	4	5
9	Tengo miedo a equivocarme.	5	4	3	2	1
10	Me preocupa la impresión que causo en los demás.	5	4	3	2	1
11	Pongo atención a mi vestimenta.	1	2	3	4	5
12	Me considero una persona tímida.	5	4	3	2	1
13	Cambio mi forma de pensar para agradecerles a los demás.	5	4	3	2	1
14	Indago acerca de cómo me perciben los demás.	5	4	3	2	1
15	Pienso que puedo lograr cualquier cosa que me proponga	1	2	3	4	5
16	Me veo en el espejo, viendo mis defectos	5	4	3	2	1
17	Antepongo las necesidades de los demás a las mías.	5	4	3	2	1
18	Me cuesta tomar decisiones.	5	4	3	2	1
19	Siento que nadie me quiere.	5	4	3	2	1
20	Me lamento mucho cuando cometo algún error.	5	4	3	2	1
21	Cuando las cosas salen mal es mi culpa.	5	4	3	2	1
22	Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.	1	2	3	4	5
23	Si la gente me mira, pienso que están hablando mal de mí.	5	4	3	2	1
24	Me siento cómodo con mi apariencia física.	1	2	3	4	5
25	Los retos representan una amenaza a mi persona.	5	4	3	2	1
26	Respondo agresivamente ante las críticas que hacen de mí.	5	4	3	2	1

27	Me esmero en mi arreglo personal.	1	2	3	4	5
28	Disfruto mi trabajo y las cosas que realizo.	1	2	3	4	5
29	Me agrada tener retos en mi vida, porque me ayudan a crecer.	1	2	3	4	5
30	Evito las nuevas experiencias.	5	4	3	2	1
31	Considero que es posible no caerles bien a todos.	1	2	3	4	5
32	Estoy orgulloso de mí persona.	1	2	3	4	5
33	Pienso que mis padres tienen un buen concepto de mí.	1	2	3	4	5
34	Suelo ver más mis defectos que mis virtudes.	5	4	3	2	1
35	Siento que mi bienestar es lo más importante.	1	2	3	4	5
36	Considero que mi felicidad depende de los demás.	5	4	3	2	1
37	Me agrada la forma en la que me percibo físicamente.	1	2	3	4	5
38	Si realizan algún comentario acerca de mi físico, le doy demasiada importancia.	5	4	3	2	1
39	Creo que mi familia y amigos me consideran buena persona.	1	2	3	4	5
40	Me desagrada mi cuerpo.	5	4	3	2	1
41	Me percibo como una persona inteligente.	1	2	3	4	5
42	Me considero bonita o guapo.	1	2	3	4	5
43	Siento que por mi condición física se me cierran oportunidades en la vida.	5	4	3	2	1
44	Suelo pensar positivamente.	1	2	3	4	5
45	Me gusta estar rodeado de personas (amigos y familiares).	1	2	3	4	5
46	Evito salir en fotografías y videos.	5	4	3	2	1
47	Disfruto las salidas con mis amigos.	1	2	3	4	5
48	Me desagradan las fiestas y reuniones sociales.	5	4	3	2	1
49	Prefiero actividades donde no realice mucho esfuerzo físico.	5	4	3	2	1
50	Me preocupo y ocupo por mi dieta y nutrición.	1	2	3	4	5
51	Bebo 8 vasos de agua o más al día.	1	2	3	4	5
52	Incluyo pocas verduras en mis alimentos.	5	4	3	2	1
53	Consumo cereales altos en fibras.	1	2	3	4	5
54	Incluyo en mi alimentación de 3 a 5 frutas diarias.	1	2	3	4	5
55	Los alimentos que consumo están fritos.	5	4	3	2	1
56	Los productos lácteos, los consumo diariamente.	1	2	3	4	5
57	Me siento una persona fuerte, con elasticidad y resistencia.	1	2	3	4	5
58	Prefiero comer carnes rojas en vez de pescado y pollo.	5	4	3	2	1
59	A diario consumo frijoles, habas y lentejas.	5	4	3	2	1
60	Procuro realizar 3 comidas al día en horarios regulares.	1	2	3	4	5
61	Realizo alguna actividad física por 30 minutos continuos al menos 3 veces por semana.	1	2	3	4	5
62	Me siento lleno de energía para realizar mis actividades.	1	2	3	4	5