



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TALLER: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA MUJERES ADULTAS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD QUE DESEAN DISMINUIR
SU ÍNDICE DE GRASA CORPORAL”**

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

T E S I S

Presenta:

CINTHYA MONTSERRAT ESPEJEL CID DE LEON

Directora

DRA. ANGELICA JUÁREZ LOYA

Revisor

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

Sinodales

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO

MTRA. MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ CAMACHO

DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2024



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.

DEDICATORIA

En profundo agradecimiento a mis queridos padres, Guadalupe y Eduardo, este logro académico es un reflejo de su amor, dedicación y esfuerzo constante que han invertido en mi para brindarme una educación sólida. Sin ustedes nada de esto podría ser posible, gracias por ser los faros en mi vida, por iluminar el camino hacia el conocimiento y por inculcarme la importancia del trabajo duro y la constancia. Esta tesis es un tributo a su legado y a la eterna admiración que siento por ustedes.

Estoy infinitamente agradecida, los amo profundamente

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento a la Dra. Angelica Juárez quien gracias a su experiencia, comprensión y paciencia hizo de este camino lo más grato posible. También quiero agradecerle al Dr. José Alfredo quien, gracias a sus valiosos comentarios y a su gran experiencia en el campo, este trabajo fue posible. Sin sus comentarios y correcciones precisas no hubiese podido llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por ser mis guías y por todos sus consejos, los llevaré grabados en mi memoria y los aplicare en mi trayectoria profesional.

Quiero también agradecer a mis hermanos, Ana y Ricky, por acompañarme en este duro camino, por apoyarme desde principio hasta fin, por ser tan buenos y admirables y sobre todo por darme tantos momentos de risa y felicidad en las oscuras adversidades. A mi familia, Nadia, Gaby, Jaz, solo por mencionar a algunos, quienes me han apoyado y escuchado en los momentos más difíciles, sin ustedes esto no sería posible, muchas gracias.

Al amor de mi vida, Gerardo, hoy cumpla uno de mis mayores sueños, y tú has sido uno de mis mayores cómplices. Gracias por tu amor incondicional, por tus abrazos reconfortantes, por tus palabras de aliento y por tus sabios consejos. Te amo más allá de las palabras.

Un sincero agradecimiento a todos mis amigos, Zeltzin, Karen, Denisse, Jonathan, Ernesto, Neftalí, Erick, quienes estuvieron conmigo en los momentos de estrés y alegría durante este largo y retador camino. Su apoyo, confianza, soporte y cariño han sido invaluable. Cada uno de ustedes ha contribuido a mi fortaleza y ánimo de una manera u otra. Gracias por ser mi punto de apoyo, mi equipo de aliento y, lo más importante, la familia que yo elegí.

A mis pequeñas Gala, Yuki y Sky, ustedes son luz en mi vida, gracias por regalarme esos estados de paz mental en sus paseos cotidianos y por brindarme siempre una compañía tan leal.

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Sobrepeso y obesidad	9
Definiciones de sobrepeso y obesidad	9
Criterios diagnósticos y clasificación de la obesidad y el sobrepeso	9
Epidemiología del sobrepeso y obesidad	14
Etiología del sobrepeso y la obesidad	16
Factores asociados al sobrepeso y obesidad.....	17
Factores genéticos.	17
Factores psicosociales.	18
Factores psicológicos.	25
Consecuencias de la obesidad	28
Estigmatización del sobrepeso y la obesidad	30
Consecuencias psicológicas y sociales de la estigmatización del sobrepeso y la obesidad ...	32
Evaluación psicológica en el sobrepeso y la obesidad.....	35
Capítulo 2. Intervenciones para la obesidad.....	39
Estrategias terapéuticas en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad	40
Tratamiento nutricional.	41
Intervención mediante ejercicio físico.	42
Tratamiento farmacológico de la obesidad.	44
Cirugía bariátrica.....	48
Tratamiento psicológico de la obesidad.....	51
Intervención cognitivo conductual para sobrepeso y obesidad.....	52
Capítulo 3. Método.....	66
Planteamiento del problema	66
Objetivo general	68
Objetivo específico.....	68
Diseño y alcance de la investigación.....	69
Hipótesis.....	69
Muestreo.....	69
Definición de variables.....	70
Instrumentos de evaluación.....	74
Participantes	77

Procedimiento.....	78
Escenario	79
Procesamiento y análisis de datos	81
Aspectos éticos	81
Resultados	82
<u>Resultados descriptivos de las mediciones antropométricas</u>	86
Resultados descriptivos de las mediciones psicológicas.....	87
Resultados de la prueba de comparación de puntajes por etapa de tratamiento	91
Cambios clínicamente significativos.....	93
<u>Hallazgos clínicos cualitativos antes y después de la intervención</u>	97
Capítulo 4. Discusión y Conclusiones.....	100
Anexos.....	108
Referencias	155

Resumen

La presente investigación es una propuesta de intervención cognitivo conductual grupal para la reducción de medidas antropométricas en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, que a su vez pretendió incrementar los niveles de habilidades para la vida de las participantes, así como la reducción de síntomas ansiosos, depresivos e insatisfacción corporal. En el primer capítulo se abordan las definiciones del sobrepeso y obesidad junto con sus clasificaciones y criterios de diagnóstico. También se menciona su epidemiología y etiología junto con las consecuencias a la salud. Asimismo, en este capítulo se hace mención al estigma de peso y las consecuencias psicológicas y sociales que implica dicho fenómeno. El segundo capítulo aborda las diversas estrategias terapéuticas para el tratamiento de la obesidad, dando mayor énfasis al tratamiento psicológico, particularmente a la terapia cognitivo conductual junto con la descripción de técnicas de intervención más utilizadas que ayuden a los individuos a desarrollar habilidades y destrezas necesarias que les permitan alcanzar un estilo de vida más saludable. Para esta propuesta se empleó un diseño de estudio de caso con preevaluación (línea base de 3 mediciones), postevaluación y un seguimiento después de seis semanas con un alcance descriptivo. La intervención tuvo una duración de 8 sesiones semanales con una duración de dos horas por sesión. Los resultados de esta investigación mostraron efectos positivos en las variables psicológicas de las participantes y ligeramente en el peso y el aumento de masa muscular de las participantes. Será indispensable continuar evaluando los efectos en otras poblaciones y en una muestra de mayor tamaño.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, intervenciones psicológicas grupales, sobrepeso, obesidad, estigma por peso

Introducción

La obesidad representa uno de los problemas más importantes de salud pública de nuestros tiempos, se considera un desafío sanitario en los países desarrollados y en los de vía de desarrollo, debido a que es un factor de riesgo para presentar diversas enfermedades crónicas (Ceballos et al., 2018). En México (Shamah-Levy et al., 2020) el 18% de la población de 5 a 11 años tiene sobrepeso y va incrementando conforme aumenta la edad. En la población de 12 a 19 años entre el 21 y 27% presentan sobrepeso. Mientras que, en el grupo de mujeres de 20 a 29 años, la prevalencia de obesidad es de 26% y aumenta a 46% en el grupo de 30 a 59 años; en los hombres se observa un aumento menos pronunciado al pasar de 24 a 35 por ciento. Las mujeres presentan una prevalencia de obesidad más alta (40%) con respecto a los hombres (26%) (INEGI, 2020).

El aumento en la prevalencia de la obesidad en los últimos años ha ido de la mano también con un incremento en el estigma de la obesidad, una proporción significativa de los costos relacionados con la obesidad podrían deberse al estigma (Schmalz et al., 2016). Las personas con sobrepeso y obesidad tienden a ser estigmatizadas en la sociedad, y se enfrentan a diversas formas de discriminación debido a su peso, llegando a vivir desigualdades en la atención médica, la obtención de empleo y la educación. El estigma de la obesidad puede dañar la salud física y mental de las personas que la padecen ocasionando problemas psicológicos, entre los que destacan la ansiedad, la depresión, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, los trastornos de la conducta alimentaria y el estrés crónico derivados del estigma de peso (Bautista et al., 2019; Chu et al., 2019; Contreras et al., 2016; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021; Vázquez, 2022). Debido a esto, cuando se busca implementar un plan para la reducción de peso, debe ser libre de estigmatización o presión social y estructurarse de forma saludable, realista e individualizado en función del estado de salud de los pacientes, tomando en cuenta comorbilidades y necesidades personales (Baile et al., 2013; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021).

La mayoría de los estudios e intervenciones en personas con sobrepeso y obesidad (Baile et al., 2013; Baños et al., 2019; Baum et al., 1991; Bellido et al., 2023; Lafuente, 2011; Miri et al., 2019; Vera, 1998; Wadded et al., 2004) se enfocan, mayoritariamente en la modificación conductual y la regulación emocional. En pocas intervenciones se le ha brindado la debida importancia a la percepción de la imagen corporal que se pueden ver deterioradas en este tipo de

población, sobre todo por estándares sociales que pueden afectar la autoestima y presionar, especialmente a las mujeres (Esnaola et al. 2010; Jones et al. 2004; Morande, 2014), por conseguir un cuerpo que sea socialmente aceptado.

Considerando el impacto emocional y social que pueden tener las personas con sobrepeso y obesidad, para esta investigación se desarrolló e implementó una propuesta de intervención psicológica cognitivo conductual, libre de estigma de peso, dirigida a mujeres con sobrepeso u obesidad, en la que se utilizaron estrategias de modificación conductual y de regulación emocional para ayudar a disminuir sus índices de grasa corporal de una manera saludable. Además, se trabajó con estrategias para que las participantes mejorarán su imagen corporal si esta era negativa o la reforzarán si era positiva, fomentando así una relación sana con sus cuerpos y con la comida. Esta intervención inicialmente se buscó llevarla a cabo de manera multidisciplinaria, sin embargo, no se logró realizarla de esta forma, por lo que la intervención se realizó únicamente con una evaluación médica inicial y apoyo psicológico semanal.

Capítulo 1. Sobrepeso y obesidad

Definiciones de sobrepeso y obesidad

La obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede llegar a ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021; Cortijo et al., 2014; Gonzáles et al. 2017). La OMS (2021) indica que el almacenamiento excesivo de grasa en el cuerpo puede ser dañino para el organismo, debido a que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (Shamah-Levy et al., 2020), la acumulación excesiva de tejido adiposo suele ir acompañada de una inflamación sistémica crónica leve (Gonzáles et al., 2017) la cual contribuye a grandes comorbilidades en un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población (Shamah-Levy et al., 2022).

Criterios diagnósticos y clasificación de la obesidad y el sobrepeso

Resulta fundamental tener a nuestra disposición indicadores de fácil cálculo y que sean confiables para el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad. Diversos autores (Bauce et al., 2020; Kaufer et al., 2021; Lara et al., 2022; Quiroga et al., 2022) sugieren aplicar medidas antropométricas como: el peso (P); la talla; las circunferencias corporales, particularmente la Circunferencia de Cintura (CC) que nos ayuda a medir indirectamente la grasa abdominal; los pliegues cutáneos; y el Índice de Masa Corporal (IMC). A la recuperación de este tipo de mediciones se le llama antropometría y su objetivo consiste en estimar la composición corporal y el grado de adiposidad mediante mediciones, con la finalidad de tener indicadores del estado de salud general de las personas (Kaufer et al., 2008; Lara et al., 2022; Quiroga et al., 2022).

Las técnicas de la antropometría tienen varios beneficios, entre ellos que se requiere de poca inversión de tiempo y de materiales (plicómetro, balanza y cinta métrica) para su implementación. Además, varios de estos materiales son fáciles de conseguir, de costos accesibles y se considera que las estimaciones que se obtienen del grado de obesidad son válidas y fiables. Dentro de la antropometría, existen diversidad de técnicas más precisas para medir la masa corporal; sin embargo, su costo y complejidad han limitado su uso (Kaufer et al., 2008).

A continuación, se mencionan las diferentes maneras de estimar la composición corporal y evaluar el estado físico mediante las valoraciones antropométricas:

1. *Evaluación mediante el peso*: generalmente tiende a ser una de las estrategias más tradicionales para la evaluación del sobrepeso y la obesidad; sin embargo, no es el mejor indicador (Baile et al., 2013). Lo adecuado es combinarlo con otras estrategias, ya que este no mide adiposidad, ni porcentaje de músculo (Rosales et al., 2012).
2. *Evaluación mediante Índice de Masa Corporal (IMC)*: el IMC es un indicador de adiposidad corporal, se calcula con el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). Esta medida es bastante útil debido a su facilidad de cálculo, sin embargo, debe considerarse sólo una guía aproximada de la masa corporal (Cortijo et al., 2014). Las autoridades de salud proponen la siguiente clasificación tomando en cuenta el IMC (ver tabla 1). Este indicador ha sido criticado, ya que con esta ecuación no se logra distinguir entre masa magra y masa grasa, ni la distribución de la adiposidad (SEEDO, 2000; Kaufer et al., 2008).

Tabla 1.
Clasificación del sobrepeso y obesidad según el IMC

Valores Límites del IMC (kg/m^2)	Clasificación del peso
<18.5	Peso insuficiente
18.5-24.9	Peso normal
25-26.9	Sobrepeso grado I
27-29.9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34.9	Obesidad tipo I
35-39.9	Obesidad tipo II
40-49.9	Obesidad tipo III (mórbida)
>50	Obesidad tipo IV (extrema)

Nota. Tomado de SEEDO, 2000.

3. *Medición de exceso de grasa*: para medir el porcentaje de grasa corporal hay diversas técnicas; estimación mediante pliegues cutáneos, aunque no se considera un método tan exacto. Hay otras técnicas que utilizan tecnología especializada como los aparatos de bioimpedancia, absorciometría dual por energía de rayos X, diferencias de peso corporal en seco o sumergido en agua en relación con su volumen (Baile et al., 2013) y existen métodos mucho más exactos

como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM); sin embargo, tienden a ser técnicas bastante costosas (Prado et al., 2018; Serrano et al., 2012).

Los efectos negativos causados por la acumulación de grasa corporal son diversos, sin embargo, no todos los tipos de adiposidad confieren riesgo cardiovascular y metabólico, esto dependerá de los lugares en donde se encuentren los depósitos de grasa, ya que se observan diferentes respuestas biológicas en función de su localización (Almeida et al., 2018). El exceso de grasa corporal se distribuye de manera periférica y central, los depósitos de grasa central o visceral se concentran en la parte interna de las cavidades corporales, envolviendo órganos, sobre todo abdominales (Godínez et al., 2002) y está altamente relacionada con la presencia de hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, mayor riesgo de mortalidad y de alteraciones endocrinas, en especial con el cortisol, la hormona del crecimiento, los esteroides sexuales y las concentraciones de insulina. A continuación, se muestra una tabla con los valores esperados de grasa visceral para un sujeto con peso normal, que deben ser menores de 10 kilogramos (ver tabla 2).

Tabla 2.

Interpretación de los valores estimados en grasa visceral

Interpretación del valor	Grasa visceral
Normal	≤ 9
Alto	≥ 10

Nota. Tomado de Martínez et al., 2015.

Por otro lado, la grasa periférica o subcutánea, tiene menor concentración en la zona abdominal y se acumula en mayor medida en la región glúteo femoral: caderas, glúteos y muslos, su riesgo para la salud no es tan grande, aunque también tiene riesgos, se asocia con más frecuencia a osteoartritis en las articulaciones de carga, insuficiencia venosa, litiasis biliar, paniculopatía edemato, fibroesclerótica y dificultades de locomoción (Rosales et al., 2012). El porcentaje de grasa corporal total en personas con obesidad va por encima del 25% en los varones y del 33% en las mujeres. Los valores comprendidos entre el 21 y el 25% en los varones y entre el 31 y el 33% en las mujeres se consideran límites, es decir de sobrepeso. Los valores normales son

del orden del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en las mujeres (ver tabla 3).

Un factor importante en relación con la distribución de grasa es el sexo; en los hombres es más frecuente que la grasa se concentre mayormente en la zona abdominal y en menor cantidad en otras partes del cuerpo (mayor grasa visceral) mientras que en las mujeres la grasa tiende a tener menores niveles de concentración en el área abdominal y mayor concentración en las caderas, glúteos y muslos (mayor grasa subcutánea) (Godínez et al. 2002; Rosales et al., 2012).

Tabla 3.

Clasificaciones del Porcentaje de Grasa Corporal por Sexos

Clasificación	Varones	Mujeres
Peso normal	12-20%	20-30%
Límite	21-25%	31-33%
Obesidad	>25%	>33%

Nota. Tomado de SEEDO, 2000.

4. *Medición de circunferencia de la cintura:* es mundialmente usada como parámetro para cuantificar la obesidad central, se ha llegado a utilizar para indicar adiposidad o para reflejar factores de riesgo metabólicos (Aráuz et al., 2013). De acuerdo con la secretaria de Salud (2016) el riesgo de tener otros problemas de salud por la acumulación de adiposidad en el cuerpo incrementa si la circunferencia de la cintura mide más de 80 centímetros en mujeres y más de 90 centímetros en hombres, debido a su asociación con el depósito de grasa visceral, conforme aumenta la circunferencia de la cintura el riesgo de complicaciones de salud se irá incrementando (Quiroga et al., 2022). La medición del perímetro de cintura resulta bastante útil cuando el IMC es menor de 35, el perímetro de la cintura elevado puede implicar un riesgo en sí mismo, independientemente del valor del IMC (Kaufer et al., 2021). Bjorntorp (2002 como se citó en Baile et al., 2013) muestra los rangos de medidas en cintura que tienen riesgo metabólico (ver tabla 4).

Tabla 4.*Riesgo metabólico en función de la circunferencia de la cintura*

Riesgo metabólico	Medida de la cintura	
	Hombres	Mujeres
Incrementado	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Sustancialmente incrementado	≥ 102 cm	≥ 88 cm

Nota. Tomado de Baile et al., 2013.

5. *Porcentaje de músculo:* El músculo es un tejido dinámico que involucra al movimiento, la postura, la respiración, y la termorregulación corporal; se considera el órgano más abundante del cuerpo humano, ya que representa del 30 al 50% del peso corporal total (Vargas et al., 2021). El bajo tono muscular está directamente asociado al sedentarismo en personas jóvenes y adultas, la consecuencia de una masa muscular baja es la asociación que tiene con complicaciones quirúrgicas y postoperatorias, mayor duración de la estancia hospitalaria, menor función física, peor calidad de vida y un aumento en la tasa de mortalidad (Bowden et al., 2019; Prado et al., 2018; Vargas et al., 2021).

Una adecuada alimentación y el ejercicio son importantes para la ganancia y la conservación de la masa muscular. El mantenimiento del músculo a través del tiempo es necesario para la salud, el bienestar y para la recuperación de enfermedades, ya que garantiza la independencia física, mejora la calidad de vida y previene morbilidades, particularmente en la vejez (Vargas et al., 2021). A continuación, se muestran los porcentajes normales de músculo que una persona debería de tener en función de su sexo y edad (ver tabla 5).

Tabla 5.*Clasificación del porcentaje músculo esquelético*

Sexo	Edad	Bajo	Normal	Elevado	Muy elevado
Femenino	18-39	< 24.3	24.3 - 30.3	30.4 - 35.3	≥ 35.4
	40-59	< 24.1	24.1 - 30.1	30.2 - 35.1	≥ 35.2

	60-80	< 23.9	23.9 - 29.9	30 - 34.9	≥ 35
Masculino	18-39	< 33.3	33.3 - 39.3	39.4 - 44	≥ 44.1
	40-59	< 33.1	33.1 - 39.1	39.2 - 43.8	≥ 43.9
	60-80	< 32.9	32.9 - 38.9	39 - 43.6	≥ 43.7

Nota. Tomado de Omron Healthcare, 2017.

Epidemiología del sobrepeso y obesidad

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado, por lo que se considera una epidemia mundial. Estimaciones recientes a nivel mundial según la OMS (2021) describen:

- La prevalencia del sobrepeso y obesidad se ha incrementado a nivel mundial en las últimas tres décadas, afectando a dos de cada tres adultos.
- En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 años en adelante tenían sobrepeso con una cifra de 39% hombres y 40% mujeres a nivel mundial. De esos 1900 millones, más de 650 millones presentaban obesidad.
- En 2016 alrededor de 13% de la población adulta mundial presentaba obesidad, con una cifra de 11% hombres y un 15% mujeres.
- A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal.
- En general, hay más personas con obesidad que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África Subsahariana y Asia.

Por otro lado, en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (ENSANUT) (Shamah-Levy et al., 2020) que corresponde al periodo 2018-2019 documenta los siguientes datos:

- Poco más de una quinta parte de niñas y niños con menos de 5 años (22%), tienen riesgo de padecer sobrepeso.

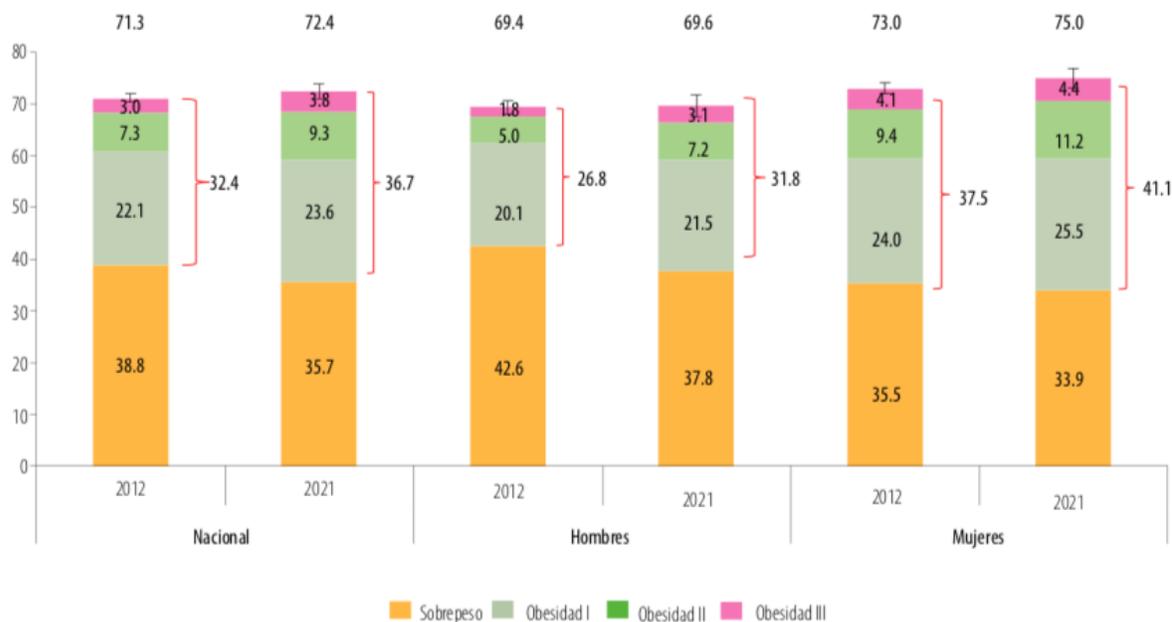
- En 2018, de la población de 5 a 11 años, 18% tiene sobrepeso y va en incremento conforme aumenta la edad.
- El 21% de los hombres de 12 a 19 años y 27% de las mujeres con el mismo rango de edad, presentan sobrepeso.
- En la población de 20 años o más, los hombres (42%) reportan una prevalencia más alta en sobrepeso que las mujeres (37%).
- Mientras que, en el grupo de mujeres de 20 a 29 años, la prevalencia de obesidad es de 26% y aumenta a 46% en el grupo de 30 a 59 años; en los hombres se observa un aumento menos pronunciado al pasar de 24 a 35 por ciento. Los adultos mayores tienen otra dinámica: las mujeres presentan una prevalencia de obesidad más alta (40%) con respecto a los hombres (26%) (INEGI, 2020).

La figura 1 (Shamah-Levy et al., 2020) muestra una comparativa de la prevalencia del sobrepeso y obesidad a nivel nacional de los años 2012 a 2021, al comparar la prevalencia se obtuvieron los siguientes datos:

- La obesidad fue 22.6% más alta en mujeres (41.1%) que en hombres (31.8%).
- La prevalencia de sobrepeso fue 10.3% mayor en hombres (37.8%) que en mujeres (33.9%).
- Durante este periodo aumentó 0.2% en los hombres y 2.7% en las mujeres.
- Al comparar solo obesidad, se observó que en los hombres hubo un incremento de 18.6% entre el año 2012 (26.8%) y 2021 (31.8%); mientras que en las mujeres el incremento fue de 9.6% en el periodo 2012 (37.5%) a 2020 (41.1%).

Figura 1.

Comparativo de las prevalencias de sobrepeso y obesidad del periodo 2012 a 2021



Nota. Tomado de la ENSANUT 2021 sobre COVID-19 (Shamah-Levy et al., 2022).

Etiología del sobrepeso y la obesidad

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucra susceptibilidad genética, factores metabólicos, psicológicos y psicosociales como lo es el estilo de vida y las características del entorno, con influencia de diversas variables como: la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social (Bersh, 2006; Dávila et al. 2015; Lecube et al., 2017; Tejero, 2008).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es la acumulación excesiva del tejido adiposo que es consecuencia de un desequilibrio energético que provoca una expansión de las células grasas y un incremento en su número. Este desequilibrio energético se genera mediante relaciones de largo plazo entre la ingesta de energía y gasto de energía, los cambios en la disponibilidad y características de los alimentos, así como el sedentarismo da lugar a que la ingestión de energía exceda al gasto. Esta tendencia se observa en todos los grupos de edad y en

numerosos países. La respuesta a estos cambios poblacionales parece tener mayor predisposición al desarrollo de la obesidad y de sus comorbilidades (Loss et al., 2003; Tejero, 2008).

Factores asociados al sobrepeso y obesidad

Existen diversos factores que se encuentran asociados al sobrepeso y la obesidad, en esta clasificación se agruparán por factores genéticos, psicosociales y psicológicos.

Factores genéticos.

La evidencia científica indica que los factores genéticos están involucrados en el desarrollo de obesidad en aproximadamente 30 a 40% de los casos (Loss et al., 2003), por lo que estos factores juegan un papel importante en el desarrollo de la obesidad. Hay algunas variaciones genéticas y susceptibilidades que predisponen a la obesidad. Existen por lo menos 24 alteraciones mendelianas, en las que la obesidad es una característica clínica importante (Comuzzie et al., 2001; Méndez et al., 2002). Estos genes podrían haber sido seleccionados naturalmente con la evolución al permitir, en tiempos de hambruna, una ventaja de supervivencia de quienes poseen este tipo de genes (Loss et al., 2003). Hay fenotipos relacionados con las medidas antropométricas, como los pliegues cutáneos, circunferencias, porcentaje de grasa corporal y masa magra, así como los niveles endocrinos asociados a la leptina (Comuzzie et al., 2001). Robayo (2023) realizó una investigación para identificar las variaciones genéticas con predisposición al sobrepeso y la obesidad en población mexicana, de los 260 genes que se han encontrado asociados en población caucásica 100 de esos genes también están asociados a los mexicanos. De los genes más relevantes que se identificaron en población mexicana fueron los siguientes, SNPs rs17782313 (MC4R), rs6548238 (TMEM18), rs6265 (BDNF), rs7488665 (SH2B1) y rs6232 del gen PCSK1. Es importante la etnia en la heredabilidad de las variantes genéticas asociadas al desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

Se sabe que existen personas que pueden tener mayor predisposición genética a la obesidad y el ambiente puede ser el facilitador de su expresión, aunado a la coexistencia de una dieta hipercalórica y niveles reducidos de actividad física, propios del estilo de vida actual; como se sabe, estos aspectos determinan la acumulación del exceso de energía (por la sobreingesta), en forma de tejido adiposo. Sin embargo, no todos los sujetos expuestos al mismo ambiente nutricional obesogénico y a similares limitaciones de actividad física desarrollan obesidad o lo hacen en similar

grado. Esto se debe a que estos factores exógenos actúan sobre una base endógena, la información genética propia de cada individuo, que está relacionada por la heredabilidad familiar (Cortijo et al., 2014; Comuzzie et al., 2001; Martos et al., 2017). Es importante recalcar que los factores ambientales no afectan de igual manera a todos los individuos, remarcando el papel determinante desempeñado por la base genética individual que condiciona la susceptibilidad al desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Martos et al., 2017).

Factores psicosociales.

Es común que las personas con sobrepeso y obesidad tengan hábitos poco saludables, dietas con un aporte nutricional inadecuado y mantengan estilos de vida sedentarios, esto favorece el proceso patológico (Cortijo et al., 2014). El ocio actual representado principalmente por la televisión, ordenador, cine, etc., fomenta el sedentarismo. Aun así, no solo la ingesta, ni el sedentarismo serían capaces de explicar esta pandemia de obesidad. Claramente es el estilo de vida actual en el que se unen ambos componentes con mayor o menor contribución, actuando sobre la susceptibilidad genética y favoreciendo el desarrollo de obesidad (Monero et al., 2012).

El ambiente familiar es un facilitador del desarrollo del sobrepeso y la obesidad, esto por: los estilos de vida de diferentes sectores sociales, las decisiones al alimentarse, al recrearse, al festejarse, así como los horarios de vigilia y de sueño. El medio social reproduce un ambiente obesogénico (Cortijo et al., 2014) porque puede incitar la ingesta excesiva de calorías, pues se tiene la costumbre de celebrar todo comiendo de forma exagerada: bodas, bautizos, comuniones, cumpleaños, navidad, día de reyes, fiestas locales, comidas de trabajo, obtención de un trabajo, fin de cursos, éxitos deportivos, visitas a las casas de familiares o amigos, etc (Guzmán et al., 2010).

El ambiente obesogénico promueve la ingesta excesiva de calorías y desalienta la actividad física (Loss et al., 2003; Monero et al., 2012), esto en gran medida por la urbanización, los cambios rápidos en el desarrollo de la tecnología y la abundante disponibilidad de alimentos han alterado la forma en que vive la gente impactando en las actividades cotidianas (Monero et al., 2012). La industria alimentaria ofrece diversos alimentos de alta densidad energética, ricos en carbohidratos, grasas y azúcares que impide que las personas que los consumen obtengan una nutrición adecuada. Este tipo de alimentos satisfacen el apetito por su gran poder de saciedad, su sabor agradable y al

ser alimentos industrializados tienen mayor alcance en la población debido a su producción masiva y bajo costo (Monero et al., 2012; Peña et al., 2000).

La obesidad se presenta con mayor frecuencia en sectores con una condición socioeconómica baja, en un estudio realizado por Monteiro et al. (2000) se encontró que en México y Brasil hubo un incremento en la obesidad en los grupos de niveles socioeconómicos más bajos en un periodo de 15 años. Sin embargo, hay que considerar que las asociaciones de dicha investigación pueden variar dependiendo del país y las regiones. Gran parte de la población en diversos países ha modificado su régimen alimenticio incrementando el consumo de grasas y azúcares además de las disminuciones en el consumo de fibra; esto puede deberse a los precios elevados de productos con alta calidad nutricional, lo que hace que para algunos grupos con ingresos más bajos sean inaccesibles (Monero et al., 2012; Peña et al., 2000).

También la inseguridad que se vive en las zonas urbanas puede dificultar que la población practique ejercicio de manera frecuente o que incluso en algunas localidades pueden recibir menos información sobre los beneficios del ejercicio para la salud y la calidad de vida. Las desigualdades en el acceso a los mensajes de promoción a la salud, la educación sanitaria y los servicios adecuados en la atención a la salud, impiden conocer la importancia de los cambios de comportamiento necesarios para lograr un modo de vida más sano (Peña et al., 2000).

La salud es un elemento fundamental para el desarrollo económico del país. La magnitud, frecuencia y ritmo de crecimiento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT) representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante la productividad de las empresas, el desempeño escolar y el desarrollo económico del país. Dado que el sobrepeso y la obesidad son problemas complejos y multifactoriales, su naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo. Se trata de un problema compartido por todos los miembros de la sociedad y por lo tanto se necesita una intervención multisectorial para enfrentar con éxito dichas problemáticas (IEPSA, 2013).

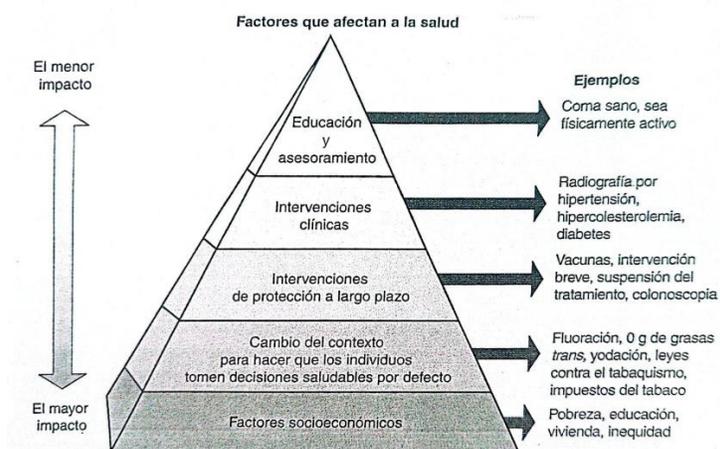
La prevención de la obesidad es una responsabilidad del Estado, que es fundamental para la sustentabilidad del desarrollo nacional y de la salud pública (Dommarco et al., 2015), por lo que

se requiere de la participación corresponsable de todos los sectores y órdenes de gobierno (IEPSA, 2013). De hecho, la salud es una responsabilidad compartida y el acceso efectivo a esta es una condición necesaria (IEPSA, 2013), por lo que las políticas públicas pueden ayudar a mejorar el entorno social y a favorecer la salud de la población.

Aunque es una tarea complicada, si se realizan adecuadamente, pueden contrarrestar las causas de los problemas sanitarios antes de que se generen más problemas de salud. Según la pirámide de Frieden (2010) existen más o menos impactos sobre la salud de las personas, dependiendo de diversos tipos de intervenciones en salud pública, por lo que esta pirámide proporciona un marco para pensar las intervenciones en salud (ver figura 2). Se considera importante que los gobiernos federales apoyen el desarrollo y la extensión de los conocimientos relativos a la salud pública y proporcionen financiación (Dodd et al., 2017).

Figura 2.

Factores que afectan a la salud según la pirámide de Frieden (2010)



Nota. Tomado de Dodd et al., 2017.

En México se han propuesto diversas políticas públicas para combatir al sobrepeso y la obesidad en conjunto con sus comorbilidades, a continuación, se muestran algunas de las propuestas (ver tabla 6).

Tabla 6.*Estrategias gubernamentales para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en México*

Nombre/Año	Objetivos	Descripción
Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA) 2010	Revertir la epidemia de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) que son favorecidas por el sobrepeso y obesidad (Rangel et al., 2013).	Implementa un estilo de vida saludable fomentando la actividad física en diversos entornos y favoreciendo una alimentación saludable con el consumo diario de verduras, frutas, leguminosas y cereales, también aumentando la disponibilidad y acceso al agua simple. Asimismo, es importante disminuir el consumo de azúcares, grasas y sodio, así como orientar a la población sobre el control de tamaños de las porciones recomendables. También se pretende mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas con etiquetados útiles y de fácil comprensión (Rangel et al., 2013).
Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO) 2010	Establecer una instancia de control permanente en mecanismos interinstitucionales de prevención y control, así como instrumentos eficaces para abordar las necesidades de atención a la salud generadas por las enfermedades de este tipo en la población afectada (secretaría de la Salud, 2013).	Se formulan continuamente propuestas para prevenir y controlar las ECNT mediante establecimiento de planes y programas educativos con valor curricular, capacitación y certificación en los médicos de primer nivel, campañas, congresos, el impulso a la difusión de los programas, presupuesto para insumos, incluir contenidos de salud en los planes educativos, impulsar investigaciones en este campo e impulsar las tecnologías para incrementar el impacto y alcance de los proyectos (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2010).

Nombre/Año	Objetivos	Descripción
Programa PrevenISSSTE 2010	Brindar información relacionada con la preservación de la salud, aportar recomendaciones que contribuyan a promover estilos de vida saludables, fomentar el autocuidado de la salud, identificar y controlar riesgos en salud, establecer diagnósticos tempranos, propiciar tratamientos oportunos y en consecuencia prevenir y retrasar complicaciones ocasionadas por las enfermedades crónicas degenerativas (Secretaría de la Salud, 2013).	Se han creado una serie de herramientas tecnológicas que permiten a los derechohabientes estar en contacto con especialistas que los guían a evaluar, educar y cambiar conductas brindando recomendaciones para mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades y llevar adecuadamente sus tratamientos médicos. También se realizan acciones educativas en temas de salud por grupo de edad y sexo, medición de peso y talla, entrega de la cartera de alimentación y orientación alimentaria saludable y salud reproductiva.
Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y la diabetes 2013	Mejorar los niveles de bienestar en la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento de prevalencia del sobrepeso y obesidad en los mexicanos, revirtiendo las enfermedades no transmisibles mediante intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales (Secretaría de la Salud, 2013).	Esta estrategia se divide en tres pilares: 1) salud pública, la cual preserva la salud a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación y prevención, 2) atención médica que garantiza un acceso efectivo a los servicios de salud a personas que presenten factores de riesgo o que ya cuentan con un diagnóstico y 3) regulación sanitaria y política fiscal, por ejemplo, son quienes regulan el etiquetado y la publicidad de los alimentos y bebidas, particularmente al público infantil e impulsan políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.
Gimnasios urbanos 2013	Promover una vida saludable entre los ciudadanos, generando espacios de convivencia y una alternativa gratuita y accesible para la	Se instalaron 300 gimnasios al aire libre en explanadas, parques, camellones, colonias, pueblos, unidades

Nombre/Año	Objetivos	Descripción
	activación física entre niños y personas adultas, así como recuperar los espacios públicos (Instituto del Deporte, 2013).	habitacionales y centros deportivos de las diferentes delegaciones de CDMX (Instituto del Deporte, 2013).
Reformas al Artículo 3° Constitucional, Quinto transitorio	Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los alumnos (DOF, 2013).	Fomentar estilos de vida saludables impidiendo el comercio de todo alimento procesado o a granel y bebidas azucaradas con bajo valor nutricional en las escuelas (DOF, 2013).
2013	Determinar la información nutrimental mediante un sistema de etiquetado frontal, el cual debe advertir al consumidor la forma clara y veraz sobre el contenido de nutrientes críticos e ingredientes que representan un riesgo para la salud cuando se consumen en exceso (Hablemos de salud, 2021).	Este etiquetado se integra por 5 sellos de advertencia en forma de octágono, que de manera clara, sencilla y visible indican cuando un producto contiene exceso de calorías, grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sodio. También incluye 2 leyendas precautorias sobre contenido de cafeína y edulcorantes, no recomendables para consumo en niñas y niños. Asimismo, se prohibieron envases que contengan personajes infantiles, dibujos animados o elementos interactivos que estén dirigidos a niños y niñas que puedan incitar a consumir, comprar o elegir algún producto (Hablemos de salud, 2021).
Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010	2019	Se conformó un equipo aproximadamente de 1,901 expertos, entrenadores deportivos, activadores físicos o recreativos que colaboraron en el programa como promotores y que
Ponte pila	Aumentar el acceso a diversas actividades recreativas, físicas y deportivas para contrarrestar problemas asociados al sedentarismo y la	
2019		

Nombre/Año	Objetivos	Descripción
obesidad, buscando fortalecer y beneficiar las aptitudes (Instituto del Deporte, 2023)	desarrollan las actividades en los espacios públicos de la ciudad de manera gratuita (Instituto del Deporte, 2023).	

Factores psicológicos.

Una alimentación considerada como normal se rige por tres factores según Herman et al. (2020):

1. El hambre: es el deseo de comer que se genera cuando el organismo detecta un déficit de energía.
2. La palatabilidad: es la medida en que una persona disfruta las propiedades sensoriales (sabor, textura, temperatura, apariencia) de los alimentos.
3. Y las normas de adecuación: hay normas culturales compartidas sobre que alimentos son adecuados para el consumo, estas normas afectan la alimentación ¿qué comer?, ¿cuándo comer?, ¿cuánto comer?, ¿cómo se sirven los alimentos?, etc.

De los tres factores que impulsan la ingesta, el que tiene una influencia más débil es el hambre, puesto que la conexión hambre-comer se puede desmoronar fácilmente; por ejemplo, a veces tenemos hambre y no comemos porque estamos concentrados y se nos olvida, podemos estar en una restricción alimentaria para bajar de peso a pesar de pasar hambre o simplemente la comida disponible es desagradable y evitamos comer. Mientras que en otras ocasiones comemos sin necesidad de tener hambre, ya sea porque vemos una comida que se ve irresistible o por presión social. Así, la palatabilidad y las normas de adecuación tienen mayor peso en la elección de alimentos y la ingesta (Herman et al., 2020).

La elección de la comida también puede verse influenciada por la anticipación y la simulación mental de los alimentos, recordando el placer sensorial que se obtiene de determinados productos junto con las consecuencias posteriores al consumo, ya sea a corto y largo plazo. Cuanto más familiarizado se esté con algunos alimentos, más claras serán las representaciones mentales, debido a que ya se tiene almacenada en la memoria información sensorial de experiencias pasadas. La elección de los alimentos estará determinada en gran medida por recuerdos de placer anticipado, por lo que es importante tomar en cuenta que hay una transmisión cultural en las preferencias del sabor (Piqueras, 2020).

Los alimentos pueden afectar el comportamiento, cambiando el estado de ánimo que se produce desde antes y hasta después de comer. Muchos animales, incluidos los seres humanos, tienden a estar excitados, alertas e incluso irritables cuando tienen hambre, esto fomenta su búsqueda de alimento. Después de comer y quedar saciados, normalmente se vuelven tranquilos, letárgicos e incluso pueden llegar a dormir, en esta fase es más probable que el estado de ánimo sea positivo que negativo (Gibson, 2006).

Las emociones presentan un rol importante en la elección, calidad y cantidad de la ingesta, lo que en ocasiones podría generar un aumento de peso corporal. Las emociones tienen una relación bidireccional con la conducta alimentaria, algunas emociones generan el consumo de determinados alimentos, así como existe influencia de los alimentos para la manifestación de ciertas emociones (Match, 2008).

Desde el punto de vista psicológico, existen elementos que pueden contribuir al mantenimiento del sobrepeso y la obesidad, en ciertas personas. Por ejemplo, Bersh (2006) mencionó que algunas personas no logran tener control de su alimentación, lo que genera como consecuencia que se utilice la comida como medio para disminuir la intensidad del malestar emocional, esta hipótesis fue reafirmada por Match (2008) quien mencionó que las emociones tienen funciones motivadoras y contribuyen al control del comportamiento alimenticio, en su artículo *How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model*, propone una clasificación de cómo las emociones afectan la conducta alimentaria:

1. Las emociones generadas por los alimentos controlan la elección de estos.
2. Las emociones de alta intensidad suprimen la conducta alimentaria debido a respuestas emocionales incompatibles, mientras que las emociones moderadas en intensidad afectan la alimentación; en cambio, las emociones de intensidad baja no se espera que afecten la conducta alimentaria.
3. Las emociones pueden incrementar la ingesta alimentaria como consecuencia de un pobre control de las funciones cognitivas.
4. Las emociones negativas logran regularse con alimentos dulces y ricos en grasas, por ello es probable que ante estas la gente consuma dichos alimentos.

En un estudio que se realizó en México con jóvenes universitarios (Peña et al., 2015) se encontró que las emociones que experimentan con mayor frecuencia durante la alimentación son: alegría, alivio, amor, arrepentimiento, asco, culpa, disfrute, felicidad, placer, remordimiento, repulsión y ternura. El 85% de las emociones experimentadas por los alimentos fueron mayoritariamente agradables: disfrute, placer, alegría, felicidad y amor. Es importante mencionar que el impacto de un alimento o bebida dependerá del estado inicial, las expectativas y las actitudes de cada persona. Cabe destacar que las expectativas sobre la comida son predicciones personales de las consecuencias de comer un alimento que dependen de la experiencia con ese alimento en una variedad de contextos (Gibson, 2006).

La conducta alimentaria es una necesidad fisiológica, que también se basa en cuestiones socioculturales, determinando las preferencias y el patrón de consumo de alimentos. Por lo tanto, los resultados de la investigación de Peña et al., (2015) aportan evidencia que sugiere que las emociones agradables representan uno de los factores socioculturales que motivan la conducta alimentaria, también se establece que el control de la elección de los alimentos depende de las emociones inducidas por el propio alimento.

En otro estudio realizado por Whiteside (2007) se encontró que las dificultades emocionales pueden estar relacionados con los atracones, el DSM-V (2014) define al episodio de atracón como la ingesta alimentaria de grandes cantidades en un periodo corto de tiempo que vienen acompañado con la sensación de falta de control en la ingesta, en estas dificultades emocionales existe un acceso limitado a estrategias de control emocional, así como la dificultad para identificar las emociones. Una característica que pueden llegar a tener las personas con sobrepeso y obesidad es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia para la regulación emocional (Bersh, 2006). Epel et al. (2001) realizaron una investigación con mujeres en donde se observó que la mayor liberación de cortisol inducida por el estrés se relaciona con una mayor ingesta calórica después de la exposición a un factor estresante de laboratorio.

Comer cuando se tiene hambre es placentero y gratificante y la investigación ha demostrado que comer activa los sustratos neurales de manera similar a las drogas de abuso, aunque con importantes diferencias de grado; de esta manera se reconoce una predisposición neuroquímica que puede influir en un consumo excesivo de alimentos sabrosos para aumentar la liberación de dopamina (Grigson, 2002).

El sabor dulce y los sabores grasos tienen la capacidad de influir en el estado de ánimo, por lo que al menos en algunas personas podría ser un determinante de las influencias afectivas en la elección de alimentos puesto que estos alimentos, pueden actuar para aliviar el estrés (Gibson, 2006; Hayes, 2020). Esto lo confirman Van Strien et al. (2013) quienes realizaron una investigación en donde encontraron que las personas con puntajes bajos en una escala de comer emocional ingerían cantidades similares después de la tristeza y alegría, mientras que las personas con puntajes altos en la misma escala ingerían significativamente más calorías en la tristeza que en la alegría. Esta investigación también encontró un efecto significativo en la alimentación emocional para la ingesta de alimentos dulces, pero no para la ingesta de alimentos salados.

Consecuencias de la obesidad

El sobrepeso y la obesidad tienen un profundo impacto en la calidad de vida de las personas, incluso en personas aparentemente sanas, pues tienen consecuencias físicas, sociales y emocionales (González et al., 2017); muchas de las complicaciones físicas de la obesidad solo llegan a ser clínicamente evidentes en la adultez (Raimann, 2011). La magnitud del exceso de adiposidad, su distribución en el cuerpo y las consecuencias a la salud son variables entre los individuos con obesidad (Kaufer et al., 2021), la población que padece obesidad tiene una alta prevalencia en presentar diversas enfermedades y se incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad. Las enfermedades asociadas a la obesidad son:

- Diabetes mellitus tipo 2 (Baile et al., 2013; Barbany et al., 2002; González et al., 2017; Kaufer et al., 2021; OMS, 2021).
- Síndrome metabólico (Baile et al., 2013; González et al., 2017; Kaufer et al., 2021).
- Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica (Baile et al.,

2013; Barbany et al., 2002; Gonzáles et al., 2017; Kaufer et al., 2021; OMS, 2021).

- Dislipidemias, hipertrigliceridemia, aumento del colesterol LDL y disminución del colesterol HDL (Barbany et al., 2002; Kaufer et al., 2021).
- Alteraciones osteoarticulares principalmente coxofemorales, femorotibiales, en tobillo y columna (Barbany et al., 2002; Kaufer et al., 2021; OMS, 2021).
- Insuficiencia venosa en extremidades inferiores (Barbany et al., 2002).
- Accidentes cerebrovasculares (Barbany et al., 2002; OMS, 2021).
- Hiperuricemia y gota (Barbany et al., 2002; Kaufer et al., 2021).
- Enfermedades digestivas: esteatosis hepática, hernia de hiato y litiasis biliar (Baile et al., 2013; Barbany et al., 2002).
- Apneas del sueño e insuficiencia respiratoria (Baile et al., 2013; Barbany et al., 2002; Gonzáles et al., 2017; Kaufer et al., 2021).
- Problemas psicológicos (Baile et al., 2013; Barbany et al., 2002; Gonzáles et al., 2017; Kaufer et al., 2021).
- Afecciones cutáneas (Baile et al., 2013, Barbany et al., 2002).
- Tumores malignos en colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama o vesícula (Baile et al., 2013; Barbany et al., 2002; Gonzáles et al., 2017; Kaufer et al., 2021; OMS, 2021).

Respecto a la calidad de vida de las personas con sobrepeso y obesidad, se han encontrado investigaciones donde existe una relación entre la obesidad y el deterioro de la calidad de vida (Barajas et al., 1998; Guadarrama et al., 2020; Monero et al., 2000), mientras que, en otros estudios realizados en personas con obesidad mórbida posterior a un procedimiento quirúrgico, mejoraron los índices de calidad de vida de los pacientes (Monero et al., 2000; Karin, 2012; Castanha et al., 2018). Por otro lado, hay estudios realizados en México que obtuvieron resultados diferentes. Guadarrama (2020) concluyó que la calidad de vida no dependía el IMC de las personas, pero lo que sí influía en la calidad de vida era la gravedad de las enfermedades, la percepción de la calidad de vida y el sexo. Arzate (2022)

comparo la calidad de vida relacionada con la salud en función del estado de nutrición y el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida en personas con normopeso, sobrepeso y obesidad, no obstante, para dicho estudio se excluyeron a personas con enfermedades crónico-degenerativas. Las enfermedades crónico-degenerativas son acontecimientos que impactan en el individuo y su familia, debido a que generan alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Bautista et al., 2019) la prevalencia de los estados depresivos y ansiosos es mayor en pacientes con este tipo de enfermedades, tienen de dos a cinco veces más probabilidades de desarrollar algún estado depresivo y ansioso en comparación con los pacientes que no las padecen, y esta probabilidad aumenta con las comorbilidades múltiples (Barrutia et al., 2022).

La calidad de vida es un estado de satisfacción general, se integran aspectos subjetivos y objetivos. En la parte subjetiva se encuentran bienestar físico, psicológico y social, dentro de los que se incluyen aspectos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal. Mientras que en la parte objetiva se encuentra el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003; López et al., 2006). La calidad de vida relacionada con la salud se entiende como el efecto funcional y anímico que una enfermedad produce en una persona, incluyendo el tratamiento y cómo este proceso es percibido por la persona, por lo tanto, es un constructo subjetivo e influenciado por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (López et al., 2019).

Estigmatización del sobrepeso y la obesidad

El término estigmatización según Salih (2019) se utiliza para definir el proceso por el que una o varias personas adquieren diferentes características que se consideran socialmente indeseables y supone, a su vez, la atribución de rasgos habitualmente discriminatorios que favorecen la exclusión social. En el campo de la salud el estigma se relaciona con una característica, rasgo o atributo diferenciador y que derivado de una creencia social general, hace que se desvalorice a la persona o grupo que la poseen.

La estigmatización ha estado presente desde la antigüedad, por ejemplo, cuando las personas padecían enfermedades infecciosas como la lepra o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se les estigmatizó debido a las actitudes y creencias negativas con respecto a dichas enfermedades (Gofman, 1970 como se citó en Benítez et al., 2021). Desafortunadamente, en la actualidad sigue estando presente la estigmatización en diversas patologías transmisibles y no transmisibles como la obesidad (Fischer, 2019; Rai, 2020). El denominado estigma del peso o estigma de la obesidad se define como el rechazo y la denigración social que sufren las personas que no cumplen con normas sociales preconcebidas o impuestas sobre el peso y la forma corporal que deben tener los individuos; esto puede dar lugar a actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación en personas que tienen sobrepeso y obesidad (Guendulain, 2022).

Los estereotipos basados en el peso incorporan generalizaciones de que las personas con sobrepeso y obesidad son perezosas, glotonas, carecen de fuerza de voluntad y autodisciplina, son incompetentes, no están motivadas para mejorar su salud, no cumplen con sus tratamientos médicos y son personalmente culpables de su exceso de grasa corporal. Estos estereotipos generan discriminación por el peso porque son formas manifiestas de prejuicio con trato injusto y comportamientos sesgados hacia las personas con sobrepeso u obesidad (Benítez et al., 2021; Guendulain, 2022; Sánchez, 2022; Sikorski et al., 2011). Cuando existe una internalización del sesgo de peso; las personas están de acuerdo con los estereotipos y la aplicación de estos estereotipos a uno mismo, se autodevaluarán y se culparán a sí mismas (Sánchez, 2022). Por otra parte, también es importante reconocer que muchas de estas actitudes negativas pueden surgir de la creencia social que sostiene que la obesidad es una enfermedad provocada por el propio individuo, atribuyéndole una responsabilidad unipersonal, sin considerar que la obesidad en realidad es un proceso multifactorial en el que confluyen distintos factores por ejemplo, la mercantilización de alimentos ultra procesados que llegan a venderse incluso nombrándolos como saludables (ej. Barras de cereal), la falta de acceso a espacios en los que las personas puedan aprender sobre la salud o que se garantice la atención médica, nutricia, psicológica o de otros tipos cuando una persona decide disminuir su peso.

Consecuencias psicológicas y sociales de la estigmatización del sobrepeso y la obesidad

El estigma de la obesidad es muy relevante en la sociedad y se ha convertido en un desafío de salud global. Tanto la prevalencia de obesidad como el estigma de la obesidad se han incrementado en los últimos años y una proporción significativa de los costos relacionados con la obesidad podrían deberse al estigma (Schmalz et al., 2016). La creencia errónea de que la obesidad es una patología donde la persona puede controlar de forma unilateral su enfermedad, la ha convertido en uno de los problemas de salud asociados a una mayor estigmatización social. El estigma de la obesidad prevalece en muchas áreas de la vida de las personas, incluyendo la salud, el trabajo, la educación, la familia, los medios de comunicación, la salud pública y la sociedad en general. De hecho, muchos profesionales de la salud manifiestan prejuicios y actitudes negativas hacia los pacientes con obesidad, afectando drásticamente su salud mental, rendimiento y oportunidades (Benítez et al., 2021; Sánchez, 2022).

En estudios realizados (Hayden et al., 2005; Jansen et al., 2014) se encontró que niños de edad escolar con sobrepeso y obesidad fueron acosados con mayor prevalencia en comparación con los niños de normopeso. El grado de burla se asoció significativamente con mayor preocupación por el peso, aislamiento social, insatisfacción corporal y mayor preferencia por actividades sedentarias. El estigma de peso puede explicar las altas tasas de acoso escolar entre los niños con sobrepeso y obesidad, pero también es plausible que los niños con sobrepeso tengan una baja autoestima, convirtiéndolos en un blanco fácil para el acoso de sus pares.

El estigma de peso en el cuidado de la salud prevalece en los médicos que controlan el peso en diferentes países occidentales, en una investigación multinacional que realizaron Puhl et al. (2021) se encontró que dos tercios de los participantes en cada país (Estados Unidos, Canadá, Australia, Francia, Alemania y Reino Unido) habían experimentado estigma de peso por parte de los médicos, generando peores experiencias de atención médica. Dado que los pacientes se sintieron juzgados por su peso, menos escuchados y poco respetados por parte del personal sanitario, se redujo la calidad de la atención que se ofrecía a los pacientes con obesidad.

Los daños a la salud por el estigma de peso incluyen numerosas consecuencias negativas para el bienestar psicológico y la salud física. Experimentar estigma de peso contribuye a una mayor internalización de sesgo de peso, y esto a su vez genera en los pacientes estrés sanitario, siendo más resistentes a buscar atención médica, posponiendo o no acudiendo a las citas, perdiendo la confianza en los profesionales, y reduciendo la motivación y el compromiso a la adherencia de los tratamientos llegando a empeorar su condición de salud (Puhl et al., 2021; Sikorski et al., 2011).

Las actitudes negativas de los profesionales de la salud están estrechamente relacionadas con la creencia de que la obesidad es esencialmente un problema de responsabilidad individual, lo que va en contra de la evidencia reciente que muestra que la obesidad es un problema complejo por lo que hay una falta de preparación en el personal sanitario para abordar a las personas con obesidad (Kaufer et al., 2021; Sánchez, 2022).

En el área laboral, las personas con sobrepeso y obesidad enfrentan actitudes estereotipadas y discriminatorias por parte de los empleadores; por ejemplo, se les considera flojas, menos trabajadoras y carentes de motivación o con menos autocontrol y habilidades interpersonales, lo que lleva a que sean tratadas de manera injusta en el lugar de trabajo. De hecho, se ha reportado que estas actitudes tienen impacto en las decisiones de contratación: reduciendo las probabilidades de que se les ofrezca una entrevista o que se les contrate, ofreciéndoles salarios más bajos o menores ascensos laborales en comparación con los empleados que no viven con obesidad, a pesar de estar igualmente calificados (Guendulain et al., 2022; Pulh et al., 2001; Rodríguez et al., 2015; Sánchez, 2022).

Las personas con sobrepeso y obesidad, en particular las mujeres, se encuentran en desventaja a la hora de entablar relaciones amorosas en comparación con las personas normopeso, debido a que es más probable que experimenten estigmatización basada en el peso por parte de otras personas hacia sus parejas y de sus propias parejas; esto genera insatisfacción corporal, insatisfacción sexual e insatisfacción con la relación de pareja (Cote et al., 2020). También en otra investigación realizada por Cruzat et al. (2017) se encontraron

diferencias significativas entre las personas con normopeso y sobrepeso u obesidad con respecto a su satisfacción corporal, donde las personas con sobrepeso y obesidad estaban más insatisfechas con sus cuerpos.

El sobrepeso y la obesidad no causan en sí mismas ningún problema de orden psicológico o psiquiátrico, pero el conocimiento de que se rechaza la estética asociada a dicha condición física, sí puede terminar en un malestar psicológico (Baile et al., 2013; Bautista et al., 2019; Chu et al., 2019; Contreras et al., 2016; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021; Vázquez, 2022) lo que a su vez puede generar como consecuencia aumentar el consumo excesivo de alimentos y empeorar su condición metabólica.

Debido a esto, cuando se busca implementar un plan para la reducción de peso, este debe estar libre de estigmatización o presión social y estructurarse de forma saludable, realista e individualizado en función del estado de salud de los pacientes, tomando en cuenta comorbilidades y necesidades personales (Baile et al., 2013; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021).

La delgadez desde hace algunos años se ha visto como un ideal de belleza aceptado por muchas culturas. El internalizar este ideal impuesto por la sociedad actual puede desarrollar alteraciones en la imagen corporal (Saffon et al., 2014). La sociedad centra su atención hacia el cuerpo femenino, en particular los medios de comunicación (televisión, revistas, cine), quienes parecen ser el transmisor más importante del cuerpo delgado como el ideal, promoviendo el estigma de peso, también suelen exhibir modelos con ciertas características físicas que son presentadas como saludables, bellas, felices, atractivas y exitosas en la vida; convirtiéndose en figuras deseables para quienes las observan (Gutiérrez et al., 2019; Toro, 2014).

Este es un modelo de identificación que internalizan las mujeres adolescentes y adultas, lo que les hace sentirse obligadas a seguir con el modelo estético delgado; esto se transmite de una chica a otra mediante presión, identificación, imitación y competencia (Toro, 2014). Las mujeres están más expuestas a ser objeto de la presión social y publicidad

adelgazante, así como a desarrollar conductas de riesgo poco saludables para bajar de peso (Esnaola et al., 2010; Gutiérrez et al., 2019; Jones et al., 2004). Los estereotipos prevalecen, porque no es frecuente que la sociedad occidental se los cuestione, lo que hace que las personas con sobrepeso y obesidad sean más propensas a la injusticia social, a un trato injusto y al deterioro de la calidad de vida como resultado de las desventajas y estigmas (Guendulain et al., 2022). La imagen corporal impacta sobre el autoconcepto de las personas (Fernández et al., 2015) y la influencia de la obesidad con la baja autoestima y la depresión atribuyen problemas a la insatisfacción corporal que se presentan posiblemente tras no alcanzar el estándar de delgadez impuesto socialmente. Las personas que no cumplen con este ideal de delgadez sufren del estigma y la crítica por parte de los medios de comunicación, la familia o los pares, lo cual explicaría la insatisfacción hacia su propio cuerpo (Sánchez, 2022).

En un estudio realizado con adolescentes por Jones et al. (2004) se encontraron diferencias significativas entre géneros, las mujeres veían más revistas de apariencias, informaron más conversaciones sobre la apariencia y presentaron una mayor internalización de ideales de belleza en comparación con los hombres, asimismo la internalización tuvo una estrecha relación con la insatisfacción corporal. Esnaola et al. (2010) realizó un estudio comparativo entre hombres y mujeres de diferentes grupos de edades midiendo la insatisfacción corporal y la presión sociocultural, se encontraron hallazgos donde la insatisfacción corporal está estrechamente relacionada con la presión sociocultural percibida, asimismo se encontró que las participantes femeninas mostraron mayor insatisfacción corporal y se perciben más afectadas por factores socioculturales en comparación con los varones. La insatisfacción corporal y presión sociocultural son mayores para los grupos de edad más jóvenes, siendo los adolescentes más afectados (12 a 18 años), seguido de los adultos jóvenes (19 a 29 años), posteriormente los de mediana edad (31 a 49 años) y al final a los que menos les afecta son a los adultos mayores (55 a 66 años).

Evaluación psicológica en el sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad, como se mencionaba anteriormente, son problemas multifactoriales, por lo que su tratamiento debe de ser con un equipo multidisciplinario. Cada miembro del equipo deberá enfocarse en su área realizando evaluaciones específicas. El

psicólogo deberá realizar valoraciones sobre distintas esferas de vida del paciente, esto con la finalidad de tener un mejor análisis del caso desde todas las perspectivas y diseñar el mejor tratamiento (Baile et al., 2013). En la valoración es importante conocer las consecuencias psicosociales de la obesidad en el individuo, pues pueden verse perjudicadas sus relaciones sociales. Todos estos aspectos permitirán establecer un análisis funcional del origen y el mantenimiento de esta. Igualmente, se considera necesaria la evaluación de los trastornos concomitantes, tanto biomédicos como psicológicos (Baile et al. 2020). Es importante que antes de comenzar el tratamiento se descarten otras patologías y en caso de presentar alguna, derivar con el personal correspondiente para que valore su situación biomédica, emitiendo un informe para el psicólogo donde se valore si se puede realizar una intervención y de qué manera hacerlo, por ello la evaluación de la obesidad requiere la valoración de diferentes aspectos según Baile (2013):

- *Valoración del estado físico asociado al sobrepeso o la obesidad:* medidas antropométricas, que proporcionarán una estimación de la situación corporal actual y la clasificará en una categoría, evaluar si existe sintomatología física asociada a la condición (dolores articulares, cansancio, sudoración, taquicardias, etc.), existencia de algunos hábitos que puedan ser perjudiciales para la salud (tabaquismo, consumo o abuso de otras sustancias), hábitos alimentarios, la actividad física, el sueño, y consumo de fármacos, también se pueden pedir análisis bioquímicos recientes.
- *Valoración de situación psicosocial:* se evalúa esta área con la finalidad de poder detectar algunas áreas problemáticas, tomando en cuenta la situación familiar, situación económica, vivienda, trabajo, y el impacto de la obesidad en la vida cotidiana que pueda llegar a afectar la calidad de vida (función física, autoestima, vida sexual, estrés social y trabajo).
- *Evaluación diferencial:* Las evaluaciones psicológicas deben permitir descartar otros problemas de salud mental diferente al sobrepeso y obesidad. Por ejemplo, TCA se pueden descartar mediante cuestionarios específicos y validados, el psicólogo deberá tener presentes los criterios diagnósticos de dichos trastornos y en caso de sospechar,

realizar la evaluación correspondiente. Una adecuada identificación de estos problemas permitirá enfocar la intervención en la dirección correcta.

- *Evaluación de la comorbilidad psicopatológica:* La valoración de las posibles alteraciones psicopatológicas asociadas son importantes, sin embargo, hay que descartar un posible problema primario de salud mental que pueda estar generando como problema secundario el sobrepeso y la obesidad, el cual deberá ser atendido prioritariamente, para ello se necesitarán aplicar entrevistas clínicas para la detección de trastornos mentales en conjunto con test y cuestionarios validados para características de personalidad (MCMI-III, MMPI-2,16FP-5) o sintomatología específica como la depresión, ansiedad, estrés, percepción corporal, alteraciones en la alimentación, autoestima, etc.
- *Evaluación complementaria:* Hay otras variables importantes para realizar una valoración más completa, como la imagen corporal, generalmente el sobrepeso y la obesidad pueden impactar en esta área de las personas que lo presentan, aunque no siempre la obesidad es causa de la insatisfacción corporal. Este tipo de evaluación puede proporcionar un indicador de recuperación psicológica en el proceso de intervención, puede utilizarse la satisfacción con la imagen corporal como un objetivo terapéutico y un indicador de mejoría. Se pueden utilizar instrumentos que permiten evaluar la percepción del propio cuerpo, instrumentos que miden las actitudes hacia el propio cuerpo e instrumentos que midan el impacto de la imagen corporal en otras áreas psicológicas. Otra evaluación complementaria es la valoración nutricional de la ingesta, para esta evaluación se requiere un profesional especialmente formado en esta área, ya sea médico o nutriólogo, pero en caso de que no pueda ser una intervención multidisciplinar, el psicólogo deberá adquirir conocimientos básicos para una alimentación adecuada. También se puede evaluar la motivación al cambio.
- *Evaluación del comportamiento alimentario y de la actividad física:* los hábitos son comportamientos que se manifiestan de lugares fuera de la consulta, por lo que no pueden ser evaluados directamente. Sin embargo, existen diferentes técnicas que

pueden ayudar a evaluar dichos hábitos como son las entrevistas, preguntas directas, cuestionarios, autorregistros, preguntarles a terceras personas, etc.

Capítulo 2. Intervenciones para la obesidad

Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es un padecimiento de gran complejidad, por lo que su tratamiento debe realizarse con un equipo multidisciplinario. Las ventajas de contar con un equipo multidisciplinario en el tratamiento de la obesidad, es que pueden establecer diagnósticos más completos y adecuados, por lo tanto, su tratamiento está mejor dirigido. Asimismo, se mejoran las probabilidades de que el paciente comprenda la complejidad del problema desde cada área y también se facilita el trabajo de cada profesional involucrado en el tratamiento (García, 2004; López et al., 2015; Ortega, 2021).

El tratamiento, de manera general, deberá incluir las siguientes actividades (López et al., 2015):

- Diagnóstico y tratamiento médico de las complicaciones asociadas a la obesidad.
- Diagnóstico y tratamiento nutricional, con un plan de alimentación de acuerdo con las complicaciones que presente el paciente.
- Diagnóstico de las condiciones de riesgo sociales y tratamiento psicológico.

Las estrategias basadas en la evidencia para mejorar la pérdida de peso, mantener un peso saludable y reducir las comorbilidades relacionadas suelen integrar diferentes intervenciones: dietéticas, nutricionales, físicas, conductuales, psicológicas y, si es necesario, farmacológicas y quirúrgicas (Bellido et al., 2023; Castelnuovo et al., 2009). Dichos tratamientos se implementan en un contexto multidisciplinario con un equipo clínico compuesto por endocrinólogos, nutricionistas, dietistas, fisioterapeutas, psiquiatras y psicólogos. Cada uno de los especialistas identificará la presencia de factores de riesgo existentes en el paciente que pudieran generar complicaciones asociadas a la obesidad. En función del diagnóstico se pueden requerir otro tipo de especialistas, como un médico internista, endocrinólogo, bariatra, etc. (García, 2004; López et al., 2015). En el caso de pacientes con obesidad extrema o complicaciones metabólicas severas, el equipo deberá integrar un cirujano y anestesista que tengan formación académica en la disminución de peso y que puedan tratar a los pacientes de forma segura (López et al., 2015).

La comunicación entre estos profesionales tiene que ser fácil y frecuente. La revisión de casos clínicos y análisis de la literatura forman parte del intercambio de conocimientos que lleva a un proceso educativo que acaba por enriquecer el saber de los distintos participantes del grupo. Cuando no se da esta comunicación, no puede considerarse que el grupo esté funcionando, pues la probabilidad de que el paciente sea visto en forma fragmentada es muy alta, generando que la intervención no alcance su máximo potencial (García, 2004).

Estrategias terapéuticas en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

El objetivo terapéutico ideal es la prevención de la obesidad para disminuir su incidencia (Callau de la Parte et al., 2022; Ortega, 2021). Sin embargo, cuando ya se presentan sobrepeso u obesidad las guías de tratamiento de la obesidad recomiendan la modificación del estilo de vida, sobre todo en una mejora de la nutrición y actividad física, como tratamiento de primera línea para los pacientes con obesidad. Aparte del tratamiento nutricional, también es recomendable el tratamiento psicológico cognitivo-conductual para identificar aquellas situaciones mentales o emocionales que predisponen a comer y brindar al paciente estrategias conductuales, emocionales y cognitivas que le permitan tener una relación más saludable con la comida (Callau de la Parte et al., 2022).

Los objetivos terapéuticos de los programas de pérdida de peso están dirigidos a prevenir la aparición de comorbilidades o disminuir el impacto sobre la salud de las ya existentes. Es importante plantear objetivos realistas y consensuados con el paciente, persiguiendo no el peso ideal, sino pérdidas moderadas de peso. Se considera que una pérdida de 5 al 10% de peso inicial resulta suficiente para disminuir el impacto de las complicaciones asociadas a la obesidad. Y posiblemente para alcanzar la remisión de algunas de las enfermedades concomitantes se precise superar el 10% de pérdida de peso, una pérdida de peso adecuada y saludable es cuando se disminuye masa grasa y se preserva masa magra. Se trata de sustituir la idea de estar a dieta por la de cuidarse mediante la incorporación de hábitos de vida saludables, que mantenidos de por vida, permiten preservar y mejorar el estado de salud, y de forma particular, controlar el peso (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014).

Tratamiento nutricional.

Como ya se había mencionado, el sobrepeso y la obesidad se afrontan como un desequilibrio entre la ingesta energética y gasto calórico, por lo que se puede conseguir un balance energético negativo mediante diferentes modalidades de dietas. La dieta es un conjunto de componentes alimentarios que se consumen de manera regular formando hábitos o comportamientos nutricionales que forman parte de su estilo de vida (Carpenter et al., 2005). Antes de planificar un tratamiento nutricional se tiene que indagar una serie de aspectos que permitan conocer los hábitos alimentarios y el estilo de vida de los pacientes (Gómez et al., 2014). Es importante que en la programación dietética se debe preservar, dentro de lo posible, una mayor cantidad de masa magra se considera aceptable una pérdida masa magra inferior al 25% del peso corporal. Si se pierde más masa magra (músculo) es que el gasto energético en reposo se reduce drásticamente y el individuo deja de perder peso, por ello es importante tener una aportación adecuada de proteínas en la dieta e incrementar el ejercicio diario, aeróbico y de resistencia muscular (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014).

Para que una dieta logre un balance de energía negativa se necesita disminuir la ingestión de alimentos mediante la modificación del contenido de energía de la dieta. Las dietas para reducción de peso se clasifican según su contenido energético y la composición de los macronutrientes: una Dieta con Déficit Balanceado (DDB) suele contener ≥ 1500 kcal/día, las Dietas Bajas en Calorías (DBC) contiene de 800 a 1500 kcal/día y las Dietas Muy Bajas en Calorías (DMBC) contienen ≤ 800 kcal/día y en general son altas en proteínas (70 a 100 g/día) y bajas en grasa (≤ 15 g/día), estas dietas están justificadas cuando se necesita perder peso de una manera rápida y notable con la finalidad de disminuir la comorbilidad asociada con la obesidad, este tipo de dietas se recomiendan durante un periodo corto de tiempo de entre 8 y 16 semanas, en función del grado de obesidad del paciente (Gómez et al., 2014; Rubio et al., 2005). En algunos estudios se ha demostrado que las dietas bajas en carbohidratos consiguen pérdidas significativas de peso en comparación con las dietas bajas en grasa en períodos cortos de tiempo (6 meses), sin embargo, en un seguimiento a largo plazo (12 meses) no se encuentran diferencias (Rubio et al., 2005).

Las personas con sobrepeso que tienen dos o más factores de riesgo cardiovascular y aquellas personas con obesidad tipo I deben disminuir la ingestión de energía en unas 500 kcal/día, este déficit de ingestión promueve la pérdida de 0.5 kg/semana y una reducción de 10% del peso inicial a los 6 meses. Mientras que para las personas que tengan un nivel de obesidad superior se requiere un déficit de energía de 500 a 1000 kcal/día produciendo una pérdida de peso de 0.5 a 1 kg/semana, con una pérdida de peso de 10% a los 6 meses (Klein, 2002; Rubio et al., 2005). El reducir la ingesta calórica diaria ha demostrado ser una estrategia eficaz para la pérdida de peso, sin embargo, los regímenes alimentarios restrictivos son difíciles de mantener y se vinculan con la reganancia de peso (Sánchez et al., 2021), se considera efecto rebote cuando se recupera el peso inicial posteriormente a la intervención (Aguilar, 2015). El control del peso a largo plazo es bastante desafiante debido a las interacciones entre la biología, el comportamiento y el entorno obesogénico (Hall et al., 2018) por lo que para conseguir su éxito a largo plazo es conveniente que la intervención nutricional se acompañe de otras medidas, como la modificación conductual en la actividad física y hábitos alimentarios, generando que el tratamiento sea más eficaz para la pérdida de peso y su mantenimiento a largo plazo (Rubio et al., 2005)

Para garantizar una buena alimentación se debe tener balance, variedad y moderación cubriendo adecuadamente las necesidades básicas y funcionales en el organismo (Bajaña et al., 2017). Los peligros de una dieta no adecuada pueden incluir la pérdida de masa magra, desnutrición, deficiencia de fibra o micronutrientes, empeorar el riesgo cardiovascular, favorecer la recuperación ponderal rápida (efecto rebote), generar un TCA o transmitir conceptos erróneos nutricionales y fomentar el sentimiento de frustración (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014).

Intervención mediante ejercicio físico.

El ejercicio físico es un elemento fundamental en toda estrategia destinada a la pérdida de peso (Gómez et al., 2014), por lo que realizarlo de manera regular es fundamental para mejorar el estado neuroinmunometabólico de las personas con exceso de peso. Según la OMS (2022) los adultos entre 18 y 64 años deben realizar al menos de 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o, como mínimo 75 minutos de actividad

física aeróbica de alta intensidad a lo largo de la semana. También se recomienda hacer actividad física de fortalecimiento muscular mínimo dos días a la semana, de una intensidad moderada que involucre a los grupos musculares principales.

Es esencial mencionarles a los pacientes la importancia de reducir el sedentarismo, fomentando la realización de ejercicio en el contexto de actividades cotidianas que generen un gasto energético ya sea subir escaleras en lugar de usar el elevador, bajarse una parada antes de la original, etc. A medida que el paciente vaya mejorando su forma física hay que persuadirlo de realizar ejercicio de mayor intensidad (Gómez et al, 2014). El ejercicio produce beneficios físicos, psicológicos y sociales; en la parte física se incrementa el gasto energético total de un individuo mejorando el funcionamiento del sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y osteomuscular, incrementa la flexibilidad y disminuyen de niveles de colesterol y triglicéridos, se mejora la sensibilidad a la insulina y se reduce el riesgo de desarrollar enfermedades como la hipertensión, hipercolesterolemia o la diabetes (Barbosa et al., 2018; Gómez et al., 2014). A nivel psicológico se liberan neurotransmisores que producen un incremento en la sensación de bienestar y relajación permitiendo la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión; mejora del autoconcepto y la autoestima; disminuye el riesgo percibido de enfermar y previene el insomnio (Akandere et al., 2005; Arruza et al., 2004; Conde et al., 2022; Gómez et al., 2014; Jiménez, et al., 2008).

Por lo tanto, el fomento de la actividad física debe ser utilizado en la prevención de la obesidad a cualquier edad. La actividad física retrasa o previene la ganancia de peso que normalmente se produce con los años ya que ayuda a obtener un mayor gasto energético. La mejor opción en la pérdida de peso en sujetos con sobrepeso y obesidad es mediante la combinación de una alimentación adecuada con una práctica regular y estructurada de actividad física (Gómez et al., 2014; Maffiuletti et al., 2005).

Hay estudios que identifican varias consecuencias negativas del exceso de peso como alteraciones en la marcha, disminución del equilibrio, mayor riesgo de caídas y disminución funcional, lo que debilita consecuentemente la capacidad para llegar a los objetivos físicos propuestos. Por ello, la valoración inicial es fundamental para comenzar cualquier

tratamiento de pérdida de peso, ya que nos permite conocer y evaluar las capacidades físicas de cada persona de manera individual y poder prescribir y desarrollar un correcto plan de entrenamiento en personas con sobrepeso y obesidad (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014).

Tratamiento farmacológico de la obesidad.

En ocasiones, a pesar del acompañamiento de un equipo interdisciplinario el paciente falla en alcanzar las metas de reducción del peso corporal debido a dificultades para mantener la intervención del estilo de vida, en otros casos los pacientes realizan una adecuada intervención del estilo de vida sin embargo no logran disminuir su peso o bien en personas incapaces de realizar estas modificaciones conductuales por dificultades relacionadas con las enfermedades crónicas. En estos casos, se puede recomendar la farmacoterapia como una herramienta complementaria, nunca se recomienda que se realice como único tratamiento y siempre tiene que estar bajo supervisión médica. Su prescripción se recomienda a partir de un IMC superior a 30 kg/m² donde los cambios conductuales, el ejercicio físico y la dieta han fallado, también se pueden recetar para las personas que tienen un IMC superior a 27 kg/m² y que presentan al menos un factor de morbilidad asociado como la diabetes, la hipertensión, el hígado graso o la dislipidemia. Es importante enfatizarle al paciente que los medicamentos no reemplazan la actividad física ni los hábitos alimenticios saludables como una forma de adelgazar, por lo que durante este proceso los pacientes deben estar motivados para perder peso y se debe remarcar la importancia de la participación del paciente en el control de su enfermedad, ya que el fármaco solo brinda una ayuda para incrementar la adherencia a la dieta hipocalórica y en los cambios del estilo de vida (Ayala, 2022; Bellido et al, 2023; Callau de la Parte et al., 2022; Lecube et al., 2017).

Los fármacos actualmente disponibles y los tratamientos en investigación ejercen sus efectos antiobesidad a través de uno o más de los siguientes mecanismos: disminución del apetito y la ingesta calórica, aumento del gasto energético y disminución de la absorción de grasas. Los fármacos que se prescriben no curan la obesidad, más bien, ejercen efectos terapéuticos a corto y mediano plazo que ayudan a la reducción de peso. Sin embargo, los efectos a largo plazo dependerán de los cambios permanentes que el paciente introduzca en

su estilo de vida como la actividad física y alimentación (Ayala, 2022; Bellido et al., 2023).
A continuación, se describen los fármacos usados para la obesidad (ver tabla 7).

Tabla 7.

Fármacos utilizados para la obesidad

	<i>Medicamento</i>	<i>Principio activo</i>	<i>Efectos secundarios</i>
Fármacos aprobados para el tratamiento de la obesidad	Orlistat	Es un medicamento inhibidor de la lipasa que actúa en el intestino impidiendo que parte de la grasa de los alimentos ingeridos sean absorbidos. La grasa suele excretarse a través de las heces fecales. La pérdida de peso con este medicamento oscila entre el 5 y 10%, esta reducción de peso es gracias a que los pacientes disminuyen el consumo de grasas en su dieta debido a la incomodidad que puede causar como efectos secundarios el consumir altas cantidades de grasa en conjunto con este medicamento	Los más comunes son las secreciones rectales oleosas (esteatorrea), gases, sensación constante de ganas de defecar, diarrea, incontinencia fecal, distensión y dolores abdominales que disminuyen conforme se reduce la ingesta de grasas, fatiga, ansiedad, cefaleas e hipoglucemia. En muy raros casos se observa hemorragia rectal, ampollas, colelitiasis y hepatitis (Guisado et al., 2014).
	Lorcaserina	Es un medicamento agonista selectivo del receptor 2c de la 5 hidroxitriptamina (5HT2C). Su mecanismo exacto de acción se desconoce, pero parecer ser que reduce la ingesta de alimentos y promueve la saciedad al activar selectivamente los receptores 5HT2C localizados en las	Este fármaco destaca por su tolerabilidad y su baja tasa de efectos adversos, entre los efectos secundarios que pueden llegar a presentarse son las cefaleas, infección de vías respiratorias, nasofaringitis, mareos y náuseas (Yamamoto et al., 2022).

neuronas de proopiomelanocortina anorexigénicas en el hipotálamo.

Fármacos

aprobados para tratamiento de la obesidad, pero actualmente con no cuentan con licencia

Sibutramina

Es un medicamento inhibidor de la recaptura de noradrenalina, serotonina y dopamina. Su mecanismo de acción es en los neurotransmisores tipo monoamina como NA, 5-HT y, en menor medida, dopamina (DA), que están implicados en la regulación de la ingesta de alimentos y del gasto energético

Los efectos secundarios más frecuentes fueron sequedad de boca, pérdida de apetito, estreñimiento, insomnio, mareo y náuseas (Carretero, 2002). Sin embargo, desde el 2010, agencias como Cofepris, FDA y la Agencia Europea de Medicamentos, prohibieron el uso de la sibutramina en productos para bajar de peso, ya que eleva de manera significativa la presión arterial, incrementa el riesgo en pacientes con antecedentes de cardiopatías, insuficiencia cardíaca, arritmias o derrames cerebrales. También pueden interactuar de manera negativa con otros medicamentos, poniendo en peligro la vida de quien la consume (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [COFREPRIS], 2022)

Rimonabant

Es un medicamento antagonista de los receptores cannabinoides de tipo 1, se encuentran ampliamente distribuidos en el organismo (sistema nervioso

Sus efectos secundarios más comunes son náuseas, diarrea, trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Guisado et al., 2014).

central, tejido adiposo, músculo, Este fármaco fue retirado del hígado, intestino, corazón, vejiga y mercado en 2008 tras asociarse a sistema simpático). En la obesidad el un mayor incremento de cuadros sistema cannabinoide esta depresivos e ideas de suicidio sobreexpresado y el bloqueo de estos (Castillo, 2009). receptores a nivel hipotalámico y del núcleo accumbens produce una disminución del apetito y de la ingestión de alimentos.

<p>Fármacos no aprobados para el tratamiento de la obesidad</p>	<p>Bupropión</p>	<p>Es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina con un mínimo efecto sobre la recaptación de serotonina (Carretero, 2001), modula la acción de la noradrenalina que está implicada en el inicio y mantenimiento de una conducta adictiva, así como en los síntomas de abstinencia de las sustancias problemáticas, y modula la dopamina que está relacionada con el deseo de consumo (Guisado et al., 2014).</p>	<p>Los efectos adversos que pueden llegar a existir por su consumo incluyen taquicardia, hipertensión, insomnio, agitación, temblores y algunos síntomas gastrointestinales. A dosis muy altas causa disturbios perceptuales, alucinaciones, sueños vívidos, problemas de concentración, paranoia, confusión e incluso crisis convulsivas, cuando se prescribe por tiempos largos también causa nódulos hiperplásicos hepáticos e incluso hipertrofia hepática. Es un medicamento aprobado para la depresión en adultos, el trastorno afectivo estacional y para dejar de fumar, sin embargo, su efectividad para la reducción de peso es muy bajo y no alcanza a cumplir los criterios regulatorios que exigen</p>
---	------------------	---	---

para ser aprobado (Verónica, 2012).

Topiramato y zonisamida	Son medicamentos anticonvulsivos con un mecanismo de acción multifuncional, incrementa la dopamina, noradrenalina y serotonina, aumenta la actividad de la lipoproteína lipasa (aumenta metabolismo tejido adiposo blanco y pardo) e inhibe la anhidrasa carbónica, esta enzima está involucrada en la lipogénesis (Verónica, 2012). Debido a su fuerte capacidad inhibidora de la anhidrasa carbónica estos fármacos, particularmente el topiramato, parece tener un amplio espectro de acción en el manejo de los atracones, conducta purgativa, pérdida de peso y bulimia nerviosa (Guisado et al., 2014)	Como efectos adversos se pueden presentar parestesias, somnolencia e insomnio, dificultad en la concentración y memoria, depresión, riesgo de acidosis metabólica, diarrea, urolitiasis, fatiga y posiblemente pueda ser un teratógeno (Verónica, 2012).
-------------------------	--	--

Cirugía bariátrica.

Su objetivo es prevenir o resolver las patologías asociadas a la obesidad mediante la pérdida de peso y su mantenimiento a lo largo del tiempo. No es una cirugía estética, es una cirugía compleja y de alto riesgo que realiza modificaciones en la anatomía del aparato digestivo, por lo que debe realizarse en centros especializados por un equipo multidisciplinario que cuente con las instalaciones adecuadas. Los participantes candidatos para la cirugía bariátrica deben cumplir los siguientes criterios: tener entre 18 a 60 años, si pasa esa edad deberá realizarse una valoración individual; un IMC > 40 kg/m o un IMC >35 con comorbilidades mayores; mínimo tener 5 años de obesidad mórbida; fracaso documentado del tratamiento no quirúrgico; descartar obesidad por endocrinopatías;

estabilidad psicológica; compromiso con adherencia al seguimiento tras la intervención; consentimiento informado tras recibir toda la información oral y escrita; y ausencia de contraindicación anestésica o patología asociada grave (Bellido et al., 2023; Frigolet et al., 2020; Gómez et al., 2014; Lecube et al., 2017). Existen diversas técnicas para realizar esta cirugía, a mayor complejidad de la técnica, menor es la reversibilidad. Estas son algunas de las cirugías que más se realizan (Baile et al., 2013; Frigolet et al., 2020):

- *Banda gástrica:* consiste en colocar una banda inflable en la parte superior del estómago, provocando que disminuya la entrada de la comida y produzca saciedad precoz, esta banda puede ser reajutable y el procedimiento es reversible. No existen cambios físicos en el estómago ni en los intestinos. La cirugía es considerada de bajo riesgo y la estancia en el hospital es corta. Algunas de las desventajas son la menor pérdida de peso en comparación con la manga gástrica o el bypass gástrico, la necesidad de acudir al médico a que les reajusten la banda, y una posible segunda cirugía para cambiar la banda o quitarla.
- *La manga gástrica:* consiste en remover el 80% del estómago, dejando intactos el píloro y los intestinos. Las ventajas de la manga gástrica son que conlleva una pérdida de peso mayor a la banda gástrica y la estancia en el hospital es corta. En contraste, algunas desventajas de esta cirugía son que no es reversible, puede provocar reflujo ácido, un mayor riesgo de problemas relacionados con la cirugía comparado con la banda gástrica, entre otras.
- *La cirugía de la derivación gastroyeyunal en Y de Roux o bypass gástrico:* consiste en unir la parte superior del estómago con el yeyuno. De esta forma, se evita el duodeno, por lo que la comida cambiará su ruta, ya que entrará por la boca, seguirá por el esófago pasando por la pequeña bolsa del estómago y después se irá hacia el yeyuno, que ha sido unido, sin pasar por el duodeno. Las ventajas de esta técnica es que es reversible y la pérdida de peso tiende a ser superior en comparación con otras técnicas quirúrgicas por lo que los padecimientos relacionados con la obesidad pueden mejorar con mayor rapidez. Entre las desventajas que se encuentran serían que la cirugía requiere más experiencia y habilidad médica, al ser una técnica malabsortiva y restrictiva se deben tomar suplementos vitamínicos de por vida y

seguir una dieta baja en azúcares y carbohidratos, de lo contrario podría ocasionar al paciente síndrome de dumping.

Los efectos a corto y mediano plazo de la cirugía bariátrica son eficaces por la reducción del exceso de peso y la mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, por ejemplo, mejora el control glicémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la mayoría de los casos, incluso puede existir una remisión total de la DM2 (Buchwald et al., 2009). Otras comorbilidades metabólicas como dislipidemia e hipertensión arterial también mejoran o se remiten, pero con una frecuencia menor en comparación con la DM2. Las técnicas quirúrgicas que incluyen un componente de malabsorción producen mayor porcentaje de remisión y mejoría de comorbilidades, que las técnicas exclusivamente restrictivas como la banda gástrica (Karin, 2012).

El riesgo de mortalidad de la cirugía bariátrica es menor al 1% mientras que sus complicaciones, aunque tienden a ser bajas, dependerán de la técnica quirúrgica y el momento de la evolución postoperatoria. Las complicaciones precoces que se han reportado incluyen hemorragia, fuga anastomótica, infección y, menos común, la embolia pulmonar. Las complicaciones tardías más reportadas son úlcera, estenosis anastomótica, hernia incisional y obstrucción intestinal, del 4 al 24% de los pacientes con banda gástrica han reportado complicaciones como la penetración de la banda al estómago e infección y dislocación del puerto subcutáneo (Karin, 2012). Sin embargo, las complicaciones más frecuentes son de tipo nutricional debido a las alteraciones en los procesos de digestión, que están relacionados con la nueva anatomía del aparato digestivo y de la absorción de nutrientes, vitaminas, hierro y calcio. Estos déficits nutricionales se observan en mayor medida con las técnicas malabsortivas o mixtas (bypass gástrico) en comparación con las técnicas restrictivas (banda y manga gástricas) (Frigolet et al., 2020).

La deficiencia nutricional ocasionada por la cirugía bariátrica puede generar diversas patologías, por lo que el papel de los médicos en el seguimiento es esencial, quienes brindarán una evaluación detallada y pueden ayudar a prevenir mediante vigilancia estas posibles enfermedades o bien atender las posibles complicaciones postquirúrgicas, de esta manera se

evitaran las repercusiones en la salud de las personas. A largo plazo, los resultados exitosos dependerán de la capacidad del paciente para controlar su obesidad manteniendo hábitos de vida saludable y el seguimiento ambulatorio adecuado para detectar, tanto las complicaciones quirúrgicas tardías como los déficits carenciales asociados a la cirugía bariátrica. Los resultados positivos o negativos condicionarán la expectativa y calidad de vida del paciente operado (Burguera et al., 2012).

Tratamiento psicológico de la obesidad.

El tratamiento psicológico es un apoyo complementario que identifica cuáles son los mecanismos por los que una persona come de una manera inadecuada; qué factores del estilo de vida contribuyen a la obesidad; qué factores pueden estar implicados en que la persona utilice la comida como un modo de compensar el estrés, o qué factores de tipo emocional pueden estar implicados en comer de manera inadecuada (Tamayo et al., 2014). Por lo que el apoyo psicológico es esencial para el éxito de un programa de reducción de peso, ayuda a que las personas desarrollen un estilo de vida más saludable en sus relaciones afectivas, laborales y de autocuidado con dieta balanceada, actividades de ejercicio cotidiano y el manejo adaptativo del estrés. Es importante que los mismos pacientes se involucren en su tratamiento y se promueva la motivación para que logren pérdidas de peso sostenibles y exitosas (Castelnuovo et al. 2017). El contacto cercano con el terapeuta y la participación de la familia son técnicas útiles para reforzar los cambios en la conducta del paciente y evitar el aislamiento social (Morales, 2018).

Generalmente para el tratamiento de la obesidad se usa la combinación de la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), estas intervenciones han mostrado resultados eficaces (Baile et al., 2013; Baños et al. 2019; Baum et al., 1991; Bellido et al, 2023; Lafuente, 2011; Miri et al. 2019; Vera, 1998; Wadded et al., 2004). Con este tipo de terapia se pretende cambiar el estilo de vida tomando en cuenta la conducta alimentaria, la modificación de la vida sedentaria, incrementando el ejercicio físico, la modificación de los factores de vida emocional que repercuten en la obesidad y la adherencia a los tratamientos nutricionales y médicos (Baile et al., 2019; Baile et al., 2020; Castelnuovo, 2017; Comşa et

al., 2020; Guzmán et al., 2022; Kurnik et al., 2023; Miri et al., 2019; Morales, 2018; Vergara et al., 2019; Wadden et al., 2004).

La literatura menciona que se obtienen mejores resultados en la combinación de programas de dieta y ejercicio, por ello los tratamientos psicológicos independientemente de la orientación teórica, deben incluirse en un programa multidisciplinario (Baile et al., 2013; Baile et al., 2020; Bersh, 2006; Gómez et al., 2014; Lafuente, 2011; Morales, 2018).

Intervención cognitivo conductual para sobrepeso y obesidad.

Este tipo de intervención no tiene un protocolo específico que deba aplicarse por igual a todos los pacientes, más bien es un enfoque flexible y adaptable para cada caso. Sin embargo, quienes lo emplean suelen seguir en el proceso terapéutico que seguirían ante cualquier otro trastorno clínico o de la salud; las siguientes etapas son: evaluación/diagnóstico, análisis funcional, establecimiento de objetivos, aplicación de las técnicas de tratamiento, prevención de recaídas y seguimiento (Baile et al., 2020).

Teufel et al. (2011) menciona la importancia que tienen las intervenciones psicoterapéuticas en los programas dirigidos hacia la reducción de peso, por lo general estas intervenciones se enfocan en modificar el estilo de vida centrándose en la conducta alimentaria, cambiar el sedentarismo por el ejercicio físico y el cambio de los factores emocionales. El sedentarismo y la alimentación se abordan mediante técnicas conductuales y los factores emocionales con técnicas cognitivo-conductuales, estas han demostrado mejores resultados en la investigación científica (Baile et al., 2013; Baños et al. 2019; Baum et al., 1991; Bellido et al, 2023; Lafuente, 2011; Miri et al. 2019; Vera, 1998; Wadded et al., 2004).

El éxito en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no solo consiste en una pérdida importante de peso, sino en el mantenimiento de los resultados a lo largo del tiempo. En cuanto a este último aspecto, sólo el 20-30% de los pacientes con sobrepeso y obesidad logran mantener el peso perdido (Bolaños, 2016). Para lograr el éxito y mantenimiento de los

resultados de la intervención, es importante tener en cuenta la autoeficacia, la motivación y el apoyo recibido durante el tratamiento.

Las creencias de autoeficacia son aspectos importantes en la pérdida y el mantenimiento del peso, y son uno de los predictores más fuertes de un estilo de vida que promueve la salud (Teixeira et al., 2010). Del mismo modo, la motivación es una pieza fundamental en el tratamiento (Furia et al., 2009), la ausencia de motivación puede producir fracaso y ejercer un impacto negativo en futuras aproximaciones terapéuticas. Por tanto, en ausencia de motivación, (p. ej. depresión, un evento vital importante) es mejor posponer el intento terapéutico.

Es fundamental plantear unos objetivos terapéuticos realistas, tanto con relación al peso final deseado como al ritmo de progresión hacia ese objetivo. El objetivo del tratamiento dependerá del tipo de paciente, el grado de obesidad inicial y los factores de riesgo asociados. Se recomienda, asimismo, cautela al fijar objetivos para evitar que puedan ser inalcanzables; se debe resaltar que una reducción modesta del peso (5-10%) disminuye el riesgo de diabetes en individuos con disposición genética (Ortega, 2021).

En las intervenciones cognitivo conductuales se suelen utilizar técnicas en común para conseguir los objetivos terapéuticos; por ejemplo, Vera (1998) realizó una propuesta de intervención con el objetivo de que los participantes obtuvieran de manera gradual un estilo de vida más saludable utilizando técnicas como la psicoeducación, educación nutricional, discriminación entre hambre y apetito, autorregistros de alimentación y actividad física, análisis funcional de la conducta (ABC, por sus siglas en inglés) para construir y romper cadenas conductuales, control estimular para fomentar la actividad física constante y brindando técnicas para una alimentación más saludable.

Durante gran parte de la intervención se trabajaron las distorsiones cognitivas que pudieran dificultar el tratamiento. A lo largo de toda la intervención se fomenta la motivación entre los participantes, y para finalizar la intervención se enseñaron estrategias de solución de problemas y habilidades para hacer frente a las caídas evitando recaídas. De manera similar, Baum et al. (1991) realizaron una intervención multidisciplinaria basada en

el programa LEAR, el cual toma en cuenta 5 componentes: estilo de vida, ejercicio, actitud, relaciones y nutrición con cambios significativos en la reducción de presión arterial, reducción de peso y disminución de sintomatología depresiva. Las intervenciones deben ir seguidas de programas de mantenimiento de peso.

Mientras que Wadded et al. (2004) mostró evidencia de los beneficios que existen en la modificación del estilo de vida para la reducción del peso, aumentando el ejercicio físico a 150 minutos a la semana, realizándose de 5 a 6 veces a la semana, redujo el riesgo de desarrollar diabetes, siendo una intervención más efectiva que la metformina, en esta propuesta toma en cuenta 3 componentes esenciales: dieta, ejercicio y terapia conductual.

Por otro lado, Baños et al. (2019) encontraron eficiente una intervención cognitivo conductual que promovió cambios en las variables antropométricas; se disminuyó el IMC e índice de grasa corporal y se incrementó el índice de porcentaje muscular, esta intervención tuvo elementos en donde se trabajaron hábitos alimentarios saludables, actividad física, componentes conductuales como autogestión, resolución de problemas, autorregistros de ingesta, regulación emocional, entre otras. Y Miri et al. (2019) demostró que su programa cognitivo conductual resultaría efectivo para mejorar los comportamientos nutricionales, la actividad física y la calidad de vida teniendo como consecuencia disminuciones en las medidas antropométricas de los participantes, esto se consiguió mediante el establecimiento de objetivos al inicio del programa, se brindaron estrategias conductuales para cambiar hábitos alimentarios y conductas de autocuidado. Asimismo, se abordaron las distorsiones cognitivas que pudieran interferir en la modificación conductual y se brindaron estrategias de regulación emocional.

Wadden et al. (2002) mencionan que una intervención con el objetivo de pérdida de peso tendrá mayor eficacia si se realizan sesiones semanales, la duración es de aproximadamente 16 a 26 semanas, el tratamiento deberá ser flexible y adaptar las técnicas a casos concretos, así como es preferible un tratamiento grupal frente a uno individual. La evidencia respalda la terapia de grupo por sus posibilidades de identificación y comunicación entre pacientes (Bellido et al, 2023) los grupos conviene que sean cerrados, sin

incorporaciones de nuevos pacientes durante el curso del tratamiento. La interacción entre los pacientes asistentes de grupo puede ayudar a potenciar la motivación, y por lo tanto incrementar la eficacia del tratamiento, especialmente cuando se estimula la comunicación grupal.

Cresci et al., (2007) realizaron una comparación de un programa cognitivo conductual individual y grupal, ambos grupos fueron igual de efectivos en la pérdida de peso a largo plazo, sin embargo, el programa grupal fue ligeramente más efectivo a corto plazo. Los programas cognitivos conductuales tienen mayor eficacia en la pérdida de peso (Cresci et al., 2007). La terapia grupal es una herramienta eficaz en el tratamiento de la obesidad, permite que el paciente se sienta contenido, debido a que comparte con el grupo vivencias y experiencias personales con respecto a lo que sucedió en la semana, logros y dificultades, se realiza educación alimentaria, se trabaja la imagen corporal, se conversa sobre los disparadores emocionales que influyen en los hábitos alimentarios, se educa en el cambio de hábitos y estilo de vida y se incentiva la actividad física, esta tipo de terapia ayuda a que los pacientes mantengan la constancia y fortalezcan su motivación (Vilallonga et al., 2008).

Técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Debido a la complejidad entre variables que contribuyen al sobrepeso y la obesidad, las intervenciones deberían abarcar una mayor cantidad de variables (Baile et al., 2013; Baile et al., 2020; Brennan et al., 2018; Cortijo et al., 2014; Vandebroek, 2007) donde se incluyan elementos de aprendizaje, información dietética, reestructuración cognitiva y apoyo social entre compañeros, asimismo es importante conceptualizar el ejercicio físico como un hábito cotidiano que cambie el estilo de vida sedentario (Vera, 1998). También las variables psicosociales y psicopatológicas son elementos importantes por considerar debido a las correlaciones relevantes entre la obesidad y factores psicológicos como la autoestima, la calidad de vida, los eventos vitales estresantes, los trastornos alimentarios, los problemas del estado de ánimo y la ansiedad. Las psicoterapias para la obesidad generalmente podrían ayudar a los pacientes a lograr resultados de pérdida de peso reduciendo los comportamientos disfuncionales, centrándose en los procesos cognitivos, modificando los objetivos de peso poco realistas, las percepciones negativas de la imagen corporal y mejorar las habilidades

psicológicas, como la capacidad del cliente para autocontrolarse, el control de estímulos mediante la restricción de cantidades de alimentos y estrategias de modificación del comportamiento, como masticar despacio, tomarse el tiempo para disfrutar de la comida y aumentar la conciencia del placer asociado con el gusto y la comida. Además, las psicoterapias trabajan para ayudar a los pacientes a mantener las metas inicialmente alcanzadas, prevenir posibles recaídas y manejar situaciones críticas con estrategias de afrontamiento (Castelnuovo et al., 2009).

A continuación, se describirán algunas de las técnicas más utilizadas que ayudan a los individuos a desarrollar habilidades y destrezas que le permitirán alcanzar un estilo de vida más saludable:

Control de estímulos

Es una técnica que consiste en diseñar un entorno lo más libre posible de estímulos disparadores de la conducta inadaptada, dado que muchas conductas se desencadenan de manera casi inmediata ante estímulos concretos que estén bien identificados, una manera de controlar la probabilidad de aparición de las conductas problemáticas consiste en detectar estos estímulos y retirarlos. Facilita el control de algunas conductas que cuesta trabajo frenarlas, en esta técnica se requiere planificación y un análisis detallado de las circunstancias (Barraca, 2014). Su objetivo es disminuir o eliminar conductas previas y crear conductas alternativas. Esta es una técnica de las más importantes. Se indica a los pacientes que no deben realizar otras actividades durante las comidas, las comidas deben realizarse en el mismo sitio, utilizar platos pequeños, masticar un número determinado de veces, controlar la velocidad, después de cada bocado dejar los cubiertos en la mesa, entre otras (Bellido et al., 2023; García et al., 2011).

Fases de entrenamiento (Bellido et al., 2023):

1. Autoobservación: hay que detectar la conducta para poder modificarla; se realiza a través de autorregistros. El autorregistro favorece la autoobservación y el autorrefuerzo, por lo que su mero entrenamiento podría mejorar el conocimiento de uno mismo y el autocontrol.

2. Establecimiento de objetivos: el paciente decidirá a qué nivel de control quiere alcanzar sobre la conducta problema. Si solo desea picar entre horas o su busca realizar una dieta estricta.
3. Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: tras la autoobservación y definición de objetivos, se decide que técnicas concretas se entrenaran.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real: se pone en práctica en la vida real lo aprendido siguiendo un orden determinado.
5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta: en las sesiones se revisarán con el terapeuta las aplicaciones haciendo hincapié en las dificultades y buscando soluciones para ellas.

Autoobservación y registro

Las personas no pueden llevar a cabo estrategias para controlar y cambiar sus conductas sin antes estar plenamente conscientes de ellas. A través de este proceso se recogen datos de forma sistemática sobre las formas habituales de comportarse, para este proceso es de gran utilidad alguna modalidad de registro de conducta (autorregistro). Esta técnica recoge información para plantear criterios de actuación realistas y para evaluar los posibles cambios o ajustes en la actuación, además pueden ser un eficaz motivador para el cambio de conducta (Labrador, 2008). Se solicita al paciente que realice registros de los comportamientos que desea controlar, ya sean registros diarios de todas sus ingestas, cantidad, tipo de alimento, tiempo empleado y circunstancia en las que ocurre la alimentación, así como también de actividad física. De esta manera, deben estar atentos a lo mucho que pueden llegar a ingerir, a la velocidad que lo realizan y a las situaciones extremas o emocionales relacionadas con las ingestas (Bellido et al., 2023)

Refuerzo positivo y negativo para control de consecuencias

Inicialmente el terapeuta controlará las consecuencias utilizando el refuerzo positivo o negativo. Para el refuerzo positivo, se puede diseñar un programa en donde llegar a las metas u objetivos se establecen incentivos que no estén relacionados con la comida, estos refuerzos deben de ser personalizados para el paciente, y pueden ser desde comprarse una

prenda, realizar una visita a un lugar esperado hasta los refuerzos sociales como recibir cumplidos, reconocimiento del grupo y de su medio social, estos últimos son los refuerzos más eficaces (García et al., 2011). Se ha demostrado que es más seguro reforzar la modificación de las conductas que la pérdida de peso en sí misma. Si únicamente se centran en la pérdida de peso, los pacientes pueden llegar a recurrir a métodos poco saludables como el uso de laxantes, diuréticos, etc. Mientras que el refuerzo negativo se utiliza con menos frecuencia, por ejemplo, se podría condimentar con algún sabor desagradable los alimentos que se ingieren en los picoteos (Bellido et al., 2023).

Psicoeducación

Es una de las estrategias más útiles para promover la motivación y desarrollar adherencia terapéutica (Baile et al., 2013), construye los deseos de cambio y mantenimiento (Gómez et al., 2014). La psicoeducación es una herramienta terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología, reforzando su tratamiento y mejorando su situación vital a través del refuerzo de sus propias fortalezas, recursos y habilidades (Bellido et al., 2023; Godoy et al., 2020). Asimismo, mejora la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad incrementando el estado de salud y calidad de vida en las personas que la padecen. Un programa de psicoeducación en sobrepeso y obesidad deberá abordar información acerca de múltiples conceptos implicados en los procesos subyacentes en la obesidad: peso, IMC, nociones básicas de metabolismo, ejercicio físico, sedentarismo, imagen corporal, autoestima, emociones y su manejo. Estos programas han demostrado lograr cambios significativos en el peso, Índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, ayudando a incrementar la duración y cantidad de actividades físicas (Godoy et al., 2020).

Entrevista motivacional

Esta técnica tiene como objetivo reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. Cada persona a nivel individual tiene sus recursos, fortalezas y motivaciones, por lo que son ellos quienes se hacen cargo de que suceda, no el terapeuta, el solo es una herramienta favorecedora del proceso de cambio. Utiliza una serie de habilidades

comunicativas según el estadio del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (Baile et al., 2013). Esta técnica genera reflexión y elabora respuestas con metas y planes para conseguirlo, el terapeuta deberá ser respetuoso en la toma de decisiones del paciente para llevar a cabo su cambio y reconociendo en él sus habilidades, esfuerzos y logros. La entrevista motivacional ha demostrado la eficacia en el tratamiento de la obesidad, además de en muchas otras enfermedades orgánicas, incrementa la adherencia al tratamiento, mejorando la efectividad de las intervenciones nutricionales y de los hábitos de ejercicio (Bellido et al., 2023).

Entrenamiento en relajación

La tensión es un detonante importante en el desarrollo del malestar emocional, por lo que la relajación se considera un recurso importante como medida de control ante las tensiones cotidianas ayudando a mejorar la calidad de vida. Estos procedimientos modifican directamente los aspectos fisiológicos y también pueden ayudar a controlar aspectos cognitivos que pueden provocar la aparición de la activación. Las técnicas más utilizadas son la relajación, entrenamiento autógeno, control de la respiración, técnicas de biofeedback, yoga, meditación y relajación guiada. Los efectos que tienen en el sistema nervioso autónomo son la disminución de la frecuencia respiratoria y cardíaca, mejora la oxigenación en el cuerpo, mejora la regularidad del ciclo respiratorio, disminuye la presión arterial, incrementa el riego sanguíneo periférico y reduce la actividad de las glándulas ecrinas (Labrador, 2008).

Reestructuración cognitiva

La terapia cognitiva incluye técnicas que se centran, aunque no exclusivamente, en las cogniciones de los pacientes, su característica principal es la importancia que se le da a los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta problemática y cómo estas influyen en las emociones. La conducta se desencadena por la percepción que un individuo tiene de los sucesos ambientales más que en los propios sucesos mismos. Por lo que se busca cambiar la conducta problemática a partir de la modificación de procesos del pensamiento. Entre estas técnicas se encuentra la reestructuración cognitiva, que consiste en identificar y corregir aquellos pensamientos y creencias disfuncionales, en relación con el exceso de peso. Estos pensamientos actúan como barrera ante el tratamiento.

Se cuestionarán actitudes de autoderrota, pensamiento dicotómico, entre otras distorsiones cognitivas (ver tabla 8). Inicialmente el terapeuta ayuda al paciente a identificar y cuestionar esos pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional o conductual causada por los primeros. Así, los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan en conjunto para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989 como se citó en Bados et al., 2010). Es importante brindar un entrenamiento al paciente en donde pueda obtener conocimiento de sus propios pensamientos y emociones; conocer las relaciones de emociones y situaciones; conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más adaptativas (Bados et al., 2010; Bellido et al., 2023; García et al., 2011; Froján et al., 2011).

Tabla 8.

Distorsiones cognitivas más frecuentes

Distorsión	Descripción	Ejemplo
Pensamiento dicotómico	Tendencia a calificar las experiencias en términos extremistas “blanco o negro”, “todo o nada”	“Para ser bonita tengo que ser delgada” “Desayuné algo que no era parte de mi dieta, ya fue, comienzo bien mañana” “Si no bajo 5 kilos no habrán funcionado mis esfuerzos”
Sobregeneralización	Se generan conclusiones generales a partir de un evento negativo, y se espera de manera recurrente	“No van a funcionar mis intentos para bajar de peso, hace un año me pasó” “No me pongo ese vestido porque me voy a sentir mal con mi cuerpo”
Abstracción selectiva	Forma de pensar en la que el individuo centra su atención en un solo aspecto en concreto de uno mismo o de la realidad que sirven para confirmar ideas no adecuadas.	“Mi vientre es muy grande, no se me va a ver bien la ropa” “No fui al gimnasio hoy, no tengo disciplina”

Distorsión	Descripción	Ejemplo
Interpretación de pensamiento	Es la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos, pensamientos e intenciones de los demás	“Me están viendo mucho, ya se dieron cuenta que subí de peso” “Si pido otro taco van a pensar que no cuidó mi alimentación”
Adivinar el futuro	Hacer continuamente predicciones negativas sobre el futuro y estar convencido de que la predicción es una realidad	“Si me pongo bikini en la playa, me van a juzgar por mi cuerpo” “Si voy al gimnasio la gente se va a reír de mí”
Deberías	Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de estas reglas se considera insoportable y conlleva una alteración emocional significativa	“Deberías ser capaz de mantener una alimentación saludable en todo momento” “Debería ser delgada para poder usar bikini”
Razonamiento emocional	Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente	*Nos probamos un vestido: “Siento que me veo mal, no se me ve bien este vestido” Mis amigas: “Se te ve bonito ese vestido, ese color resalta tu tono de piel”
Etiquetas globales	Consiste en generalizar uno o dos cualidades de un juicio negativo global	“No hice ejercicio hoy, soy una floja” “Tengo sobrepeso/obesidad porque soy una descuidada”

Nota. Información extraída de Cash, 2008; García et al., 2011; Lemos et al., 2007.

D.E.P.A

Esta es una herramienta de solución de problemas que se basa en regular las emociones que se detonan por estímulos estresantes, la finalidad de esta herramienta es impedir la intensificación y mantenimiento de las respuestas negativas inmediatas. Se llama DEPA por las palabras detener, enlentecer, pensar y actuar (Nezu et al., 2013):

- Detener- Se cobra consciencia de estar experimentando una reacción emocional (cuestiones afectivas, cognitivas, físicas y conductuales) que puede intensificarse y por lo tanto generar una respuesta negativa, en este punto también es importante

identificar los desencadenantes de dicha reacción emocional. Las emociones intensas obstaculizan una orientación positiva hacia el problema por lo que entorpece la capacidad de resolver eficazmente los conflictos

- Enlentecer- Se utilizan técnicas de relajación para enlentecer la respuesta emocional, lo importante de este punto, es brindarle al paciente diversas estrategias, puede que algunas resulten eficaces, pero otras no. Las técnicas que se brindan son contar, respiración diafragmática, imaginación guiada, sonrisa fingida, bostezo fingido, meditación mindfulness, ejercicios de relajación muscular progresiva, paseo atento, mascar chicle, hablar con alguien, rezar, entre otros.
- Pensar- Se planifica más detenidamente lo que hay que hacer para reducir las interferencias provocadas por la emoción negativa mediante la superación del pensamiento negativo. Se utiliza la reestructuración cognitiva mediante un modelo ACC del pensamiento.
- Actuar- Se implementa la solución planificada del problema dirigida al enfrentamiento.

Solución planificada del problema

Mejora la capacidad de las personas para enfrentarse a estresores mediante una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida, los problemas son situaciones vitales por lo que es importante contar con herramientas que incrementen la probabilidad de que se resuelva y así aumentar la percepción de autoeficacia (Nezu et al., 2013). La solución de problemas aplicado en el tratamiento de la obesidad consiste en enseñarle al individuo a identificar obstáculos y promover el cambio en su estilo de vida mediante la implementación de múltiples soluciones para superar los obstáculos previamente identificados. Se puede utilizar para involucrar redes de apoyo, para fijar horarios de alimentación, eliminar cierto tipo de alimentos, planear comidas sociales, etc. (Sierra, 2013). Este proceso cuenta con cuatro pasos importantes (Nezu et al., 2013):

1. Definición del problema: Primero se aclara la naturaleza del problema, después se plantea un objetivo realista y se identifican los obstáculos que impiden alcanzarlos

2. Generación de alternativas: Se brinda un abanico de posibles estrategias que puedan superar los obstáculos antes previstos
3. Toma de decisiones: Se realiza un análisis de costos-beneficios de las alternativas brindadas, y posteriormente se realizará un plan de acción destinado a resolver el problema
4. Implementación y verificación de la solución: Se lleva a cabo el plan de acción, se monitoriza y se evalúa las consecuencias. Es decir ¿se solucionó el problema?, en caso de que no sea así, se vuelve a repetir el proceso comenzando por el paso 1.

Prevención de recaída

El problema de las recaídas, y la consiguiente recuperación de peso, es que en la mayoría de los casos sucede (Bolaños, 2016). Por lo que, en el mantenimiento de los logros, es importante establecer sistemas de alimentación controlados varias veces a la semana, crear objetivos realistas y desarrollar programas de mantenimiento con fases largas de seguimiento, este seguimiento puede realizarse a través de internet o por medio de llamadas telefónicas (Baile et al., 2020). En estas sesiones es importante reevaluar y retroalimentar los cambios producidos y mantenidos posteriores a la intervención (Bellido et al., 2023).

Técnicas complementarias

La imagen corporal se forma de manera gradual, comenzando por la niñez, desde pequeños se aprenden socialmente los valores y significados de la apariencia física. Las experiencias de vida llevan a algunas personas a relacionarse con sus cuerpos de manera satisfactoria o displacentera y los factores que influyen en el desarrollo de la imagen corporal son las influencias históricas e influencias actuales (Cash, 2008).

Para trabajar en mejorar la imagen corporal es importante primero identificar las causas históricas que influyeron en la percepción que se tiene de la imagen corporal, entre los factores históricos que contribuyen a su desarrollo se encuentran los factores culturales, experiencias interpersonales, características físicas, rasgos de personalidad y cambios físicos. Estos factores dan forma a nuestras actitudes, percepciones, creencias, pensamientos y sentimientos con respecto a la propia apariencia física. Por ello es importante cuestionar los

mandatos de la propia cultura, los estándares sociales no pueden dañar a menos de que sean aceptados, no es una obligación aceptar ni adoptar estos ideales. Es importante cuando se trabaja con la imagen corporal enfatizar que el valor de una persona no depende del aspecto físico, más bien tiene que ver más con aspectos de personalidad, acciones que se realicen y experiencias que se hayan tenido. Por lo que hay que identificar las cualidades y fortalezas que se tengan de uno mismo, así como las áreas de oportunidad (Cash, 2008).

Los pensamientos y los sentimientos de la propia imagen corporal no son evidencia de ninguna verdad. Por ello, es importante reconocer que las experiencias son meramente acontecimientos internos, tener emociones incómodas o dolorosas no es malo ni peligroso simplemente es un sentimiento y las personas pueden aprender a ser conscientes de ese sentimiento y aceptarlo. La aceptación significa ser consciente del malestar emocional, reconocer que las experiencias son únicamente acontecimientos internos. La aceptación ayuda a desarrollar una nueva mentalidad sobre el propio cuerpo, el cuerpo no es el problema, es lo que se piensa sobre él (Cash, 2008).

Las influencias históricas, como insultos, humillaciones o comentarios por parte de familiares, amigos, parejas o compañeros favorecen que las personas aprendan ciertas creencias o suposiciones básicas sobre el significado de su apariencia personal, estas suposiciones centrales, también llamados esquemas, determinan cómo se interpretará la realidad. Es importante identificar estos esquemas para que se pueda reestructurar por supuestos más realistas y positivos. Las distorsiones de la imagen corporal tienen una gran influencia en la naturaleza de las experiencias afectivas con la imagen corporal, en un estudio realizado por Jakatdar et al. (2006) se encontró que los participantes con mayores distorsiones cognitivas sobre su imagen corporal tenían mayor insatisfacción corporal y emociones desagradables.

Por otro lado, las habilidades asertivas en procedimientos defensivos son importantes en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, porque como se había leído anteriormente, los factores socioculturales, particularmente el ambiente familiar y social tienden a promover una sobreingesta de calorías (Guzmán et al., 2010). Asimismo, las experiencias de la infancia

como burlas, comentarios o humillaciones con respecto a la imagen corporal, en la mayoría de los casos, este tipo de experiencias son generadas por familiares o personas cercanas (Cash, 2008), por lo que sería importante contar con herramientas que puedan frenar este tipo de interacciones destructivas, en caso de que se lleguen a presentar en la actualidad. El entrenamiento en asertividad, particularmente los procedimientos para poner límites, ayudan a rechazar propuestas, defenderse de otro individuo cuando la comunicación está siendo hiriente o en general interrumpir un patrón de interacción destructivo e injusto, reemplazándolo por una comunicación justa y mutuamente respetuosa (Caballo, 2021). Caballo (2021) propone las siguientes técnicas que pueden utilizarse para poner límites se encuentran: disco rayado, separar los temas, preguntas, desarmar la ira, ofrecer disculpas, ignorar selectivamente, técnica del sándwich y repetición.

Capítulo 3. Método

Planteamiento del problema

La obesidad representa uno de los problemas más importantes de salud pública de nuestros tiempos, se considera un desafío sanitario en los países desarrollados y en los de vía de desarrollo, debido a que se considera un factor de riesgo para presentar diversas enfermedades crónicas (Ceballos et al., 2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de 41 millones de muertes a nivel mundial, convirtiéndolas como la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo equivalentes al 71% de los fallecimientos que se producen en el mundo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2022).

En México (Shamah-Levy et al., 2020) el 18% de la población de 5 a 11 años tiene sobrepeso y va incrementando conforme aumenta la edad. En la población de 12 a 19 años entre el 21 y 27% presentan sobrepeso. Mientras que, en el grupo de mujeres de 20 a 29 años, la prevalencia de obesidad es de 26% y aumenta a 46% en el grupo de 30 a 59 años; en los hombres se observa un aumento menos pronunciado al pasar de 24 a 35 por ciento. Las mujeres presentan una prevalencia de obesidad más alta (40%) con respecto a los hombres (26%) (INEGI, 2020).

El aumento en la prevalencia de la obesidad en los últimos años ha ido de la mano también con un incremento en el estigma de la obesidad, una proporción significativa de los costos relacionados con la obesidad podrían deberse al estigma (Schmalz et al., 2016). La literatura menciona que las personas con sobrepeso y obesidad tienen a ser estigmatizadas en la sociedad, se enfrentan a diversas formas de discriminación debido a su peso, pueden llegar a vivir desigualdades en la atención médica, la obtención de empleo y la educación. El estigma de la obesidad puede dañar la salud de las personas y puede ser más dañino si estos estigmas provienen del personal de salud (Puhl et al., 2009). En una investigación multinacional (Puhl et al., 2021) se encontró que dos tercios de los participantes en cada país (Estados Unidos, Canadá, Australia, Francia, Alemania y Reino Unido) había experimentado estigma de peso por parte de los médicos, generando peores experiencias de atención médica en donde los pacientes se sintieron juzgados por su peso, menos escuchados y poco respetados por parte del personal sanitario, reduciendo la calidad de atención que se ofrecía

a los pacientes con obesidad. Los daños a la salud por el estigma de peso incluyen numerosas consecuencias negativas para el bienestar psicológico y la salud física. Experimentar estigma de peso contribuye a una mayor internalización de sesgo de peso, y esto a su vez genera en los pacientes estrés sanitario, que produce resistencia a buscar atención médica, posponiendo o no acudiendo a las citas, perdiendo la confianza en los profesionales, y reduciendo la motivación y el compromiso a la adherencia de los tratamientos (Puhl et al., 2021).

El sobrepeso y la obesidad no causan en sí mismas ningún problema de orden psicológico o psiquiátrico, pero el conocimiento de que se rechaza la estética asociada a dicha condición física sí puede terminar por tener un malestar a nivel psicológico (Baile et al., 2013). Las personas con obesidad con frecuencia sufren de problemas psicológicos entre los que destacan la ansiedad, la depresión, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, los trastornos de la conducta alimentaria y el estrés crónico derivados del estigma de peso (Chu et al., 2019; Contreras et al., 2016; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021; Bautista et al., 2019; Vázquez, 2022) lo que a su vez puede generar como consecuencia aumentar el consumo excesivo de alimentos y empeorar su condición metabólica. Debido a esto, cuando se busca implementar un plan para la reducción de peso, debe ser libre de estigmatización o presión social y estructurarse de forma saludable, realista e individualizado en función del estado de salud de los pacientes, tomando en cuenta comorbilidades y necesidades personales (Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021; Puhl et al., 2008).

Se ha revisado la literatura y se han encontrado diversos estudios e intervenciones en personas con sobrepeso y obesidad (Baum et al., 1991; Brennan et al., 2018; Teufel et al., 2010; Wadded et al., 2004; Vera, 1998) sin embargo, dichas intervenciones se enfocan, mayoritariamente en la modificación conductual y la regulación emocional. En pocas intervenciones se le ha brindado la debida importancia a la percepción de la imagen corporal que se pueden ver deterioradas en este tipo de población, sobre todo por estándares sociales que pueden afectar la autoestima y presionar, especialmente a las mujeres (Esnaola et al. 2010; Jones et al. 2004; Morande, 2014), por conseguir un cuerpo que sea socialmente aceptado.

Considerando el impacto emocional y social que pueden tener las personas con sobrepeso y obesidad, para esta investigación se desarrolló e implementó una propuesta de intervención psicológica cognitivo conductual, libre de estigma de peso, dirigida a mujeres con sobrepeso u obesidad, en la que se utilizaron estrategias de modificación conductual y de regulación emocional para ayudar a disminuir sus índices de grasa corporal de una manera saludable. Además, se trabajó con estrategias para que las participantes mejorarán su imagen corporal si esta era negativa o la reforzaran si era positiva, fomentando así una relación sana con sus cuerpos y con la comida. Esta intervención inicialmente se buscó llevarla a cabo de manera multidisciplinaria, sin embargo, no se logró realizarla de esta forma, por lo que la intervención se realizó únicamente con una evaluación médica inicial y apoyo psicológico semanal.

En esta tesis se usará el concepto de medidas antropométricas para hacer referencia a las siguientes variables: peso, Índice de Masa Corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, porcentaje de músculo, grasa visceral y Circunferencia de la Cintura (CC).

Objetivo general

Evaluar la eficacia de una propuesta de intervención cognitivo conductual para mujeres adultas con sobrepeso u obesidad, sobre sus medidas antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa corporal, porcentaje de músculo, grasa visceral y circunferencia de la cintura), niveles de depresión, ansiedad, habilidades para la vida e insatisfacción corporal.

Objetivo específico

1. Promocionar las conductas saludables y su adherencia a las mismas.
2. Entrenar en estrategias cognitivo conductuales para una regulación emocional efectiva.
3. Incrementar los niveles de autoconcepto positivo y autoestima para el fortalecimiento de una imagen corporal positiva.

Diseño y alcance de la investigación

Se empleó un diseño de estudio de caso con preevaluación (línea base de 3 mediciones), postevaluación y un seguimiento después de seis semanas. El alcance de la investigación es descriptivo (Hernández et al., 2014).

Hipótesis

Hi: Las participantes disminuirán sus medidas antropométricas, insatisfacción corporal, sintomatología depresiva, ansiosa e incrementarán sus habilidades para la vida.

Ho: Las participantes no tendrán cambios en sus medidas antropométricas, insatisfacción corporal, sintomatología depresiva, ansiosa y habilidades para la vida.

Ha: Las participantes aumentarán sus medidas antropométricas, insatisfacción corporal, sintomatología depresiva, ansiosa y disminuirán sus habilidades para la vida.

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Las participantes debían ser mujeres con sobrepeso (grado I y II) u obesidad (grado I y II).
- Tener entre 18 a 45 años de edad.
- Ser autorizadas mediante un certificado médico para el ingreso a un programa de reducción de peso.
- Ser residentes de la CDMX.
- Tener deseos de disminuir su índice de grasa corporal.

Criterios de exclusión

- Estar embarazada.
- No contar con el certificado médico para el ingreso a un programa para la reducción de

peso.

- Tener un grado de obesidad III o mayor.
- Tener algún diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo, hipertiroidismo, síndrome del ovario poliquístico, síndrome de Cushing o algún otro padecimiento orgánico que dificulte la pérdida de peso o grasa.
- Presentar algún trastorno de la conducta alimentaria.
- Presentar algún trastorno psicológico de gravedad.

Criterios de eliminación

- Que las participantes dejen de acudir a las sesiones en cualquier momento de la intervención.

Definición de variables

Peso corporal

Definición conceptual: El peso es el resultado de una mezcla de diferentes tejidos corporales (masa muscular, grasa, hueso y agua). Se trata de una medida corporal de fácil obtención y de gran utilidad para valorar el estado nutricional y composición corporal de los niños y adultos (González, 2013) sin embargo, no es el mejor indicador (Baile et al., 2013) ya que este no mide adiposidad ni porcentaje de músculo (Rosales et al., 2012).

Definición operacional: Báscula de bioimpedancia.

Índice de masa corporal (IMC)

Definición conceptual: Es un indicador de adiposidad corporal y es bastante útil debido a su facilidad de cálculo, sin embargo, debe considerarse solo una guía aproximada de la masa corporal (Cortijo et al., 2014), ya que con esta ecuación no se logra distinguir entre masa magra y masa grasa, ni la distribución de la adiposidad (SEEDO, 2000; Kaufer et al., 2008).

Definición operacional: Báscula de bioimpedancia.

Circunferencia de la Cintura (CC)

Definición conceptual: La medición de la circunferencia de la cintura ayuda como parámetro para cuantificar la obesidad central, se ha llegado a utilizar para indicar adiposidad o para reflejar factores de riesgo metabólicos (Aráuz et al., 2013). De acuerdo con la secretaría de Salud (2016) el riesgo de tener otros problemas de salud por la acumulación de adiposidad en el cuerpo incrementa si la circunferencia de la cintura mide más de 80 centímetros en mujeres y más de 90 centímetros en hombres, debido a su asociación con el depósito de grasa visceral, conforme aumenta la circunferencia de la cintura el riesgo de complicaciones de salud se irá incrementando (Quiroga et al., 2022). La medición del perímetro de cintura resulta bastante útil cuando el IMC es menor de 35, el perímetro de la cintura elevado puede implicar un riesgo en sí mismo, independientemente del valor del IMC (Kaufer et al., 2021).

Definición operacional: La medición de la circunferencia de cintura debe ser realizada con una cinta métrica a nivel de la línea media axilar, en el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca. Se realiza con el paciente en posición de pie, y al final de una espiración normal (Moreno, 2010).

Grasa visceral

Definición conceptual: Es un tipo de grasa que se distribuye de manera central, concentrándose en la parte interna de las cavidades corporales envolviendo los órganos abdominales. Este tipo de grasa está altamente relacionada con la presencia de hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, mayor riesgo de mortalidad, alteraciones endocrinas, en especial con el cortisol, hormona del crecimiento, esteroides sexuales y concentraciones de insulina (Godínez et al., 2002)

Definición operacional: Báscula de bioimpedancia bioeléctrica.

Porcentaje de grasa corporal

Definición conceptual: La grasa corporal almacena energía y protege los órganos internos. El cuerpo almacena dos tipos de grasas: 1) grasa esencial, que se aloja en pequeñas cantidades y protege el cuerpo y 2) grasa almacenada, la cual el organismo guarda para obtener energía durante la actividad física. Tener demasiada grasa corporal es poco saludable, pero también

lo es tener muy poca. Además, la distribución de la grasa corporal es diferente en hombres y mujeres, por lo que las bases para la clasificación del porcentaje de grasa corporal son diferentes para ambos sexos. El porcentaje de grasa corporal total en personas con obesidad va por encima del 25% en los varones y del 33% en las mujeres. Los valores comprendidos entre el 21 y el 25% en los varones y entre el 31 y el 33% en las mujeres se consideran límites, es decir de sobrepeso. Los valores normales son del orden del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en las mujeres (Omron Healthcare, 2017).

Definición operacional: Báscula de bioimpedancia

Porcentaje de masa muscular

Definición conceptual: Es la cantidad de músculo esquelético total que tiene el cuerpo humano (Omron Healthcare, 2017). El músculo esquelético participa en la movilidad, la fuerza y el equilibrio del cuerpo (Prado et al., 2018). Cuando se realiza actividad física incrementa la masa muscular y aumenta la necesidad de energía del cuerpo (Omron Healthcare, 2017).

Definición operacional: Báscula de bioimpedancia bioeléctrica.

Depresión

Definición conceptual: Es un patrón complejo de modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales del estado de ánimo del paciente, es considerado un trastorno psiquiátrico. Sus síntomas y signos pueden ser de intensidad leve a grave. Y se caracteriza por sentimientos de tristeza, sensación de soledad, apatía, aislamiento, llanto, autoconcepto negativo, sentimientos de culpa, autorreproches constantes, pérdida del sentido del humor, insatisfacción, dificultad en la toma de decisiones, pérdida de motivación, ideación suicida, pérdida de apetito, trastornos del sueño, cambios en el nivel de actividad (retraso o agitación), disminución del libido y fatiga. Asimismo, vienen acompañados de opiniones distorsionados sobre uno mismo, sus experiencias y su futuro (Beck, 1976).

Definición operacional: Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II).

Ansiedad

Definición conceptual: Es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sensaciones desagradables y se compone por síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Los síntomas cognitivos se caracterizan por alteraciones sensorio-perceptuales (mente confusa, objetos borrosos o distantes, sensación de irrealidad, hipervigilancia), dificultades de pensamiento (confusión, dificultad para concentrarse, bloqueo, dificultad de razonamiento, incapacidad de controlar el pensamiento) y distorsiones cognitivas (miedo a perder el control, miedo a la lesión física o muerte, imágenes visuales atemorizantes). En la parte afectiva pueden existir sentimientos como irritabilidad, impaciencia, inquietud, nerviosismo, tensión, ansiedad, agitación, temor, excitación, susto. En los síntomas conductuales pueden verse reflejados con inhibición, inmovilidad tónica, huida, evitación, coordinación alterada, agitación, hiperventilación y disfluencia del habla. Mientras que en la parte fisiológicos se caracteriza por síntomas cardiovasculares (palpitaciones, aumento de presión sanguínea, desmayo, mareo), síntomas respiratorios (respiración rápida, falta de aire, dificultad para respirar, presión en el pecho, sensación de ahogo, jadeo), síntomas neuromusculares (aumento de reflejos, reacción sobresaltada, insomnio, rigidez, temblores, no estar quieto, movimientos torpes, debilidad corporal, vacilante), síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito), síntomas del tractourinario (presión para orinar, frecuencia de micción) y síntomas de la epidermis (sonrojo, sudor de manos, sudor en general, rachas de frío y calor. La ansiedad puede considerarse una reacción normal si es suscitada por un peligro “real” y desaparece cuando el peligro ya no está presente. Si el grado de ansiedad es desproporcionado con respecto al riesgo y a la gravedad de un peligro posible y persiste, aunque no haya peligro objetivo, entonces la reacción se considera anormal (Beck et al., 2014).

Definición operacional: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Preocupación por la imagen corporal

Definición conceptual: Ocurre cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal, determinado culturalmente y por comparación social concluyen que su cuerpo discrepa de ese ideal. Puede generar ansiedad, depresión, riesgos de desnutrición, TCA y distorsiones acerca de la propia

imagen, dependerá del grado y repercusión en otras áreas de la vida para que adquiera una dimensión patológica (Vaquero, 2013).

Definición operacional: Se evaluó con el Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ).

Habilidades para la vida

Definición conceptual: Son aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, permiten que la persona enfrente efectivamente las demandas y desafíos de la vida cotidiana mediante comportamientos positivos y adaptativos. Estas habilidades se clasifican en tres áreas: sociales (comunicación eficaz, establecer y mantener relaciones interpersonales), cognitivas (tomar decisiones, resolver problemas, pensar en forma creativa, autoconocimiento) y para el manejo de emociones (empatía, control emocional, manejo de tensión y estrés) (Alfaro et al., 2010).

Definición operacional: Las habilidades para la vida serán evaluadas mediante un instrumento diseñado por Alfaro et al. (2010).

Instrumentos de evaluación

Para evaluar la eficacia del taller se aplicaron instrumentos cualitativos y cuantitativos, primero se realizaron previo al tratamiento, al finalizar y posterior al término:

Historia clínica

Se realizó mediante una entrevista semiestructurada, de forma individual, en esta se preguntaron aspectos antecedentes del problema, situaciones emocionales e interpersonales que afectan a la persona, enfermedades previas (Anexo A).

Medidas antropométricas

Se evaluó el peso, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, porcentaje de musculatura, grasa visceral y circunferencia de la cintura, para lo cual se utilizó una cinta métrica y una báscula digital de bioimpedancia marca Omron, modelo HBF-514C.

Esta báscula calcula los valores aproximados del porcentaje de grasa corporal, el porcentaje de músculo esquelético, el metabolismo basal (en reposo) y el nivel de grasa visceral utilizando el método de IB (impedancia bioeléctrica). La balanza también calcula el IMC (Índice de masa corporal) y peso (OMRON HEALTHCARE INC, 2017).

La bioimpedancia eléctrica es uno de los métodos que calcula la composición corporal; se utiliza en el área de investigación y en el área clínica. Se fundamenta en la oposición de las células, tejidos o líquidos corporales al paso de una corriente eléctrica. Este método mide el agua corporal total y evalúa la masa corporal libre de grasa y la masa grasa, mediante un componente eléctrico tetrapolar, se colocan 4 electrodos: en dos de ellos se introduce una corriente alterna (generada por el impedanciómetro) y los otros dos que recogen esta corriente midiéndose, entre estos, los valores de impedancia, resistencia y reactancia corporal (Alvero et al., 2011).

Las ventajas que tiene esta técnica son su bajo costo, facilidad de transporte, no conlleva un riesgo para la salud y es de fácil manejo. Este análisis de composición corporal evalúa los componentes del cuerpo humano y su estudio constituye el eje central de la valoración del estado nutricional (Sánchez et al. 2009). La estimación del Agua Corporal Total (ACT), de la Masa Grasa (MG), de la Masa Libre de Grasa (MLG) y de la masa mineral ósea, permite una correcta evaluación de la composición corporal, estos indicadores nos pueden ayudar a detectar si existe una deficiencia o exceso en dichos indicadores que pudieran presentar un riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas (Bray et al., 2001).

Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)

Surgió con el propósito de identificar y cuantificar la intensidad de los síntomas depresivos (Contreras et al., 2015). El BDI-II cuenta con 21 ítems, que se revisó para que incluyera los síntomas de depresión que establece el DSM-V, los puntos de interpretación son los siguientes: 0 al 13 mínimamente deprimido, 14-19 levemente deprimido, 20-28 moderadamente deprimido y 29-63 severamente deprimido (González et al., 2015). El BDI-II es una de las medidas de depresión más utilizadas y ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas en diversos entornos y poblaciones. En un estudio realizado por

González et al. (2015) se desarrolló y se probó una adaptación de BDI-II para su uso con personas de origen mexicano, este instrumento fue traducido por siete psicólogos bilingües, estudiantes del doctorado en la UNAM y fue aplicado en dos grupos de mexicanos conformado por hombres y mujeres de 16 a 70 años de edad, el primer grupo estuvo compuesto por estudiantes de medicina y el segundo grupo por la comunidad en general ($\alpha=.87$). En ambas muestras la consistencia interna global es adecuada, por lo que se concluye que la traducción del BDI-II es prometedora para su uso en población mexicana.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Surgió como una propuesta para valorar la gravedad de los síntomas de ansiedad de una persona y discriminar entre síntomas de ansiedad y de depresión (Guillén et al., 2019). Los evaluados indican qué tan afectados han estado por una serie de síntomas ansiosos en la última semana, se califican los resultados en una escala de 0 (ausencia de síntoma) a 63 (gravedad máxima). El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, las normas de calificación en población mexicana son: de 0 a 5 puntos (ansiedad mínima), 6 a 15 (ansiedad leve), 16 a 30 puntos (ansiedad moderada) y de 31 a 63 (ansiedad severa). La ansiedad puede considerarse clínicamente significativa a partir de 16 puntos (Beck et al., 1988 como se citó en Padrós et al., 2020). La versión mexicana para adultos se caracteriza por una aceptable consistencia interna ($\alpha = .91$), elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$) y una estructura factorial de cuatro componentes principales (Padrós et al., 2020).

Instrumento de habilidades para la vida

Este instrumento fue diseñado por Alfaro et al. (2010) y su objetivo inicial es evaluar el fortalecimiento de habilidades emocionales, sociales y cognitivas. La población a la que va dirigida es estudiantes del bachillerato de Ciudad de México. Este instrumento está compuesto por 36 reactivos, con una escala Likert con cuatro opciones de respuesta: “Siempre”, “Pocas veces”, “Muchas veces” y “Nunca”, los cuales se dividen en seis factores de habilidades para la vida: planeación del futuro ($\alpha=.76$), autocontrol ($\alpha=.74$), asertividad ($\alpha=.77$), expresión de emociones ($\alpha=.77$), manejo del enojo ($\alpha=.70$) y solución de problemas

($\alpha=.68$). Entre mayos sea el puntaje obtenido en cada factor, mayor será la habilidad que tiene para manejar esa habilidad emocional.

Cuestionario de la Insatisfacción Corporal (BSQ)

El BSQ evalúa la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, puede ser usado para la evaluación de trastornos de la imagen corporal, también pueden utilizarse como herramienta para estudios exploratorios en pacientes con riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario (Castrillón Moreno et al., 2007). Se validó en población femenina mexicana por Vázquez et al., (2011) este estudio estuvo conformado por 472 mujeres de la cuales 256 eran estudiantes, quienes conformaron el grupo control y 216 pacientes con Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), la población femenina tuvo un rango de edad de 13 a 30 años. Los resultados mostraron evidencia de que el BSQ tiene excelente consistencia interna ($\alpha = .98$), así como una estructura de 2 factores que explicaron el 63.8% de la varianza total. Estos fueron: 1) Malestar corporal normativo ($\alpha=.95$) y 2) Malestar corporal patológico ($\alpha=.94$). El puntaje promedio en el grupo control fue de 73 a 87 mientras que en el grupo clínico el promedio fue de 135 a 153, el punto corte para población mexicana fue de 110. En conclusión, el BSQ es un cuestionario de gran utilidad para detectar la insatisfacción corporal en mujeres mexicanas (Vázquez et al., 2011).

Participantes

Participaron en el estudio tres mujeres de 29, 44 y 23 años de edad, respectivamente. Todas las participantes contaban con escolaridad de licenciatura y ninguna de ellas tenía hijos. Una de las participantes era desempleada, mientras que las otras dos eran trabajadoras independientes por lo que contaban con horarios flexibles. Las participantes tenían sobrepeso I y II y al momento de comenzar la intervención deseaban disminuir su índice de grasa corporal y aprender a regular sus emociones para control de la ingesta. Se les comunicó que era deseable estar en una intervención nutricional, pero no fue requisito para participar. Se les brindó a todas las participantes dos números de contactos de nutriólogas, sin embargo, las fechas fueron un obstáculo para llevar a cabo de manera paralela un proceso nutricional, puesto que la invitación al taller se generó el 7 de noviembre del 2022 y estuvo abierta durante

un periodo de tres semanas, la sesión informativa se dio el 2 de diciembre del 2022 y el 15 de diciembre se realizó la primera sesión grupal. Diciembre es el mes con más eventos sociales (nochebuena, navidad, posadas en el trabajo, con los amigos o en las calles cercanas al domicilio y año nuevo) y por lo tanto la ingesta de alimentos tienden a ser mayor en comparación con otros meses, por otro lado, las personas tienden a recibir sus aguinaldos y destinarlo en regalos para intercambios o en su apariencia física para verse presentables en los eventos sociales. Asimismo, algunas personas suelen estar más motivados para conseguir sus metas u objetivos en el primer mes del siguiente año debido a los propósitos de año nuevo.

Todas las participantes acudieron a una valoración médica solicitando un certificado médico, que brindará la autorización para poder ingresar a un programa de reducción de peso.

Todas las participantes fueron adherentes a la intervención, no faltaron a ninguna sesión y realizaron todas las tareas terapéuticas, hubo mucha cohesión en el grupo.

Procedimiento

La invitación al programa de intervención se realizó en los alrededores de la colonia Santa Úrsula Coapa (zona sur de la CDMX), se difundieron carteles, historias en Instagram y posts en Facebook que promocionaban el programa. Los carteles se pusieron en lugares públicos como parques, gimnasios cercanos, instituciones que brindaban actividades recreativas (Centros PILARES, Centro de las Artes Santa Úrsula (CASU) y deportivos cercanos). Se les solicitó a las interesadas una entrevista grupal para explicarles los propósitos del proyecto, las condiciones en las que se llevaría a cabo y aclarar sus dudas. En esta entrevista también se descartó que las participantes tuvieran diagnóstico de alguna condición de salud que impactara sobre su peso (hipotiroidismo, síndrome del ovario poliquístico, síndrome de Cushing o algún otro padecimiento orgánico que dificulte la pérdida de peso), se evaluaron los criterios de inclusión y si los cumplían se les tomaron medidas antropométricas (primera medición corporal para línea base) y se procedió a entregarles los instrumentos de evaluación autoaplicables para medir sintomatología depresiva, ansiosa, habilidades para la vida e imagen corporal. Al final de esta reunión se les pidió a las participantes realizarse un examen médico y llevar su certificado en la siguiente ocasión.

Posteriormente se realizó una entrevista individual con duración de 60 minutos para realizar la historia clínica y para tomar nuevamente medidas antropométricas (segunda medición corporal para línea base), en esta sesión se revisó con las participantes el certificado médico y se planteó a las participantes que sí presentaban alguna condición médica se les canalizaría a los Centros de Servicios Psicológicos de la UNAM, sin embargo, esta opción no tuvo que realizarse. En la primera sesión de intervención se volvieron a tomar medidas antropométricas (3º medición línea base) con la finalidad de tener estabilidad en las mediciones. Estas tres mediciones se hicieron una vez a la semana, comenzando la primera evaluación el 28 de noviembre, la segunda evaluación el 9 de diciembre y la tercera evaluación el 15 de diciembre. La intervención fue de 8 sesiones semanales, la duración de estas fue de dos horas, y se realizaron semanalmente de manera presencial en un consultorio ubicado en la colonia donde se promovió el taller. Las sesiones grupales se realizaron los viernes a las 11 horas. Al concluir las 8 sesiones se volvió a realizar la evaluación antropométrica, la aplicación de los instrumentos autoaplicables y parte de la historia clínica relacionada con hábitos saludables.

Se realizó un seguimiento presencial posterior a 6 semanas de finalizar la intervención en el que se comentó con las participantes cómo se habían sentido, qué dificultades habían experimentado y se les brindó retroalimentación, además que se buscaron soluciones ante sus problemáticas; en esta reunión también se les recordaron sus logros y lo aprendido durante la intervención. También se realizó la evaluación antropométrica y la aplicación de instrumentos. Es importante mencionar que durante las 6 semanas que no hubo sesiones, la psicóloga responsable del taller estuvo mandando mensajes quincenales vía online, mediante el grupo de WhatsApp, preguntándoles de manera general cómo se iban sintiendo, si habían tenido dificultades para mejorar sus hábitos, etc.

Escenario

Consultorio clínico, ubicado en la colonia Santa Úrsula Coapa.

Características físicas: Tiene un tamaño aproximado de 6 metros de largo y 5 metros de ancho, cuenta un sillón de tres plazas, un sillón de 2 plazas y un sillón individual. La puerta es un cancel deslizante de cristal. Dentro del consultorio hay un baño privado.

Desarrollo de la propuesta de intervención

A continuación, se describen los objetivos generales de cada una de las sesiones de intervención (consulte el anexo N para conocer la carta descriptiva):

1. Desarrollar una relación amistosa y de confianza entre las participantes mediante el conocimiento de las integrantes del grupo, asimismo se promovió la motivación y se brindó psicoeducación sobre la obesidad y sobrepeso.
2. Establecer objetivos realistas para la intervención y se promocionaron conductas de salud en las participantes (actividad física constante, higiene del sueño y hábitos alimenticios saludables).
3. Entrenar en la Solución Planificada del Problema (SPP) para la resolución de conflictos eficaz en las problemáticas cotidianas con la finalidad de dotar a las participantes con herramientas de afrontamiento.
4. Psicoeducar sobre las emociones y sentimientos, con la finalidad de explicar la relación que existe entre emoción y alimentación. Por otro lado, se brindaron estrategias de regulación emocional.
5. Identificar la percepción de imagen corporal que tienen las participantes sobre sí mismas, analizando de donde se construyó dicha percepción. Reflexionar sobre la violencia estética que ejerce la sociedad moderna influyendo en el propio concepto corporal.
6. Analizar los pensamientos disfuncionales sobre la apariencia física de las participantes realizando una reestructuración cognitiva.
7. Incrementar el autoconcepto y la autoestima para el fortalecimiento de una imagen corporal positiva y enseñar estrategias para la implementación de límites
8. Prevención de recaídas y cierre de taller

Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para la descripción de las características de las participantes, por las características de la muestra, se eligió la prueba de Friedman para comparar los puntajes de las participantes entre los momentos de medición, y la prueba post hoc de Durvin-Conover para saber entre grupos comparativos hubo cambios significativos, los resultados fueron interpretados a partir de un valor de $p \leq 0.05$. Asimismo, se implementó el método de Diferencia Individual Tipificada (DIT) para evaluar la significancia clínica de la intervención. En este procedimiento, se tipifica cada diferencia pre-post dividiéndola entre su desviación típica. La interpretación de la magnitud del cambio se efectúa siguiendo la regla de Cohen (1988) para valorar el tamaño del efecto. Cohen (1988 como se citó en Pardo et al. 2013) propuso una regla que se utiliza como guía para interpretar los valores numéricos: $\geq .20$ indica que la intervención tuvo un efecto leve, $\geq .50$ es un efecto moderado y $\geq .80$ tuvo un efecto grande. Al valorar el cambio individual se considera que un cambio clínicamente significativo es $< .20$.

La significación clínica determina si una intervención produce diferencias reales en los participantes. Hay diversos métodos que pueden estimar el cambio individual en un diseño pre-post (Pardo et al., 2013). Para esta investigación se usó el método de Diferencia Individual Tipificada (DIT) para evaluar la significancia clínica de la intervención.

Aspectos éticos

Este trabajo considera los lineamientos éticos del Código Ético del Psicólogo, las declaraciones de ética y trabajo con personas (Miranda et al., 2019) considerando los aspectos de autonomía, justicia y beneficencia. Estos aspectos se consideraron desde el momento de desarrollar la propuesta de tratamiento libre de estigma, con reconocimiento de la problemática y permitiendo que se respeten los derechos de las participantes, quienes además brindaron su consentimiento informado después de haberles resuelto todas sus preguntas y con pleno conocimiento del manejo que se haría de su información, así como de los procesos del estudio.

Resultados

Descripción de las características de las participantes

Participante 1

Esta participante tiene 29 años, vive con sus padres y con su hermano. Tiene una licenciatura en ciencias de la tierra, es soltera y no tiene ningún hijo, cuando comenzó con el taller estaba desempleada. La participante 1, ingresa al taller por deseos de cambiar sus hábitos alimentarios y de actividad física, así como mantener su motivación a lo largo del proceso. Estos deseos de poder cambiar sus hábitos se generaron porque la participante refiere que ha subido mucho de peso en los últimos meses “nunca había pesado tanto” sic, también comenta que a causa de su incremento de peso le comenzaron a doler las rodillas, sintió menor energía y mayor cansancio. Acompañados de sentimientos de culpa y enojo consigo misma por no ser constante con sus hábitos saludables. También menciona tener conflictos con su imagen corporal “me afectan los comentarios de mi familia” sic, quienes frecuentemente le realizan comentarios o bromas con respecto a su peso y su cuerpo, que generan en la participante frustración, enojo y tristeza. Es importante mencionar que esta participante nunca antes había intentado bajar de peso, este taller sería su primer acercamiento.

En cuanto a los hábitos alimentarios de esta participante mencionan que toma muy poca agua en el día, aproximadamente 4 vasos de agua al día. También comenta que come entre 2 a 3 veces al día, pues a veces no le da tiempo de comer. Ella considera que su alimentación no es tan saludable debido a que frecuentemente come alimentos altos en grasas y azúcares, y consume refresco entre una a dos veces a la semana. Le gustan las frutas y verduras, por lo que las verduras siempre están presentes en sus comidas, pues su hermano estuvo en un proceso de baja de peso hace unos 5 años atrás y él constantemente le pide a su madre que las comidas que prepare lleven verduras. Su actividad física tiende a ser muy variable, cuando sale de casa la participante menciona que le gusta caminar mucho, pero cuando se queda en casa le gusta quedarse en su cuarto viendo series. Practica ejercicio viendo rutinas en YouTube entre una a dos veces por semana entre 30 a 35 minutos.

La participante 1 nota que se siente feliz cuando consume alimentos ricos en grasas y azúcares, también se percata que su ingesta tiende a incrementar en situaciones sociales, los fines de semana, cuando se queda en casa o cuando sale de viaje, por lo que en ocasiones ha

llegado a consumir alimentos sin necesidad de tener hambre llegando a una sobre ingesta generándole sentimientos de culpa.

Hace un año esta participante había acudido a terapia por cuestiones de ansiedad, su tratamiento duró 8 meses aproximadamente, pero suspendió la atención por cuestiones económicas. Por otro lado, en los antecedentes médicos familiares hay problemas de tiroides, diabetes, hipertensión y glaucoma por parte de su madre

Participante 2

Tiene 44 años, cuenta con una licenciatura en psicología dedicándose al área organizacional, al momento de ingresar al taller la participante no ejercía su profesión, contaba con un empleo independiente con horarios flexibles, es una mujer soltera y no tiene hijos. Actualmente vive con su hermana, su cuñado y sobrinos, esta participante en el momento de la intervención estaba pasando por una situación familiar complicada, pues ella construyó en el mismo terreno de sus padres y hace un año sus padres la corrieron del terreno, por ello se fue a vivir con la familia de su hermana, están en proceso legal por esta situación. Poco después de este acontecimiento a la participante le realizaron una histerectomía por miomas que tenía desde hace unos años atrás. Para esta cirugía la participante refiere que no obtuvo apoyo por parte de su familia, solo de su hermana con la que actualmente vive “nadie me quiso donar sangre” sic. Esta es la razón principal por lo que decide ingresar al taller, ya que, posterior a su operación refiere haber incrementado de peso de una manera importante “mi vida era muy activa, pero después de la cirugía mi vida cambió mucho por el cuidado postoperatorio” sic. comenzando a tener conflictos con su imagen corporal haciendo comparaciones con su cuerpo de años anteriores “esta no soy yo” sic, “no era cachetona” sic, “voy a ser una gorda descuidada” sic. Esta participante tiene características obsesivas y perfeccionistas, pues tuvo una crianza estricta, también escuchaba a lo largo de su vida, comentarios peyorativos de mujeres con sobrepeso y obesidad frecuentes de amigos y familiares, incluso la participante refiere que cuando comenzó a subir de peso fue víctima de estos comentarios despectivos.

Ella ha realizado numerosos intentos para bajar de peso con dietas de ayuno intermitente y ejercicios, estos intentos fueron después de su cirugía.

Esta participante come tres veces al día, toma aproximadamente un litro y medio al día. Consumiendo diariamente frutas, verduras y gran variedad de grupos alimenticios. Sin embargo, come diariamente galletas o pan dulce. Es importante mencionar que le cuesta trabajo mantener hábitos alimentarios saludables, pues a su hermana le gusta comer cosas fritas, tomar refresco y casi no le gusta la verdura. En la actividad física la participante disfruta mucho realizar ejercicio y lo realiza entre 3 a 4 veces por semana una hora aproximadamente, con la intensidad moderada.

Esta participante nota que tiende a incrementar su ingesta de alimentos cuando se siente enojada, triste o estresada, hay una preferencia de alimentos ricos en grasas en estos estados emocionales. Cuando come determinados alimentos ha llegado a sentirse culpable. Y tiende a comer cuando no tiene hambre en eventos sociales llegando a una sobre ingesta.

En los antecedentes médicos familiares destacan problemas psiquiátricos por parte de su madre, quien padece depresión, intentos suicidas y la participante la describe como una persona muy violenta “nos pegaba muy feo” sic. Nunca trató su sintomatología.

Participante 3

Tiene 23 años, vive con sus padres y es hija única. Estudió la licenciatura en Fisioterapia y es recién egresada, no tiene hijos y es soltera. Cuando comenzó el taller ella era trabajadora independiente, veía pacientes a domicilio. Esta participante ingresa al taller por deseos de bajar de peso pues comenta que su apariencia sería importante en el trabajo “mis pacientes no van a confiar en mí si me ven débil o con sobrepeso” sic. Asimismo, menciona no sentirse saludable ni cómoda con su cuerpo. Su cuerpo ha sido un desencadenante para que cancele planes sociales debido a que no le gusta como se le ve la ropa, llegando a romper en llanto y sentirse incomoda viéndose en el espejo también menciona no sentirse bonita. Durante su infancia recibió comentarios hirientes por parte de su familia, específicamente de sus primos, tíos y su padre poniéndole apodosos despectivos a modo de burla. Por otro lado, su madre tenía conductas como pesarse diariamente, realizar comentarios frecuentes sobre comer poco porque ya están pasadas de peso, etc.

Esta participante menciona que come para regular sus emociones, en estados de ánimo como ansiedad, aburrimiento y para recordar los momentos en donde se sentía querida por su padre “asocio la comida chatarra con esos momentos” sic.

Desde muy pequeña había realizado numerosos intentos para la pérdida de peso, fue con un nutriólogo a los 15 años, pero la participante no se sentía cómoda con él así que dejó de ir. A los 16 acude con otro especialista, sin embargo, era una dieta muy restrictiva.

A partir de la pandemia se volvió muy sedentaria y comenzó a comer alimentos ricos en grasas y azúcares, en esta época fue en donde tuvo el peso más alto con 73 kg, el saber su peso fue un motivo importante para que decidiera cambiar sus hábitos y comenzó a realizar ejercicio en casa, así como tener una alimentación más balanceada bajando 13 kilos en 8 meses, sin embargo, ella menciona que se seguía sintiendo “gorda”. En agosto del 2021 entra a su servicio social y vuelve a recuperar el peso que perdió por el poco tiempo que disponía generándole frustración, tristeza y culpa.

La participante refiere tener malos hábitos alimentarios, pues consume grandes cantidades de alimentos ricos en grasas, azúcares y carbohidratos, este consumo es generalmente en las noches. Come tres veces al día y toma aproximadamente 2 litros de agua al día. Come verduras y frutas 5 veces a la semana. En cuanto a la actividad física es variable, generalmente hace 2 veces a la semana ejercicio una hora y media, esta participante tiende a ser muy estricta con sus tiempos, si no realiza ejercicio en un horario en específico es poco probable que lo realice en otro horario.

Entre sus antecedentes médicos familiares hay padecimientos como esclerosis múltiple, hipertensión, diabetes, depresión, adicción al tabaco, artritis reumatoide, síndrome de Cushing por parte del padre mientras que de la madre hay problemas ortopédicos. Ambos padres presentan obesidad. Esta paciente tiene un síndrome del intestino irritable, por lo que fue al psicólogo para trabajar este problema teniendo mejoras significativas.

Resultados descriptivos de las mediciones antropométricas

En la figura 3 se representan los resultados de las mediciones antropométricas de cada de las participantes evaluadas durante la línea base (mediciones 1, 2 y 3), después de finalizada la intervención (medición 4) y en la etapa de seguimiento (medición 5).

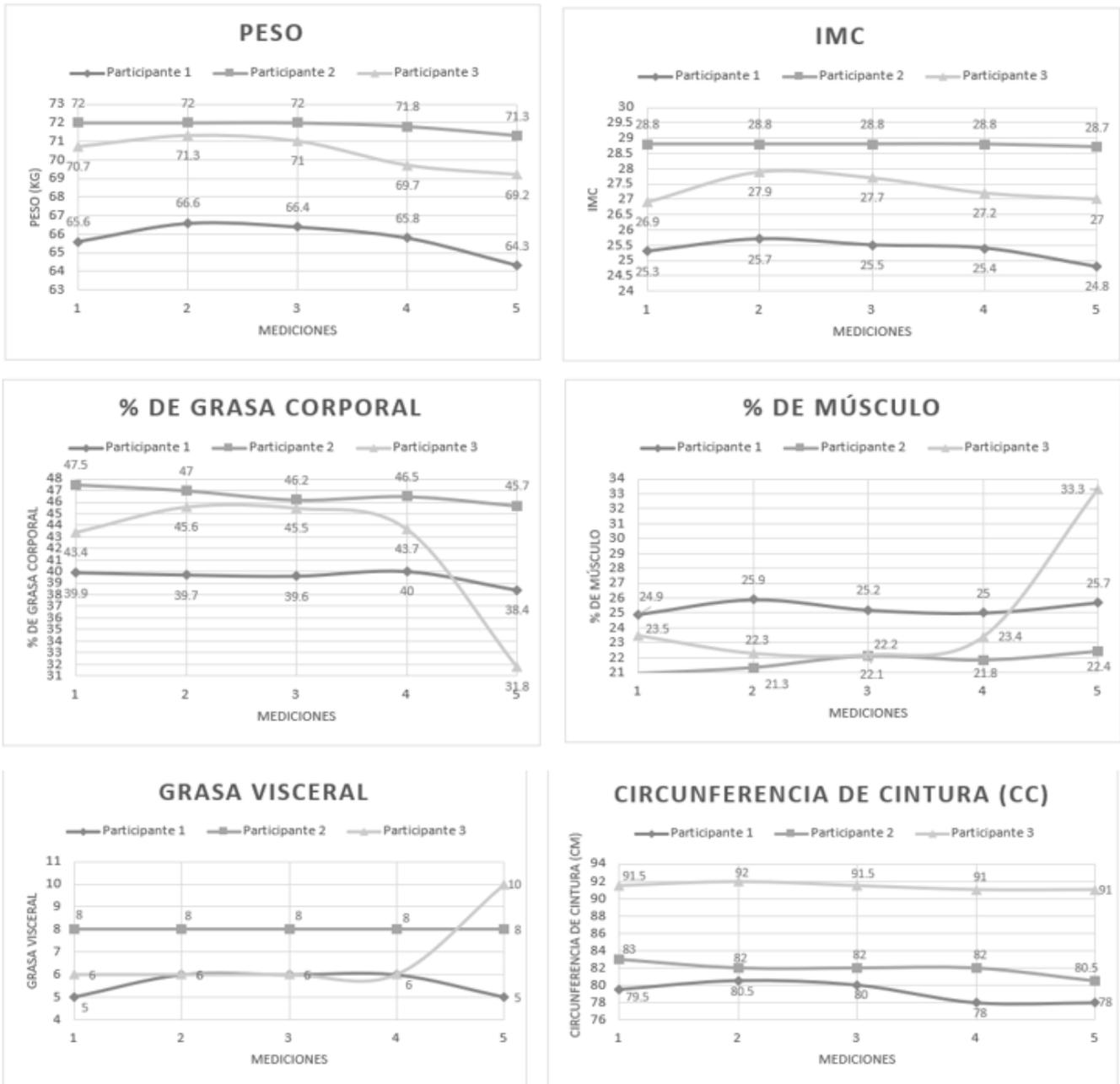
Participante 1. La participante mostró una tendencia estable en la línea base en todas las mediciones observadas (peso, IMC, porcentaje de grasa corporal, porcentaje de músculo, grasa visceral y circunferencia de la cintura) y concluye la intervención con puntajes un poco menores a la línea base que muestran la tendencia a continuar disminuyendo o mantenerse hasta el seguimiento.

Participante 2. La participante mostró una tendencia estable en la línea base en todas las mediciones observadas

Participante 3. La participante mostró una tendencia estable en la línea base en todas las mediciones observadas

Figura 3.

Medidas antropométricas de cada participante durante la evaluación pre, post y seguimiento



Nota. IMC=Índice de Masa Corporal. Fuente: elaboración propia.

Resultados descriptivos de las mediciones psicológicas

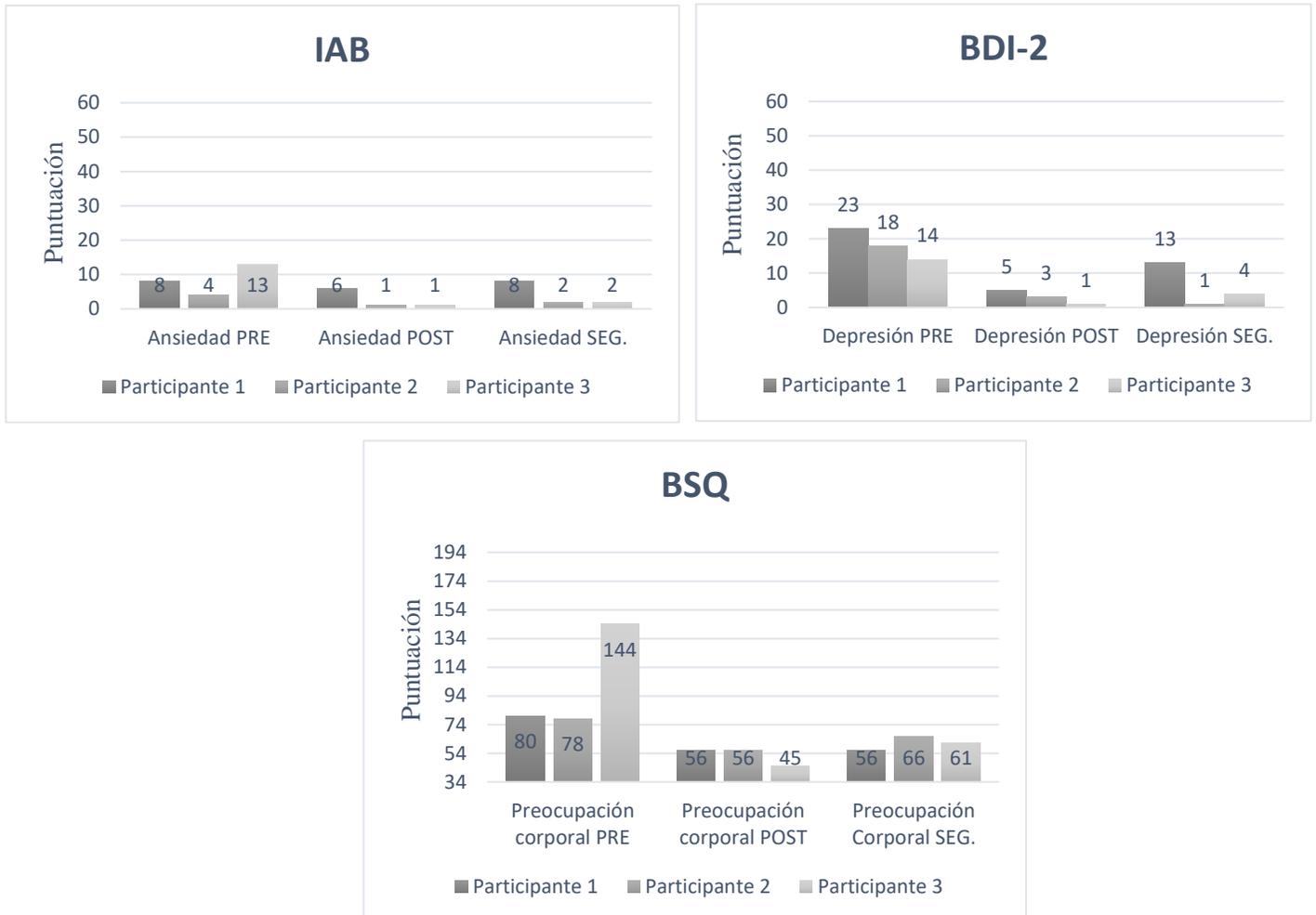
La participante 1, tenía puntajes moderados de depresión en la evaluación pretratamiento que disminuyeron a síntomas mínimos en el postratamiento y luego subieron en la evaluación de seguimiento a síntomas leves. Obtuvo puntajes leves en síntomas ansiosos y se mantuvieron similares durante todas las mediciones posteriores, con respecto a su imagen corporal en la medición pretratamiento obtuvo puntajes de malestar corporal normativo y en las posteriores evaluaciones obtuvo puntuaciones por debajo del malestar corporal normativo (ver figura 4).

La participante 2, tenía puntajes leves de depresión en la evaluación pretratamiento que disminuyeron a síntomas mínimos en el postratamiento y así se mantuvieron en el seguimiento. Obtuvo puntajes mínimos en síntomas ansiosos y se mantuvieron estables durante todas las mediciones posteriores, con respecto a su imagen corporal en la medición pretratamiento obtuvo puntajes de malestar corporal normativo y en las posteriores evaluaciones obtuvo puntuaciones por debajo del malestar corporal normativo (ver figura 4).

La participante 3, tenía puntajes leves de depresión en la evaluación pretratamiento que disminuyeron a síntomas mínimos en el postratamiento y se mantuvieron similares en el seguimiento. Obtuvo puntajes mínimos en síntomas ansiosos y se mantuvieron estables durante todas las mediciones posteriores, con respecto a su imagen corporal en la evaluación pretratamiento obtuvo puntajes de malestar corporal patológico arriba del punto de corte el cual paso a estar por debajo de las puntuaciones del malestar corporal normativo (ver figura 4).

Figura 4.

Puntajes obtenidos por cada participante en la evaluación pre, post y seguimiento de depresión (BDI-2), ansiedad (IAB) e imagen corporal (BSQ)



Nota. BDI-2=Inventario de Depresión de Beck; IAB= Inventario de Ansiedad de Beck; Cuestionario de la Insatisfacción Corporal=BSQ. Fuente: elaboración propia.

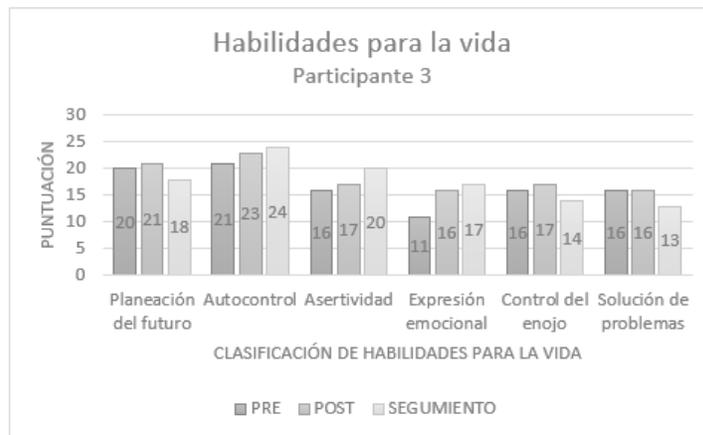
En la figura 5 se representan los puntajes de las participantes en la evaluación de habilidades para la vida, se encontró que la participante 1 incrementó gradualmente su habilidad de planeación del futuro, mantuvo una tendencia estable en las habilidades de expresión emocional, control de enojo y solución de problemas. En autocontrol incrementaron levemente sus habilidades y disminuyeron en la evaluación de seguimiento mientras que en asertividad sus habilidades disminuyeron levemente y en la fase de seguimiento incrementaron.

La participante 2 mostró un leve incremento de habilidades en autocontrol, control del enojo y solución del problema en las evaluaciones pre-post, mientras que en las subescalas de planeación del futuro, asertividad y expresión emocional disminuyeron levemente sus habilidades. Para la evaluación de seguimiento se observó un decremento de las habilidades de planeación del futuro, autocontrol y control del enojo, mientras que hubo un incremento en las habilidades de asertividad y solución de problemas. La habilidad de expresión emocional mantuvo una tendencia estable

La participante 3 obtuvo un incremento gradual en las habilidades de autocontrol, asertividad y expresión emocional. Mientras que mantuvo una tendencia estable en las habilidades de planeación del futuro, control del enojo y solución de problemas, mismas que disminuyeron en la fase de seguimiento.

Figura 5.

Puntajes obtenidos por cada participante en la evaluación pre, post y seguimiento del instrumento habilidades para la vida



Resultados de la prueba de comparación de puntajes por etapa de tratamiento

Para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de cada etapa del tratamiento, se optó por estadística no paramétrica por medio de la prueba de Friedman, puesto que permite realizar comparaciones en grupos menores a 10 participantes. Posteriormente se aplicó la prueba de Durbin para observar de forma más puntual entre qué mediciones se observan los cambios.

Comparación de medidas antropométricas. En la tabla 9, se puede apreciar significancia estadística solo en la variable peso y con los valores de la media y la mediana lo que se ve es que antes del tratamiento las participantes tenían un peso mayor (\bar{x} =69.8, Md=71), que al momento de finalizar la intervención (\bar{x} =69.1, Md=69.7) y que continuó disminuyendo hasta la etapa de seguimiento (\bar{x} =68.3, Md=69.2).

El resto de las medidas antropométricas no resultaron tener significancia estadística en la comparación; sin embargo, la tendencia de los puntajes se observa ligeramente hacía una disminución en IMC, porcentaje de grasa corporal, grasa visceral y circunferencia de la cintura; y se observa un ligero aumento en el porcentaje de músculo (tabla 9).

Tabla 9.

Comparación de las medidas antropométricas por momento de medición

Variables	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		χ^2	Diferencias entre grupos
	M	Mediana	M	Mediana	M	Mediana		
Peso	69.8	71	69.1	69.7	68.3	69.2	6*	Pre \neq post, pre \neq seg. y post \neq seg.
IMC	27.3	27.7	27.1	27.2	26.8	27	5.64	Pre \neq post, pre \neq seg. y post \neq seg.
% de grasa corporal	43.8	45.5	43.4	43.7	38.6	38.4	4.67	Pre \neq seg. y post \neq seg.
% de músculo	23.2	22.2	23.4	23.4	27.1	25.7	4.67	Pre \neq seg. y post \neq seg.
Grasa visceral	6.67	6	6.67	6	7.67	8	0	-
Circunferencia de cintura	84.5	82	83.7	82	83.2	80.5	4.67	Pre \neq seg.

Nota. En la variable grasa visceral no se observan diferencias entre los momentos de medición.

* $p \leq 0.05$; $g/1 = 2$

Comparación de medidas psicológicas. En la tabla 10, se probaron las diferencias entre los puntajes de variables psicológicas y ninguna variable fue significativa en la prueba de Friedman; sin embargo, con la prueba de Durbin se observaron diferencias en depresión, ansiedad e imagen corporal (tabla 10)

Tabla 10.

Comparación de las medidas psicológicas por momento de medición

Variables	Pre		Post		Seguimiento		χ^2	Diferencias entre grupos
	M	Mediana	M	Mediana	M	Mediana		
Depresión	18.33	18	3	3	6	4	4.67	Pre \neq post y pre \neq seg,
Ansiedad	8.33	8	2.67	1	4	2	5.64	Pre \neq post, pre \neq seg y post \neq seg.
Imagen corporal	100.7	80	52.3	56	61	61	5.64	Pre \neq seg y post \neq seg.

Habilidades para la vida

Planeación del futuro	19	20	20	21	18.7	19	0.667	-
Autocontrol	21.3	21	23	23	21	22	2	-
Asertividad	20.3	18	18.7	19	21.3	20	1.27	-
Expresión emocional	14.7	16	15.7	16	15.7	15	0.2	-
Control del enojo	14.3	15	15.3	16	13.7	14	3.45	-
Solución de problemas	11.7	11	12.3	12	11.7	13	1.40	-

Nota. - significa que no se observan diferencias entre los momentos de medición.

Cambios clínicamente significativos.

El último análisis se realizó con el método DIT para estimar el cambio individual de las participantes, se pudo observar que, en las medidas antropométricas, las tres tuvieron cambios clínicos de moderados a grandes tanto del pretratamiento hasta el seguimiento; en el IMC solo dos participantes tuvieron cambios del pre al post y del post al seguimiento (las tres participantes); en el porcentaje de grasa corporal se observaron cambios de leves y fuertes en las tres participantes del pre al post y en las medidas de post al seguimiento solo dos participantes tuvieron cambios leves y fuertes; en el porcentaje de músculo también se observaron cambios en las tres participantes del pre al post y solo en una del post al seguimiento; la grasa visceral solo tuvo efectos del post al seguimiento en dos participantes; y, la circunferencia de la cintura tuvo efectos en dos participantes del pre al post y en una del pre al seguimiento (tabla 11).

En las variables psicológicas, las participantes tuvieron efectos de cambio fuertes en la variable depresión del pre al post y del post al seguimiento una de ellas efecto leve, otra moderado y otra fuerte; en la variable ansiedad del pre al post una participante tuvo efectos leves, otra moderados y otra fuertes, mientras que en la etapa del seguimiento todas tuvieron efectos fuertes; en la variable imagen corporal se observaron cambios moderados en dos participantes del pre al post y fuertes en la tercera participante y del post al seguimiento solo dos participantes tuvieron efectos fuertes de cambio (tabla 12).

Mientras que en la variable habilidades para la vida, se observó que en los factores planeación del futuro, autocontrol y asertividad, las tres participantes tuvieron efectos de leves a fuertes en la comparación pre y post y del post al seguimiento; en la variable expresión emocional del pre al post solo la paciente 1 no tuvo cambios y del post al seguimiento solo la paciente 2 no tuvo efectos; en el factor enojo no se observaron cambios en ninguna de las participantes del pre al post, pero sí en las participantes 2 y 3 del post al seguimiento; finalmente, la variable solución de problemas tuvo efectos en las participantes 1 y 2 del pre al post y en las participantes 2 y 3 del post al seguimiento (tabla 13).

Tabla 11.*Valores de DIT de las medidas antropométricas entre momentos de la intervención*

Participante	Diferencias pre-post											
	Peso		Índice de Masa Corporal		% de grasa corporal		% de músculo		Grasa visceral		Circunferencia de cintura	
	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT
1	0.6	1.08**	0.1	0.38*	-0.4	-0.32*	0.2	0.24*	0	0	2	1.92***
2	0.2	0.36*	0	0	-0.3	-0.24*	0.3	0.36*	0	0	0	0
3	1.3	2.33***	0.5	1.89***	1.8	1.45***	-1.2	-1.43***	0	0	0.5	0.48 *

Participante	Diferencias post-seguimiento											
	Peso		Índice de Masa Corporal		% de grasa corporal		% de músculo		Grasa visceral		Circunferencia de cintura	
	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT
1	1.5	2.60***	0.6	2.27***	1.6	0.26*	-0.7	-0.13	1	0.38*	0	0
2	0.5	0.87***	0.1	0.38*	0.8	0.13	-0.6	-0.11	0	0	1.5	1.73***
3	0.5	0.87***	0.2	0.76**	11.9	1.92***	-9.9	-1.85***	-4	-	0	0

Nota. * $\geq .20$ efecto leve; ** $\geq .50$ efecto moderado; y *** $\geq .80$ efecto fuerte.

Tabla 12.*Valores de DIT de depresión, ansiedad e imagen corporal entre momentos del tratamiento*

Participantes	DBI-2		IAB				BSQ					
	D. Pre-Post	DIT	D. Post-Seg.	DIT	D. Pre-post	DIT	D. Post-Seg	DIT	D. Post-Seg	DIT	D. Post-Seg	DIT
1	18	7.15***	-8	-1.6***	2	0.36*	-2	-3.46***	24	0.55**	0	0
2	15	5.97***	2	0.4*	3	0.54**	-1	-1.73***	22	0.50**	-10	-1.24***
3	13	5.17***	-3	-0.6**	12	2.18***	-1	-1.73***	99	2.26***	-16	-1.98***

Nota. * $\geq .20$ efecto leve; ** $\geq .50$ efecto moderado; y *** $\geq .80$ efecto fuerte; D: Diferencia.

Tabla 13.*Valores de DIT de habilidades para la vida entre momentos del tratamiento*

Participantes	Diferencias pre-post											
	Planeación del futuro		Autocontrol		Asertividad		Expresión emocional		Control del enojo		Solución de problemas	
	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT
1	-4	1.33***	-2	3.46***	-1	-0.22*	0	0	-1	0	-1	-1.73***
2	2	0.67**	-1	1.73***	7	1.52***	2	0.55**	-1	0	-1	-1.73***
3	-1	-0.33*	-2	3.46***	-1	-0.22*	-5	-1.39***	-1	0	0	0

Diferencias post-seg												
	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT	Diferencia	DIT
1	-4	-0.48*	-2	1.66***	-1	-	0	1***	-1	0	-1	0
						4.15***						
2	2	0.96***	-1	0.66**	7	-	2	0	-1	1.31***	-1	-0.48*
						6.15***						
3	-1	1.44***	-2	-0.33*	-1	-	-5	-1***	-1	1.96***	0	1.44***
						4.15***						

Nota. * $\geq .20$ efecto leve; ** $\geq .50$ efecto moderado; y *** $\geq .80$ efecto fuerte.

Hallazgos clínicos cualitativos antes y después de la intervención por cada participante

Participante 1

Esta participante al inicio del taller refiere comer 2 a 3 veces al día, debido a que en ocasiones no le da tiempo de comer. Asimismo, al inicio de la intervención comenta que casi no tomaba agua, aproximadamente 4 vasos al día “hasta tengo los labios reseca” sic. Posterior a la intervención la participante refiere comer entre 3 a 4 veces al día e incrementó su consumo de agua (entre 8 a 9 vasos de agua diarios), se le podía ver a esta participante presentarse al taller siempre con una botella de agua. Su consumo de alimentos se mantuvo estable a lo largo de la intervención, consumía de todos los grupos alimenticios, sin embargo, hubo una disminución en consumo de refrescos, al inicio de la intervención esta participante refiere que tomaba 2 veces a la semana y al finalizar refiere tomar una vez a la semana. En la parte del ejercicio físico, al inicio del tratamiento, ella refiere realizar ocasionalmente ejercicio una vez a la semana de 30 a 35 minutos con videos en YouTube y al finalizar la intervención la participante refiere realizar ejercicio al menos dos veces a la semana de una duración de 40 a 45 minutos. En cuanto a la regulación emocional esta participante refiere al inicio de la intervención regular sus emociones mediante el llanto o ver videos para distraerse. Asimismo, menciona que ha llegado a consumir alimentos sin necesidad de tener hambre, esto pasa en situaciones donde está ansiosa o estresada. Mientras que ha llegado a tener sobreingesta en eventos familiares o reuniones sociales. Posterior a la intervención la participante comenta regula sus emociones de la misma manera que al inicio, sin embargo, ahora agrega estrategias como escribir lo que siente o meditar. Por otro lado, menciona que ha bajado su conducta de sobreingesta en los eventos sociales o familiares. Al finalizar el taller la participante refiere lo siguiente “este taller me enseñó a darme cuenta de cómo estaban mis hábitos alimenticios y mi ejercicio físico. Aprendí a incorporar herramientas para solucionar algunos obstáculos diarios. También me ayudó a entender mis emociones y ser más paciente conmigo misma. Las tareas semanales ayudaron a complementar mi constancia. También me siento tranquila porque sé que los resultados o el número no describen lo que soy, valoro todo lo que hace mi cuerpo y eso me ayuda a aceptarlo. Me ayudó a entender que todo es con paciencia y que el cambio se verá con el tiempo, es cuestión de mantenerlos” sic.

Participante 2

Esta participante se mantuvo estable en sus hábitos alimentarios en la evaluación pre y post al momento de iniciar el taller consumía alimentos de todos los grupos alimenticios (consumía verduras, frutas, cereales, grasas y proteína todos los días de la semana, lácteos y leguminosas una o dos veces por semana), aunque también es consumidora habitual de alimentos ricos en carbohidratos y azúcares (al inicio de la intervención los consumía diariamente y al finalizar lo hacía 4 veces por semana). Su ingesta de agua al inicio del taller era de 1.5 litros de agua y al finalizar incrementó a 2 litros. En cuanto a la práctica de ejercicio físico al iniciar el taller realizaba 5 veces a la semana ejercicio con duración de una hora mientras que al finalizar la intervención incrementó la actividad física pasando a 2 horas diarias de lunes a viernes, esto debido a que comenzó un proyecto para dar clases de jumping en un deportivo de los alrededores. En cuanto a la regulación emocional, está participante inicialmente refiere regular sus estados emocionales durmiendo y al finalizar el taller las regula saliendo a caminar por el parque, meditando o durmiendo. Esta participante desde un inicio comenta que presentaba conducta de sobreingesta en situaciones de convivencia y presento dificultades por las fechas (Navidad y año nuevo) así como dificultades para consumir constantemente agua debido al frío, sin embargo, ella comenta que utilizo estrategias de solución de problemas para sobrellevar estos obstáculos “procuré llevar mi termo con agua calentita para no deja de tomar agua por el frío y en las fiestas familiares comía poca porción de todos los platillos, para no quedarme con el antojo pero tampoco llenarme a reventar” sic. Al finalizar el taller la participante refiere lo siguiente “me ayudó a reconocer mis emociones e identificarlas al momento de alimentarme. Aprendí a reconocer mi esfuerzo y lo que día a día hago en beneficio de mi salud y bienestar. También me ayudó a trabajar más en mis emociones en relación a la imagen corporal y cómo los estereotipos de la sociedad impactan en la percepción de nuestros cuerpos” sic.

Participante 3

Esta participante se mantuvo estable en la cantidad de veces que comía al día, 3 veces (pre y post), en la forma de ingerir sus alimentos la participante al inicio de la intervención comía rápido y posterior a la intervención manifestó tener una ingesta lenta. Al inicio de la intervención reportó consumir alimentos de todos los grupos alimentarios, sin embargo al finalizar la intervención incrementó más su consumo de verduras diarias (en el pre test comía verdura diariamente solo una vez al día y al finalizar la intervención comía dos veces al día verduras), asimismo la participante inicialmente reportó consumir de manera frecuente (6 días de la semana) alimentos ricos en carbohidratos (galletas, chocolates, alitas, crepas, etc.) y al finalizar la intervención la participante redujo su consumo de este tipo de alimentos una vez a la semana. En cuanto a la actividad física al inicio de la intervención la participante refirió realizar ejercicios de manera ocasional, 2 veces a la semana y una creencia limitante que tenía esta participante era “si no hago ejercicio temprano ya no lo hago, entre 9 a 9:30 am es lo adecuado” sic, posteriormente a la intervención la participante reportó ser más constante con el ejercicio, así como tener mayor flexibilidad en los horarios para realizar el ejercicio, actualmente realiza ejercicio 1 hora, 4 veces a la semana, incluso hay semanas en las que hago ejercicio diario (L-V). En cuanto a la regulación emocional esta participante refiere al inicio de la intervención regular sus emociones llorando, orando o comiendo alimentos ricos en azúcares, estas conductas aparecen particularmente con sentimientos de tristeza y ansiedad. Posterior al taller refieren utilizar las siguientes técnicas para regular sus emociones respiraciones profundas, pensar en las razones del por qué se está siendo de esa manera y orar.

Al finalizar el taller la participante refiere lo siguiente: “Aprendí de este taller que soy más que un cuerpo y que un peso de báscula, mi valor no depende del mi exterior, soy hermosa como soy. Aprendí que el entorno en el que crecí me hizo tener muchas inseguridades, ahora me siento más libre de esos pensamientos y de esa culpa que cargaba. Aprendí a hacer ejercicio y a comer saludable, no por bajar de peso, sino porque me amo y me gusta hacerlo, aprendí a reestructurar los pensamientos que estoy teniendo. Ahora puedo reconocer todo lo bueno que hay en mi”.

Capítulo 4. Discusión y Conclusiones

El objetivo de la presente intervención fue evaluar la eficacia de una propuesta de intervención cognitivo conductual para mujeres adultas con sobrepeso u obesidad, sobre sus medidas antropométricas, niveles de depresión, ansiedad, insatisfacción corporal y habilidades para la vida. Los resultados obtenidos en las variables antropométricas (IMC, porcentaje de grasa corporal, porcentaje de músculo, grasa visceral y circunferencia de la cintura) indican que la intervención cognitivo conductual tuvo un efecto bajo sobre ellas pues solo se observaron cambios clínicamente significativos, más no estadísticos. Sin embargo, es importante destacar que la intervención buscó fomentar conductas saludables y brindar técnicas para mantener el apego a dichas conductas, como se pudo observar en la descripción de las participantes las tres presentan factores de riesgo en sus antecedentes médicos familiares, por lo que aprender este tipo de estrategias les podrían ayudar a disminuir el riesgo de presentarlas en un futuro. Asimismo, se buscó entrenar a las participantes en estrategias de regulación emocional e incrementar el autoconcepto positivo de la imagen corporal de las participantes. Y aunque de manera indirecta se consideró que las variables antropométricas pudieron verse afectadas, en realidad fueron las variables psicológicas las que se trabajaron directamente con los contenidos de este taller. En este sentido la intervención cognitivo conductual que se propuso en esta investigación buscó disminuir las creencias estigmatizantes sobre el sobrepeso y la obesidad y que las participantes reconocieran cómo estos estándares de belleza de los cuerpos femeninos (generalmente hiperdelgados) (Esnaola et al., 2010; Jones et al., 2004; Morande, 2014) impactan de manera individual.

El peso de las participantes sí tuvo ligeros cambios (estadísticos y clínicos) a lo largo de la intervención como se ha reportado en otras propuestas de intervención psicológica para el sobrepeso y la obesidad (Baile et al., 2013; Baños et al., 2019; Baum et al., 1991; Bellido et al., 2023; Lafuente, 2011; Miri et al., 2019; Vera, 1998; Wadded et al., 2004). En función de la literatura (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014) se considera que una reducción del 5 al 10% del peso inicial resulta suficiente para disminuir el impacto de las complicaciones asociadas a la obesidad. Y posiblemente para alcanzar la remisión de algunas de las enfermedades concomitantes se precise superar el 10% de pérdida de peso. En el caso de las participantes de esta investigación, la participante 1 perdió 2.1 kg. de peso total al final de la

intervención lo cual fue menos del 5% recomendado (5% equivaldría en su caso a 3.32 kg.); la participante 2 disminuyó 0.7 kg. a lo largo de la intervención (el 5% recomendado equivaldría a 3.5 kg. en su caso) y la participante 3 disminuyó 1.8 kg, lo cual es menos del 5% recomendado (que equivaldría a 3.6 kg.). Es importante mencionar que la participante 2, debido a su edad le puede llegar a resultar más difícil reducir su peso y medidas antropométricas, en un estudio realizado por Kyle et al., (2011) mencionan que el envejecimiento produce cambios significativos en la composición corporal debido a un desequilibrio entre la ingesta de energía y las necesidades energéticas. Además de los aumentos progresivos de la masa grasa con la edad en donde se observa un incremento de masa grasa hasta los 74 años de edad y a partir de esa edad disminuye ligeramente.

Aunque ninguna de las participantes perdió un porcentaje de peso que pudiera ayudar a disminuir el impacto de las complicaciones asociadas a la obesidad, es destacable que las tres participantes tuvieron incrementos en sus porcentajes de masa muscular y en su autorreporte de conductas saludables y de autocuidado, tal como han referido en otras investigaciones sobre el tema (Bellido et al., 2023; Gómez et al., 2014).

Es importante destacar que por las fechas en las que se realizó el taller (la promoción se realizó a mediados de noviembre y se impartió la primera sesión a principios de diciembre) se celebran navidad y año nuevo, un factor importante porque tradicionalmente se tiene la costumbre de celebrar comiendo de forma exagerada (Guzmán et al., 2010) y promoviendo un ambiente obesogénico que incita la ingesta excesiva de calorías (Cortijo et al., 2014). Sin embargo, las tres participantes se mantuvieron en la intervención y lograron ligeras disminuciones de sus mediciones antropométricas. Si se buscara en futuras investigaciones impactar en este tipo de variables, se recomendaría llevar un tratamiento multidisciplinario para obtener mejores, así como ampliar la duración de la intervención pues en una investigación previa se refirió que lo más adecuado para la duración de las intervenciones de reducción de peso es planearlas de 16 a 26 semanas (Wadden et al., 2002).

Respecto a las variables psicológicas, los resultados mostraron decremento estadística y clínicamente significativo en la sintomatología depresiva y la preocupación corporal,

además se observaron cambios positivos y clínicamente significativos en las variables de planeación del futuro, autocontrol, asertividad, expresión emocional y solución de problemas. Mientras que en la variable de ansiedad obtuvieron puntajes mínimos los cuales se mantuvieron estables a través del tiempo. Estos hallazgos indican que las participantes aumentaron sus habilidades de regulación emocional (disminuyendo la sintomatología depresiva y manteniendo estabilidad en puntajes mínimos de ansiedad), modificaron la percepción de su cuerpo valorándolo de manera más positiva y aumentaron sus habilidades para la vida. Y aunque hay un ligero incremento de los síntomas de depresión, ansiedad e insatisfacción corporal en la evaluación de seguimiento, ninguna de las participantes regresó a los puntajes pretratamiento.

En este sentido, se puede concluir que la intervención cognitivo conductual tuvo un impacto positivo para aumentar las habilidades de las participantes y modificar sus percepciones sobre la imagen corporal similar a como se ha referido en la literatura sobre este tema (Baile et al., 2013; Baños et al., 2019; Baum et al., 1991; Bellido et al., 2023; Cresci et al., 2007; Lafuente, 2011; Miri et al., 2019; Vera, 1998; Wadded et al., 2004). También en sus entrevistas, se observó que las participantes hicieron modificaciones en sus estilos de vida, sobre todo a largo plazo (en la etapa de seguimiento) pues las participantes mostraron más creencias de autoeficacia, lo cual es un predictor de la pérdida y el mantenimiento del peso, haciendo a las personas más adherentes a estilos de vida de más saludables (Teixeria et al., 2010).

Las estrategias de regulación emocional que se promovieron con esta intervención también se consideraron indispensables, pues abonan a un mayor entendimiento de las emociones, proporcionando un marco para comprender cómo los factores cognitivos, conductuales, interpersonales y biológicos están involucrados en las problemáticas psicológicas (Mennin et al., 2007), fomentando un equilibrio entre las reacciones emocionales y las demandas del entorno (Domínguez, 2017). De hecho, se considera que los individuos con dificultad para manejar efectivamente sus respuestas emocionales ante las situaciones de la vida pueden experimentar periodos de distrés más largos y severos, los

cuales pueden evolucionar a trastornos como la depresión y la ansiedad (Aldao et al.,2010; Mennin, 2004; Mennin et al., 2007; Rodríguez et al., 2012).

Se observó que en los factores de habilidades para la vida: planeación del futuro, autocontrol, asertividad, solución de problemas, expresión emocional y control del enojo, las tres participantes tuvieron efectos de leves a fuertes en los tres momentos de evaluación, con tendencia a observar un aumento en sus habilidades. Las habilidades para la vida juegan un papel importante en la promoción de estilos de vida saludables puesto que son aptitudes necesarias para mantener comportamientos adecuados ante el estrés, permiten desarrollar nuevas conductas y favorecen los comportamientos saludables en las esferas física, psicológica y social (Alfaro et al., 2010).

Con respecto a la insatisfacción corporal las participantes 1 y 2 tuvieron puntajes que indican malestar corporal normativo en el pretest y en sus evaluaciones siguientes mostraron efectos de cambios positivos y clínicamente significativos moderados y fuertes. La participante 3 inició la intervención con niveles de malestar corporal patológico y en las siguientes evaluaciones se observó una reducción clínicamente significativa con efectos fuertes que pasó a estar por debajo de las puntuaciones del malestar corporal normativo. Tomando en cuenta estos resultados se podría concluir que la intervención ayudó a mejorar los niveles de satisfacción corporal de las participantes. Según Cash (2008) lo que ayuda a mejorar la percepción de la imagen corporal es primero identificar las causas históricas que influyeron en la percepción que se tiene de la imagen corporal, los factores históricos (factores culturales, experiencias interpersonales, características físicas, rasgos de personalidad y cambios físicos) contribuyen al desarrollo de la imagen corporal dando forma a las actitudes, percepciones, creencias, pensamientos y sentimientos con respecto a la propia apariencia física. Por ello, en esta intervención se cuestionaron los mandatos culturales, ya que los estándares sociales no pueden dañar a menos de que sean aceptados, no es una obligación aceptar ni adoptar estos ideales. Es importante cuando se trabaja con la imagen corporal enfatizar que el valor de una persona no depende del aspecto físico, más bien tiene que ver más con aspectos de personalidad, acciones que se realicen y experiencias que se hayan tenido. Por lo que hay que identificar las cualidades y fortalezas que se tengan de uno mismo,

así como las áreas de oportunidad. Asimismo, la regulación emocional juega un papel importante para mejorar la percepción de la imagen corporal, dado que los pensamientos y los sentimientos de la propia imagen corporal no son evidencia de ninguna verdad.

En una investigación realizada por Gomes da Silva et al. (2019) se encontró que las opiniones de la sociedad pueden impactar en la imagen corporal de las personas a nivel individual influyendo en la forma de pensar y sentir sobre ellas mismas. Tomando en cuenta que la delgadez se ha visto como un ideal de belleza aceptado por muchas culturas (Saffo et al., 2014) las personas con sobrepeso, más concretamente aquellas con obesidad, sufren la presión social por no cumplir con el estándar estético difundido socialmente (Cori et al., 2015) y este rechazo social puede terminar en diversos malestares psicológicos (Baile et al., 2013; Bautista et al., 2019; Chu et al., 2019; Contreras et al., 2016; Guendulain et al., 2022; Kaufer et al., 2021; Trejo et al., 2010; Vázquez, 2022). Lamentablemente es en el seno de las relaciones interpersonales con familiares, amigos, parejas o compañeros las que más favorecen que las personas aprendan creencias o suposiciones básicas sobre el significado de la apariencia personal, estas suposiciones centrales, también llamadas esquemas, determinan como se interpretará la realidad (Cash, 2008). Las distorsiones de la imagen corporal tienen una gran influencia en la naturaleza de las experiencias afectivas, en un estudio realizado por Tejal et al. (2006) se encontró que los participantes con mayores distorsiones cognitivas sobre su imagen corporal tenían mayor insatisfacción corporal y emociones desagradables. De hecho, se ha reportado que las dificultades en los procesos de regulación emocional tienen relación con la valoración cognitiva negativa de la imagen corporal, propiciando muchas veces, conductas alimentarias anómalas (Rivarola et al., 2013).

Como se refirió en los resultados de las historias de vida de las participantes, en la percepción que tienen de su imagen corporal influyeron diversas experiencias familiares principalmente; que son las que han dado forma a sus actitudes, percepciones, creencias, pensamientos y sentimientos con respecto a su propia apariencia física. Por ello, a lo largo de la intervención se les ayudo a cuestionar los mandatos de la propia cultura, así como los estándares sociales, intentando que se disminuyera el daño al reconocer lo estigmatizantes que pueden ser y cuestionando la veracidad de dichos supuestos.

Una manera más de contribuir a modificar los supuestos de la imagen corporal estereotipada de las mujeres, fue por medio de incitar que las participantes reconocieran que las experiencias, aunque son acontecimientos internos que posiblemente generan sentimientos desagradables o incómodos, pueden regularse y lograr disminuir el impacto del malestar que generan mediante estrategias de regulación emocional (Rivarola et al., 2013); el cuerpo no es el problema, es lo que se piensa sobre él (Cash, 2008).

También fue importante durante la intervención identificar los esquemas individuales para incitarles a reestructurar estos pensamientos por supuestos más realistas y positivos, así como el enfatizar que el valor de una persona no depende del aspecto físico, más bien tiene que ver más con aspectos de personalidad, de conducta o experienciales. Por lo que hay que identificar las cualidades y fortalezas personales para lograr un cambio (Cash, 2008).

Durante el proceso de intervención las participantes mostraron cohesión con el grupo y adherencia a las sesiones del taller, no faltaron a ninguna de las sesiones y realizaron todas las tareas terapéuticas sugeridas, mostrando motivación a lo largo del proceso, lo cual coincide con la literatura en donde se menciona que la terapia grupal es una herramienta eficaz para el tratamiento de la obesidad, ya que permite que las participantes se sientan contenidas gracias a lo que comparten con el grupo (experiencias personales, logros y dificultades, disparadores emocionales que influyen en los hábitos alimentarios, entre otros); de esta manera, se educa en el cambio de hábitos y estilos de vida y se incentiva a aumentar la actividad física, ampliando las posibilidades de motivar a la persona y desarrollar la constancia (Bellido et al, 2023; Vilallonga et al., 2008; Wadden et al., 2002).

Un aspecto que deberá continuarse estudiando es el efecto que tienen intervenciones como la propuesta en este trabajo, en la que se trató de poner énfasis sobre la percepción de la imagen corporal sobre diversas variables psicológicas y antropométricas. Si se logra aproximar a la persona a una perspectiva más positiva sobre sí misma, se incita a cuestionar las prácticas y estigmas sobre el cuerpo y se motiva al cambio; pareciera que esto tendrá un

efecto positivo para la modificación de conductas orientadas al cuidado de la salud (Esnaola et al., 2010; Jones et al., 2004; Morande, 2014).

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca el tamaño muestral, por lo que se sugiere ampliar el número de participantes en futuras investigaciones; así como evaluar los efectos de este taller en fechas diferentes a fin de año, para evitar o controlar los efectos del ambiente festivo que incita al consumo excesivo de alimentos. Otra limitante de este estudio fue el instrumento para medir Habilidades para la Vida de Alfaro et al., (2010), dado que es un instrumento que no está estandarizado para la población del presente estudio, por lo que las interpretaciones cuantitativas deberán realizarse con reserva. Sin embargo, para esta investigación, este instrumento pudiera llegar a funcionar más en la parte cualitativa tomándolo como un autorregistro comparativo entre mediciones para cada una de las participantes. Se recomienda utilizar un instrumento acorde a la muestra en caso de replicación. También se recomendaría un criterio de inclusión adicional para el ingreso al taller “Estar iniciando o ya haber comenzado un tratamiento nutricional” para realizarse de manera multidisciplinaria y la intervención psicológica pueda resultar más efectiva. Por otro lado, valdría la pena agregar algún instrumento específico psicométrico que pueda diagnosticar trastornos de conducta alimentaria, en este estudio se utilizó un instrumento de preocupación corporal que puede funcionar como indicador de riesgo para dichos trastornos aunado a la observación clínica, pero para mayor certeza de que las participantes no presentan este tipo de trastornos podría considerarse en aplicar este tipo de instrumentos.

Sería importante reconocer cómo funcionaría este taller con otro tipo de población, en varones, y abordar las preocupaciones, estigmas y representaciones que tienen sobre su imagen corporal y de qué manera influye el sexo/género en estas cuestiones.

Se puede concluir que la intervención en formato taller grupal, cognitivo conductual tuvo efectos positivos en las variables psicológicas de las participantes y ligeramente en el peso y el aumento de masa muscular de las participantes. Será indispensable continuar evaluando los efectos en otras poblaciones y en una muestra de mayor tamaño.

El énfasis en cuestionar los estereotipos de la figura corporal que impactan primordialmente a las mujeres, fomentando en muchos sentidos conductas alimentarias de riesgo o distorsiones en la imagen corporal, será un aspecto determinante para las intervenciones psicológicas si se busca tener efectos en otras variables psicológicas o antropométricas.

Anexos

Anexo A. Historia clínica

Historia clínica

Datos personales

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Con quien vives:

Dirección/Delegación:

Escolaridad:

N.º de hijos:

Número telefónico:

Correo electrónico

Datos biométricos

Talla:

Peso:

Índice de Masa Corporal (IMC):

Circunferencia de la cintura (CC):

Motivo por el cual decidió entrar al taller

1. ¿Cuáles fueron tus mayores motivaciones para decidir entrar a este taller?
2. ¿Consideras al sobrepeso u obesidad como un problema? ¿Por qué?
3. ¿De qué manera este problema ha afectado tu vida? Indagar en la esfera social, personal, de salud, sexual, familiar, académica o laboral
4. ¿De qué manera ha evolucionado a través del tiempo tu cuerpo?
5. ¿En algún momento de tu vida alguien te ha juzgado o criticado por tu cuerpo?

6. ¿Quién o quiénes?
7. ¿Cómo te sientes al respecto?
8. ¿Qué esperas de este taller?

Intentos previos para solucionar dicho problema

1. ¿Has intentado bajar de peso en algunas otras ocasiones?
2. ¿Qué has hecho?
3. ¿Funciono?
4. ¿Por cuánto tiempo?

Antecedentes médicos

- Enfermedades relevantes (crónica o hereditaria)
- Tomas algún medicamento ¿Cuál, ¿para qué?, dosis.
- ¿Utilizas algún método anticonceptivo que sea diferente a un método de barrera?
- ¿En algún momento de tu vida has utilizado una píldora anticonceptiva de emergencia?
- Padecimientos psiquiátricos.
- Consumo de sustancias.
- Adicciones.
- Cirugía/trasplantes/donaciones.
- Accidentes.
- Hospitalizaciones.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazos.
- Abortos.

Antecedentes psicológicos

- Si asistieras a terapia psicológica ¿cuál sería el motivo por el que asistieras?
- Aproximadamente, ¿desde hace cuánto tiempo te sientes así?
- ¿Qué áreas de tu vida se ven alteradas?
- ¿Has recibido atención psicológica anteriormente?
- ¿Cuál fue el motivo?
- ¿Qué enfoque fue?
- ¿Por cuánto tiempo?

- Periodo de atención (mes-año).
- ¿Te dieron de alta?

Antecedentes de salud en la familia

- Enfermedades de la parte paterna.
- Enfermedades de la parte materna.
- ¿Alguno de sus familiares ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida? ¿Cuál fue la razón?

Conductas previsiblemente alteradas (A partir de este apartado se realizó la evaluación post)

Hábitos alimentarios

1. ¿Cuántas veces al día comes?
2. ¿Cuántos vasos/litros de agua tomas al día?
3. ¿Cuánto tiempo pasa para que desayunes en cuanto te levantas?
4. ¿Tu forma de comer es lenta, normal o rápida?
5. Generalmente comes ¿dentro o fuera de casa?
6. ¿Qué tan saludable considero que es mi alimentación?

Horarios de alimentos

Desayuno:

Colación:

Comida:

Colación:

Cena:

Consumo semanal

Alimento	Veces por día	Veces por semana
Verduras		
Frutas		

Cereales (trigo, arroz, maíz, cebada, avena, pasta, pan, tortilla, papa)		
Proteínas (queso, carne, pollo, huevo, pescado, mariscos, jamón)		
Lácteos y sustitutos (yogurt, leche)		
Leguminosas (soya, frijol, garbanzos, lentejas, habas, alubias)		
Grasa (aceites, aguacate, mayonesa, chorizo, mantequilla, pepperoni, tocino, nuez, almendras, pistache)		
Refresco o bebidas edulcorantes		
Dulces, chocolates, frituras, pan dulce, hamburguesas, pizza, alitas, churros, galletas, pastel, crepas		
Bebidas alcohólicas		
Bebidas energéticas		
Suplementos alimenticios		

Hábitos de sueño

- Horas de sueño regular.
- ¿Te cuesta trabajo conciliar el sueño?
- ¿Cuándo te duermes te despiertas frecuentemente en la noche y te resulta difícil conciliar nuevamente el sueño?

- ¿Cómo es tu rutina antes de acostarte?
- ¿Algún padecimiento como sonambulismo, ronca, bruxismo, apnea, sobresaltos o parálisis del sueño?

Hábitos de actividad física

- ¿Cómo es tu rutina diaria?
- ¿Practicas ejercicio
- ¿Te gusta hacer ejercicio?
- ¿Qué tipo de ejercicio realizas y cuantas horas?
- ¿Desde hace cuánto tiempo has realizado ejercicio?
- ¿Cuántas horas de inactividad pasas al día?

Actividades sociales y gratificantes

- ¿Qué te gusta hacer en tus tiempos libres?
- ¿Qué tan frecuente asistes a eventos sociales (fiestas, reuniones con amigas, visitas a restaurantes o cafeterías)?
- Generalmente cuando asiste a eventos sociales ¿qué lugares frecuentan?
- ¿Cómo son tus relaciones sociales?
- ¿En algún momento te has llegado a sentir presionada en eventos sociales para comer alimentos, aunque no quisieras o ya estuvieras llena?

Alimentación y emociones

- Cuando estás muy estresada, triste o enojada ¿qué haces generalmente?
- ¿Cuáles son tus alimentos favoritos?
- ¿Porque los consideras tus favoritos
- Emocionalmente ¿cómo te hace sentir ingerir estos alimentos?
- ¿Cómo te sientes cuando comes alimentos dulces o grasosos?
- ¿Has notado en qué momentos del día o de la semana eres más antojadiza?
- ¿En algún momento has llegado a comer sin necesariamente tener hambre?
- ¿Te has percatado en qué situaciones?
- ¿En algún momento has comido hasta sentirte “muy lleno”?

- ¿Te has percatado en qué situaciones?

Conductas de riesgo

- ¿Crees que existen alimentos buenos y malos?
- En caso de ser afirmativo ¿cómo los clasificas y por qué?
- ¿Te has llegado a sentir culpable después de comer determinados alimentos?
- ¿Cuándo tienes una sobreingesta, tiendes a realizar mucho ejercicio, no comer nada, o alguna otra conducta que pudiera compensar la sobreingesta?

Anexo B. Consentimiento informado



Consentimiento informado



Eres invitada a participar en el proyecto de intervención para mujeres adultas que desean disminuir su índice de grasa corporal, este proyecto forma parte de la tesis profesional de la psicóloga responsable Montserrat Espejel, la docente responsable es la Dra. Angélica Juárez Loya (cédula profesional: 11660481), quien es profesora en la Facultad de Psicología de la UNAM. Esta intervención pretende fomentar en las participantes la adquisición de hábitos saludables que ayuden a disminuir el peso y grasa corporal, obteniendo una relación saludable con la comida y con la imagen corporal.

Es importante mencionar que tu participación es voluntaria y puedes abandonar la intervención en cualquier momento si así lo deseas, también puedes evitar participar en cualquiera de las actividades y esto no implicará ninguna consecuencia para ti. La intervención no tendrá ningún costo para ti, pero tampoco se te compensará monetariamente por asistir.

Si aceptas participar, trabajaremos durante 8 sesiones semanales, es decir 2 meses, en sesiones grupales con duración de 110 minutos (1 hora con 40 minutos), en las sesiones se brindarán habilidades para manejar las emociones, así como información para fomentar los hábitos saludables, también en cada sesión se dejarán tareas terapéuticas (actividades a realizar en casa).

Durante la intervención, se tomarán medidas de algunas partes de tu cuerpo y se te pedirá hacer un seguimiento de peso e índice de grasa corporal, también tendrías que responder algunas preguntas durante una entrevista al inicio y al final de la intervención en las que también se aplicarán algunos cuestionarios psicológicos. Toda la información que nos proporciones será confidencial y se utilizará exclusivamente con fines de investigación.

La psicóloga responsable estará disponible para la aclaración de dudas durante todo el proceso de la intervención y si fuera necesario, también pueden contactar a la supervisora

(Dra. Angélica Juárez Loya, correo: ajuarezloya@comunidad.unam.mx), una vez concluido el trabajo, puedes solicitar la devolución de tus resultados.

Agradecemos de antemano tu colaboración y confianza. Después de haber leído este documento, si estás de acuerdo en participar, coloque la fecha, nombre completo y firma.

Agradecemos tu tiempo y colaboración.

Fecha: _____

Nombre completo de la participante: _____

Firma:

Firma de la psicóloga que realiza la intervención: _____

Anexo C. Reglas de convivencia

Reglas del taller

¡Muchas gracias por aceptar estar el día de hoy aquí!

Recuerden que este es su espacio, y por ello pondremos algunas reglas de convivencia para que el ambiente de trabajo sea lo más respetuoso, cómodo, tranquilo y seguro para todas. Por ello:

1. Todas las participantes pueden expresar sus ideas, comentarios, sentimientos y pensamientos de forma libre y sin temor a ser juzgadas.
2. Recordemos que todas somos diferentes y aunque tengamos cosas en común, es importante respetar las creencias, opiniones, sentimientos y estrategias de afrontamiento que cada una de nosotras tenemos, evitemos invalidar y juzgar a las demás.
3. Todas queremos escucharte, por lo que te pedimos que entre todas nos escuchemos atentamente y evitemos interrumpir a las demás.
4. El contenido personal de las sesiones es confidencial. Lo que sucede en el grupo, se queda en el grupo, te pedimos privacidad de lo que se llegue a escuchar aquí.
5. Procuremos tener nuestros teléfonos silenciados, de esta manera evitaremos que suene a la mitad de alguna actividad. Si tienes que atender la llamada, está bien, hazlo en silencio y sin interrumpir las actividades de la sesión.
6. Evitemos llegar tarde a las sesiones, pero si eso llegara a pasar, todas tienen 10 minutos de tolerancia. Una vez pasado este tiempo se comenzará la sesión con normalidad.

Juntas logremos que este espacio sea de apoyo mutuo y de respeto.

BIENVENIDAS AL TALLER

Anexo D. Establecimiento de objetivos

¿Qué objetivos quiero lograr con esta intervención?	¿Por qué eso es importante para mí?	¿Qué tendría que hacer para conseguirlo?

Anexo E. Autorregistros conductuales

Semana N.º

Fecha:

	¿Qué comí?	¿Qué cantidad?	¿A qué hora?	Lugar	¿Con quién estaba?	¿Cómo me sentía?
Desayuno						
Colación*						
Comida						
Colación*						
Cena						

¿Cuántos vasos o litros de agua ingerí?

¿Cuántas horas dormí?

¿Hice ejercicio?

¿Qué hice y cuánto tiempo?

Anexo F. Modelo de solución de problemas

1. Definición del problema

¿Qué pasa?

¿Cómo pasa?

¿Por qué pasa?

¿Cuándo pasa?

¿En dónde pasa?

¿Quiénes están involucrados?

2. y 3. Generar alternativas y realizar un balance decisional.

ALTERNATIVAS				
VENTAJAS				
DESVENTAJAS				

--	--	--	--	--

4. Toma de Decisión.

¿Qué alternativa es la mejor solución?

¿Cómo la voy a llevar a cabo?

¿Funciono mi estrategia para solucionar el problema?

Anexo G. Etiquetando mis sentimientos

Sentimiento	Emociones
Amor	
Celos	
Aburrimiento	
Humillación	
Confusión	
Irritación	
Vergüenza	
Abandono	
Ansiedad	
Optimismo	
Desesperación	
Decepción	
Preocupación	
Timidez	
Tranquilidad	
Valentía	
Vacío	
Sentirme capaz	
Sentirme incapaz	
Sentirme traicionada	

Anexo H. Autorregistro conductual

Semana N°:

Fecha:

	¿Qué comí?	¿Qué cantidad?	Hora	Lugar	¿Con quién estaba?	¿Cómo me sentía?	¿Hambre o apetito?
Desayuno							
Colación*							
Comida							
Colación*							
Cena							

¿Cuántos vasos/ litros de agua ingerí?

¿Cuántas horas dormí?

¿Hice ejercicio?

¿Qué hice y cuánto tiempo?

Anexo I. Registro ACC en conducta alimentaria

¿Cómo me sentía?	¿Qué pasó antes de sentirme así?	¿Aplique alguna técnica?	¿Cuál?	Del 1 al 10 ¿cuánto me ayudó?

Anexo J. ¿Qué me gusta y que no me gusta de mi físico?

¿Qué me gusta de mi físico?	¿Por qué me gusta?	¿Qué no me gusta de mi físico?	¿Por qué no me gusta?

Anexo K. Mi reflejo

<p>Describir la situación</p> <p>¿Qué pasó?</p>	<p>Pensamientos e interpretaciones de la situación</p> <p>¿Qué pensabas? ¿Qué te decías a ti misma?</p>	<p>Consecuencias</p> <p>¿Cómo reacciono conductual y emocionalmente?</p>	<p>Intensidad (1-10)</p>

Anexo L. Reestructura tus pensamientos

Pensamientos automáticos	Reformulación

Anexo M. ¿Quién soy?

QUIEN SOY?

5 cualidades que reconocen tus amigxs

Anota 10 cualidades personales que reconozcas en ti

DESCRIBE UNA SITUACIÓN DE TU VIDA DONDE TE HAYAS SENTIDO ORGULLOSA DE TI MISMA

¿Cuales son tus áreas de oportunidad?

Apunta algunos éxitos de tu vida

¿Cuales son tus metas en la vida?

¿POR QUE VALE LA PENA CONOCERTE?

Anexo N. Carta descriptiva de las sesiones

Temática: Psicoeducación en sobrepeso y obesidad				
Objetivo específico: Desarrollar una relación amistosa y de confianza entre las participantes mediante el conocimiento de las integrantes del grupo, asimismo se pretende promocionar/promover la motivación y brindar psicoeducación sobre la obesidad y sobrepeso.				Nº sesión: 1
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Encuadre	<p>Crear un ambiente de confianza entre la psicóloga y las participantes.</p> <p>Explicar las normas de convivencia para favorecer un ambiente de respeto entre las participantes.</p>	Se explicarán los acuerdos de confidencialidad y se entregara una hoja a cada una de las participantes con las reglas para una convivencia sana, de confianza y respeto entre todas las participantes.	Hoja impresa de las reglas de convivencia (Anexo C)	5 minutos
Rapport	Presentar a todas las participantes dentro del grupo, con la finalidad de promover la confianza y un sentido de pertenencia en el grupo.	<p>Se realizará la presentación de las participantes mediante las siguientes preguntas (incluyendo a la moderadora del taller):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre. 2. Edad. 3. Ocupación. 4. Hobbies. 5. ¿Porqué decidieron entrar al taller? 6. Expectativas del taller. 		15 minutos
Psicoeducación	Brindar psicoeducación del sobrepeso y la obesidad concientizando a las participantes de las repercusiones negativas que puede tener este padecimiento en su salud. Asimismo, se pretende explicar la importancia que	<p>Mediante la presentación, la psicóloga explicara los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición del sobrepeso u obesidad junto con sus patologías asociadas. 2. Estadísticas de nivel nacional. 	<p>Presentación: Sobrepeso y obesidad</p> <p>Proyector</p>	50 minutos

	tiene el psicólogo en el tratamiento multidisciplinario del sobrepeso y la obesidad.	<p>3. Factores asociados al sobrepeso y obesidad.</p> <p>4. La relación entre salud física y mental.</p> <p>5. La importancia de la labor del psicólogo en el tratamiento para el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>A lo largo de la presentación se realizarán preguntas a las participantes, con la finalidad de conocer sus puntos de vista y hacer más dinámica la sesión.</p>	Laptop	
Tarea terapéutica y cierre	Promover la motivación mediante el establecimiento de objetivos en las participantes, así como definir para cada una de las participantes la importancia de conseguir esos objetivos y cuales sería los costos de conseguirlos.	<p>Se les dará a todas las participantes una hoja con una tabla (ver anexo D) y se les explicará con un ejemplo hipotético como responder cada la de las columnas.</p> <p>A través de preguntas se indaga si existen preguntas sobre lo que se vio en sesión o sobre la tarea terapéutica.</p>	<p>Hojas</p> <p>Presentación Simplificación de objetivos</p> <p>Tarea terapéutica (Anexo D)</p>	20 minutos
Temática: Promoción de conductas saludables				
Objetivo específico: Establecer objetivos realistas para la intervención y promocionar conductas de salud en las participantes (actividad física constante, higiene del sueño y hábitos alimenticios saludables.)				Nº sesión: 2
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisión de la tarea	Adaptar los objetivos por unos más realistas o fragmentarlos para incrementar las posibilidades de éxito, manteniendo la motivación en las participantes a lo largo de la intervención.	Las participantes leerán en voz alta sus metas y se discutirá con el grupo si son metas realistas y simples para ejecutar.	Tarea terapéutica (Anexo D)	20 min

<p>Psicoeducación sobre las conductas de autocuidado</p>	<p>Promocionar las conductas de salud mediante la explicación de su importancia e impacto que tienen en la vida cotidiana, favoreciendo el autocuidado en las participantes.</p> <p>Brindar recomendaciones para que a las participantes se les facilite la implementación de estas conductas de salud en su vida diaria.</p>	<p>Mediante la presentación la psicóloga explicara los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es el autocuidado? 2. La importancia del sueño 3. Consecuencias negativas de no dormir bien. 4. Higiene del sueño. 5. La importancia de la higiene personal. 6. Beneficios de la actividad física. 7. Recomendaciones para ser adherentes con la actividad física. 8. La importancia del ocio y tiempo libre. 9. ¿Qué es la alimentación saludable? 10. Guía general de una alimentación saludable. 11. Aprendiendo a comer. 12. Factores que determinan la elección de los alimentos. 	<p>Presentación: Autocuidado</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p>	<p>1 hora con 10 minutos</p>
--	---	--	---	------------------------------

		<p>13. Factores biológicos.</p> <p>14. Factores psicológicos.</p> <p>15. Factores socioeconómicos.</p> <p>16. Factores físicos.</p> <p>17. Factores sociales.</p> <p>18. Actividad: Relaciona la comida con algún evento social.</p> <p>19. Los hábitos y nuestro estilo de vida.</p> <p>Durante la presentación se realizarán preguntas a las participantes con la finalidad de hacer más dinámica la presentación.</p>		
Tarea terapéutica y cierre	Explicar las indicaciones para realizar un autorregistro de las conductas de autocuidado y su importancia de realizarlo.	<p>Se le dará a cada una de las participantes la hoja de los autorregistros (anexo E.) y se le explicará a detalle como deberá llenarse, asimismo se les explicará la importancia de realizarlo. Posteriormente se revisarán las dudas.</p> <p>Se les dará las gracias a las participantes por asistir a la sesión y se dará la despedida.</p>	Hojas de autorregistro (Anexo E)	10 min.
Temática: Modelo de solución de problemas (MSP)				
Objetivo específico: Entrenar en la solución planificada del problema (SPP) para la resolución de conflictos eficaz en las problemáticas cotidianas con la finalidad de dotar a las participantes con herramientas de afrontamiento.				Nº sesión: 3

Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisar la tarea terapéutica	Sensibilizar a las participantes sobre cómo son sus hábitos actualmente e indagar las razones por las cuales les cuesta trabajo ser adherentes en sus hábitos de autocuidado.	<p>Se les pedirá a las participantes que respondan de manera individual cada una de las siguientes preguntas y las respondan en una hoja blanca:</p> <p>¿Qué notaron de sus hábitos actuales?</p> <p>¿Cuál de los hábitos saludables les cuesta más trabajo realizar?</p> <p>¿Por qué creen que sea más difícil?</p> <p>¿Les gustaría cambiar algún hábito que tengan?</p>	<p>Hojas de autorregistro (Anexo E)</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Plumas</p>	30 min.
Enseñar el modelo de solución de problemas	Psicoeducar a las participantes en resolver conflictos de una manera planificada, con la finalidad de resolver los problemas que interfieren el adherirse a un estilo de vida saludable.	<p>Se proyectará la presentación y se abarcan los temas en el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasos para una solución planificada del problema (introducción). 2. Definición del problema. 3. Generación de alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Implementación y verificación. 	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Presentación: Solución planificada del problema</p>	40 min

Ejemplo aplicado del modelo de solución de problemas	Ejemplificar con un caso hipotético la aplicación del modelo de solución de problemas y con ese mismo caso se realizará una actividad de práctica.	<p>Se proyectará la presentación y se explicará la situación problemática que tiene Daniela, posteriormente se definirá el problema con las preguntas claves, estableciendo sus objetivos y obstáculos. Se realizará la generación de alternativas y su balance decisional. Y finalmente la toma de decisión.</p> <p>Para terminar la actividad se les dará unas hojas impresas (anexo F) con el modelo de solución de problemas y tendrán que aplicar el modelo con los obstáculos de Daniela.</p> <p>Esta actividad se discutirá en la sesión.</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Presentación: El caso de Daniela</p> <p>Hojas impresas del modelo de solución de problemas (Anexo F)</p> <p>Plumas</p> <p>Portapapeles</p>	25 min
Tarea terapéutica y cierre	Resolver dudas de la actividad y motivar a las participantes a aplicar este modelo de solución de problemas en su vida diaria, particularmente en los problemas que pueden afectar la adherencia a un estilo de vida saludable.	<p>Preguntar a las participantes si tienen alguna duda sobre el modelo de solución de problemas (MSP).</p> <p>Motivar a las participantes a ocupar el modelo, ya que con eso pueden resolver los problemas que se les atraviesan en su vida diaria.</p>	Hojas impresas del modelo de solución de problemas (Anexo F)	5 min.
Temática: Regulación emocional				
Objetivo específico: Psicoeducar sobre las emociones y sentimientos, con la finalidad de explicar la relación que existe entre emoción y alimentación. Por otro lado, se pretende brindar estrategias de regulación emocional.				Nº sesión: 4
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisar la tarea terapéutica	Analizar las fortalezas y áreas de oportunidad de las participantes en	Inicialmente se dará la bienvenida, y se les preguntará si aplicaron el MSP, en caso de ser	Hojas impresas del modelo de solución	15 min

	problemas reales de su vida cotidiana y brindar retroalimentación.	afirmativo se les pedirá a las participantes que digan en voz alta en que problema lo aplicaron y cuál fue su solución ¿si se resolvió de manera efectiva? En caso de ser negativo, se indagará la razón y se les motivará a ocupar dicho modelo.	de problemas (Anexo F)	
Psicoeducación de las emociones	Explicar qué son las emociones, cuál es su función y qué sensaciones puede desencadenar en el organismo, así como aprender a distinguir lo que es una emoción y un sentimiento. Con la finalidad de que las participantes puedan nombrar y clasificar sus emociones para una regulación emocional adecuada.	Se proyectará la presentación de emociones: 1. ¿Qué son y para qué sirven?: 2. ¿Qué son las emociones? 3. Función de las emociones. 4. Emociones primarias y la función de cada una (alegría, enojo, tristeza, desagrado, miedo, sorpresa). 5. Sentimientos ¿Qué son?	Proyector Laptop Presentación: Emociones	30 min
Etiquetando mis sentimientos	Clasificar las emociones que desencadenan determinados sentimientos, con la finalidad de incrementar la consciencia emocional de cada una de las participantes.	Una vez finalizada la presentación se le dará a cada una de las participantes una hoja (anexo G) en donde tendrán que clasificar que emociones detonan ese sentimiento en particular. Posteriormente se discutirá en grupo como les fue con la actividad:	Hoja de actividad “Etiquetando mis sentimientos” (Anexo G) Plumas Portapapeles	15 min.

		<p>¿Les costo trabajo? ¿Qué notaron?</p>		
Relación entre las emociones y la alimentación	<p>Mostrar la relación que existe entre la alimentación y las emociones.</p> <p>Diferenciar el hambre del apetito.</p>	<p>Para mostrar la relación que existe entre alimentación y emociones se expondrán brevemente algunos artículos de investigación en los cuales se demuestre esta relación, para finalizar se les explicará a las participantes la definición de hambre y apetito, y como se siente cada una de estas sensaciones.</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Presentación: Relación entre alimentación y emoción</p>	10 min.
Regulación emocional	<p>Enseñar mediante el DEPA estrategias de regulación emocional.</p>	<p>Se explicará mediante una presentación ¿Qué es la regulación emocional?</p> <p>Se les presentara el D.E.P.A, en esta sesión únicamente se verán las primeras dos siglas: Detenerse y Enlentecer.</p> <p>Se realizarán ejercicios breves de algunas técnicas de regulación emocional.</p>	<p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Presentación: Regulación emocional DEPA</p> <p>Música relajante</p> <p>Bocina pequeña</p>	25 min.
Tarea terapéutica	<p>Entrenar técnicas de regulación emocional, así como identificar el hambre fisiológica del apetito.</p>	<p>Se les entregara a las participantes dos hojas de autorregistros. La primera hoja (Anexo H) la tendrán que llenar diariamente y la segunda hoja (Anexo I), solo la llenaran en caso de que hayan clasificado un alimento con apetito en</p>	<p>Hojas impresas (Anexo H e I)</p>	5 min.

		<p>lugar de hambre, de ser así llenaran la segunda hoja.</p> <p>Asimismo, se les pedirá que realicen a lo largo de la semana las técnicas de regulación emocional.</p>		
Temática: Imagen corporal				
<p>Objetivo específico: Identificar la percepción de imagen corporal que tienen las participantes sobre sí mismas, analizando de donde se construyó dicha percepción. Reflexionar sobre la violencia estética que ejerce la sociedad moderna influyendo en el propio concepto corporal.</p>				Nº sesión: 5
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisar la tarea terapéutica	Diferenciar el hambre del apetito. En caso de que hayan consumido determinados alimentos por apetito, reflexionar su estado emocional de ese momento, así como identificar situaciones antecedentes. Una vez que identificaron su estado emocional llevaran a cabo estrategias conductuales y fisiológicas para su regulación emocional.	<p>Se les pedirá a las participantes que saquen sus tareas terapéuticas y compartan con el grupo que notaron en esa semana.</p> <p>¿Tuvieron ingesta por apetito?</p> <p>En caso de ser afirmativo ¿Qué paso antes de que tuvieras apetito hacia algún alimento en particular?</p> <p>¿Qué hiciste después?</p> <p>¿Aplicaste alguna técnica de regulación emocional?</p> <p>¿Cuál técnica de las que vimos previamente les ayudo más?</p>	<p>Tarea terapéutica</p> <p>Escucha activa</p> <p>Retroalimentación</p>	15 min.

<p>Actividad: ¿Que me gusta y que no me gusta de mi físico?</p>	<p>Analizar que actitudes y valoraciones tienen las participantes con respecto a su cuerpo.</p>	<p>Se les dará una hoja donde viene impresa la actividad y se les dará un par de minutos para que respondan. Una vez que finalicen todas las participantes, se les pedirá, de manera opcional, que compartan con el grupo por qué creen que esas partes de sus cuerpos no les gustan.</p>	<p>Hojas de actividad ¿Qué me gusta y qué no me gusta de mi físico? (anexo J)</p>	<p>10 min</p>
<p>Imagen corporal</p>	<p>Comprender de qué manera las influencias sociales, culturales y personales impactan en el desarrollo de la imagen corporal.</p>	<p>Se les pondrá la presentación de imagen corporal, que está compuesta por los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la imagen corporal? 2. ¿Cómo se construye? (factores culturales, sociales, individuales). 	<p>Presentación: Imagen corporal</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p>	<p>20 min.</p>
<p>Cortometrajes: Human form</p> <p>Obsesionada con la belleza</p>	<p>Discutir como las influencias socioculturales (influencia de moda, ideal estético y la publicidad) impactan en la imagen corporal de las personas. Así como criticar los medios por los cuales las personas tienen que pasar para que su apariencia sea aceptada socialmente.</p>	<p>Se les pondrá a las participantes en el proyector los siguientes cortometrajes, una vez finalizados se procederá a la discusión en grupo.</p> <p>¿Qué les parecieron los cortometrajes?</p> <p>¿Qué piensan?</p>	<p>Cortometrajes Human form https://cortosdemetraje.com/human-form/ Obsesionada con la belleza https://www.youtube.com/watch?v=m7seld2KvGY</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p>	<p>30 min</p>

<p>Actividad: La historia de mi imagen corporal</p>	<p>Identificar quienes formaron parte de la historia de la imagen corporal de las participantes. Y analizar de qué manera influyeron y siguen influyendo.</p>	<p>Se les dará a las participantes hojas en blanco y cada una de ellas redactará, quienes y de qué manera estas personas influyeron en su perspectiva corporal.</p> <p>Una vez que hayan terminado se les invitara a las participantes a compartir sus reflexiones, sin obligar a ninguna a participar.</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Plumas</p> <p>Lápices</p> <p>Goma</p> <p>Portapapeles</p> <p>Música relajante</p>	<p>30 min</p>
<p>Tarea terapéutica</p>	<p>Identificar desencadenantes, consecuencias y pensamientos de los episodios que puedan afectar de una manera negativa la imagen corporal de las participantes.</p> <p>Identificar que pensamientos distorsionados tienen con respeto a su cuerpo.</p>	<p>Se les dará una hoja con la actividad mi reflejo (anexo K) con la finalidad de que las participantes puedan realizar un análisis funcional de su imagen corporal. Se les explicara como realizar cada columna y se resolverán dudas.</p> <p>Se les pedirá a las participantes que durante esa semana vean su cuerpo en un espejo completo, vean cada parte de su cuerpo. Los primeros tres días será con ropa diferente, los siguientes tres días será con ropa interior (en caso de que se les dificulte mucho verse en ropa interior será la vestimenta con un short y una playera sin mangas) y deberán anotar en cada una de estas experiencias los pensamientos y sentimientos desencadenados.</p>	<p>Hojas impresas</p> <p>Mi reflejo (Anexo K)</p>	<p>5 min</p>

Temática: Distorsiones cognitivas

Objetivo específico: Analizar los pensamientos disfuncionales sobre la apariencia física de las participantes realizando una reestructuración cognitiva.				Nª sesión 6
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisar la tarea terapéutica	Reflexionar y analizar los pensamientos y sentimientos generados de su cuerpo a lo largo de la semana.	<p>Se les pedirá a las participantes que saquen sus tareas terapéuticas, y quienes quieran compartir sus pensamientos y sentimientos puede hacerlo frete al grupo, sin embargo, se respetara la decisión de quienes no quieran hacerlo.</p> <p>¿Qué notaron con este ejercicio? ¿Qué pensaron? ¿Cómo se sintieron después de tener esos pensamientos?</p>	Hojas impresas Mi reflejo (Anexo K)	25 min.
Distorsiones cognitivas	Identificar las distorsiones cognitivas que pueden generar malestar emocional o perjudicar la imagen corporal.	<p>Se pondrá la presentación distorsiones cognitivas y se verán los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué son las distorsiones cognitivas? 2. Distorsiones cognitivas más frecuentes. <ul style="list-style-type: none"> • Atención selectiva. • Injusto de comparar. • Lectura de mente. • Predecir el futuro. • Razonamiento emocional. • Belleza atada. • Pensamiento dicotómico. 	<p>Presentación: Distorsiones cognitivas</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p> <p>Videos: “Los gordos también bailan” Pole dance Reggaetón FatFashion</p>	35 min

Kit 3: Superación del pensamiento negativo	Aprender a reestructurar las distorsiones cognitivas con la finalidad de disminuir el malestar emocional y fortalecer la imagen corporal.	Se pondrá la presentación: Superación del pensamiento negativo, abarcando los siguientes temas: 1. ¿Para qué sirve? 2. ¿Cómo se hace? 3. Ejemplo hipotético	Presentación: Superación del pensamiento negativo Laptop Proyector	20 min
Actividad: Reestructura tu pensamiento	Aplicar el Kit 3: Superación del pensamiento negativo y reestructurar los pensamientos automáticos individuales.	Antes de comenzar con la actividad se les pondrá el video “se una dama dijo”. Una vez finalizado se les dará un formato (Anexo L.) y se les pedirá que lo llenen de acuerdo a los pensamientos que tuvieron a lo largo de la semana con respecto a su cuerpo	Video: Sé una dama dijeron Reestructura tus pensamientos (Anexo L)	40 min
Temática: Autoconcepto y autoestima				
Objetivo específico: Incrementar el autoconcepto y la autoestima para el fortalecimiento de una imagen corporal positiva y enseñar estrategias para la implementación de límites.				Nª sesión 7
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Revisar aplicación de herramientas brindadas hasta el momento	Analizar con las participantes como han aplicado las estrategias brindadas hasta el momento.	Se les preguntara a las participantes como se han sentido con el taller de manera en general. ¿Sienten que han hecho cambios en sus hábitos? ¿Les está funcionando las técnicas cognitivas? ¿Cómo se han sentido con su cuerpo?	Retroalimentación	10 min

Autoconcepto y autoestima	Mostrar la relación entre autoestima y autoconcepto, así como sus diferencias entre dichos conceptos.	<p>Se les mostrara la presentación: Autoestima y autoconcepto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es autoestima? 2. ¿Qué es autoconcepto? 3. ¿Cuáles son las diferencias entre ambos conceptos? 	<p>Presentación Autoestima y autoconcepto</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p>	10 min
Actividad: ¿Quién soy?	Fortalecer el autoconcepto y la autoestima de las participantes mediante el conocimiento de sus fortalezas y áreas de oportunidad, enfatizando que nuestro valor como persona no se determina por las características físicas, sino por todo lo que soy como persona.	<p>Se les repartirá a las participantes hojas con la actividad impresa ¿Quién soy? (anexo M) y se les dará tiempo para responder las preguntas. Una vez que todas las participantes hayan terminado se procederá a leer en voz alta sus respuestas y las demás participantes van a opinar sobre cada participante.</p> <p>¿Ustedes que piensan de lo que dijo su compañera?</p> <p>¿Coinciden?</p> <p>¿Le agregarían algo más?</p>	<p>Hojas impresas con actividad ¿Quién soy? (Anexo M)</p> <p>Plumas</p> <p>Portapapeles</p>	1 hora
Asertividad	Enseñar los componentes verbales y no verbales de la conducta social, así como brindar estrategias para la implementación de límites.	<p>Se pondrá la presentación “asertividad” la cual contendrá los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la asertividad? 	<p>Presentación Asertividad</p> <p>Laptop</p> <p>Proyector</p>	40 min

		<p>2. Estilos comunicativos (pasivo, asertivo, agresivo).</p> <p>3. Indicadores expresivos verbales.</p> <p>4. Indicadores no verbales.</p> <p>5. Componentes paralingüísticos.</p> <p>6. Estrategias para poner límites.</p>		
Temática: Cierre de taller				
Objetivo específico: Prevenir recaídas y brindar cierre de taller, asimismo se realizará post evaluación.				Nº sesión 8
Tema	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales	Duración
Medición antropométrica	Evaluar efectividad del taller mediante la medición post intervención.	Se les pedirá a las participantes que se quiten su calzado y se suban a la báscula. Posteriormente se les medirá la circunferencia de la cintura.	Báscula digital de bioimpedancia Cinta métrica	10 min
Repaso general	Examinar la efectividad de las herramientas que se han brindado a lo largo del taller.	Se les realizarán de manera general las siguientes preguntas abiertas: ¿Cómo se han sentido y que han aprendido de este taller? ¿Creen que han modificado algunos hábitos? ¿Cómo cuáles?	Preguntas abiertas Escucha activa	20 min

		¿Han aplicado la técnicas y estrategias brindadas?		
Áreas de oportunidad	Analizar las áreas de oportunidad de las participantes dado que las áreas de oportunidad pueden llevar a una recaída.	Se les hará las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que más trabajo les costó aplicar de lo que vimos en el taller? ¿Qué alternativas ustedes le darían para que se mejore esa área de oportunidad?	Preguntas abiertas Escucha activa Retroalimentación grupal	30 min
Cierre del taller y agradecimientos	Brindar el cierre del taller preparando al grupo para el proceso de separación, así como motivarlas a seguir con sus objetivos aplicando todo lo visto en el taller. Dar agradecimiento por su constancia, tiempo y participación a lo largo de los 2 meses de intervención.	Se les agradecerá a las participantes por tomarse el tiempo de asistir a las sesiones de manera semanal y por cumplir con las tareas terapéuticas. Se les regala una paleta de bombones. Y se les dirá que aún pueden mandar mensajes al grupo de WhatsApp. Se les realizara un seguimiento quincenal durante un mes.		10 min
Medición psicométrica	Evaluar efectividad del taller mediante la medición post intervención.	Se les dará a las participantes su batería de pruebas para que las contesten, una vez que finalicen se pueden retirar y se acordara con cada una de ellas la devolución de sus resultados pre-post en una sesión individual.	Portapapeles Pluma Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	50 min

			<p>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</p> <p>Instrumento de habilidades para la vida</p> <p>Cuestionario de la Insatisfacción Corporal (BSQ)</p> <p>Historia clínica</p>	
--	--	--	--	--

Anexo Ñ. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado civil: Edad: Sexo:
Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.** Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valga nada

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo O. Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Nombre: Estado civil: Edad: Sexo:
 Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy** marcando con una “X” según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntaje Total:

Anexo P. Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ por sus siglas en inglés)

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ por sus siglas en inglés)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?					
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?					
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?					
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?					
IC5	¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?					
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?					
IC7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?					
IC8	¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?					
IC9	¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?					
IC10	¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?					
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?					
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?					
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)					
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?					
IC15	¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?					
IC16	¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?					
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?					
IC18	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?					
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?					
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?					
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?					
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?					
IC23	¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)					
IC24	¿Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?					

IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?					
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?					
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?					
IC28	¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?					
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?					
IC30	¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?					
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?					
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?					
IC33	Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente					
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?					

Anexo Q. Cuestionario de Habilidades para la Vida

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ por sus siglas en inglés)

Planeación del futuro	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
Lucho por conseguir lo que realmente deseo				
Mi futuro me parece incierto				
Tengo metas definidas en mi vida				
Mis decisiones me llevan a lograr mis metas				
Trato de lograr las metas que me propongo				
Dejo mi futuro a la suerte				
Autocontrol				
Controlo mis emociones				
Acepto mis errores				
Cuando tomo una decisión, evaluó los resultados				
Soy paciente				
Soy honesta conmigo misma				
Pienso antes de hacer las cosas				
Me mantengo tranquila ante las dificultades				
Asertividad				
Si tengo algo que decir, generalmente lo digo				

Doy mi punto de vista, aunque no sea igual al de otras personas				
Expreso claramente lo que pienso sin ofender a los demás				
Me da pena participar en clase por temor a lo que piensen				
Me mantengo firme en mis decisiones				
Puedo expresar mis ideas de forma clara y abierta				
Defiendo mis opiniones ante mis amigos				
Expresión de las emociones				
Soy una persona que expresa su afecto				
Expreso lo que siento				
Me da pena manifestar mi afecto a las personas que estimo				
Trato de ocultar mis emociones				
Demuestro mi alegría				
Manejo el enojo				
Cuando las cosas no me salen como yo las deseo, me enojo				
Cuando me enojo, me desquito con cualquiera				

Los demás se dan cuenta cuando me enojo				
Soy muy enojona				
Cuando estoy enojada, lo disimulo				
Expreso mi enojo cuando me ofenden				
Solución de problemas				
Acostumbró a salirme con la mía				
Me gusta tomar riesgos				
Soy impulsiva				
Logro convencer a los demás para que hagan lo que yo quiero				
Trato de ganar, aunque dañe a otros				

Referencias

- Aguilar Cordero, M. J. (2015). Efecto Rebote de los Programas de Intervención para reducir el Sobrepeso y la Obesidad de niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 6, 2508-2517. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.10071>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alfaro, L. B. A., Oviedo, M. E. S., & Palos, P. A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*, 35(1), 67-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183656>
- Almeida, E. D. P., Pinho, C. S., Leite, A. L., Rodrigues, I. G., Diniz, A. D. S., & Arruda, I. G. D. (2018). Razón entre grasa visceral y subcutánea como predictor de alteraciones cardiometabólicas. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(1), 28-36. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182018000100028>
- Alvero-Cruz, J., Correas Gómez, L., Ronconi, M. Fernández Vázquez, R., & Porta i Manzañido, J. (2011). La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal, normas prácticas de utilización, *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 4(4), 167-174. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-la-bioimpedancia-electrica-como-metodo-X1888754611937896>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Akandere, M. & Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad, *PubliCE*.

<https://g-se.com/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478-sa-M57cfb2714d257>

Aráuz-Hernández, A. G., Guzmán-Padilla, S., & Roselló-Araya, M. (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Acta Médica Costarricense*, 55(3), 122-127.

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-

60022013000300004#:~:text=Existen%20varios%20criterios%20para%20evaluar,obesidad%20abdominal%20o%20riesgo%20incrementado.

Ardila, R., (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Arruza, J., Arribas, S., Gil De Montes, L., Irazusta, S., Romero, S., & Cecchini, J. (2008).

Repercusiones de la duración de la Actividad Físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8 (30) 171-183. <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm>

Arzate Hernández, G. (2022). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 10(4), 397-405. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.4.583>

Ayala Guerrero, M. (2022). Sobre el impacto del tratamiento farmacológico del exceso de peso y la obesidad abdominal. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 30(2), 11.

<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1214>

Bados, A., & García. E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

- Baile, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo, R., & Rabito-Alcón, M. F. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*, 1(11). <https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Baile, J.I. & Gonzales, M. J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*. Ediciones Pirámide.
- Bajaña. P., Quimis. M., Sevilla. M., Vicuña. L., & Calderón. J. (2017). Alimentación saludable como factor influyente en el rendimiento escolar de los estudiantes de instituciones educativas en ecuador. *FacSalud*, 1(1), 34-39. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/580>
- Baños, R. M., Oliver, E., Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., Lurbe, E., Pitti, J. A., Torró, M. I., & Botella, C. (2019). Efficacy of cognitive and behavioral treatment for childhood obesity supported by the ETIOBE web platform. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 703-713. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1566622>
- Bauce, G., & Moya-Sifontes, M. Z. (2020). Índice Peso Circunferencia de Cintura como indicador complementario de sobrepeso y obesidad en diferentes grupos de sujetos. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1), e195. <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e195>
- Bautista-Díaz, M. L., Márquez Hernández, A. K., Ortega-Andrade, N. A., García-Cruz, R., & Alvarez-Rayón, G. (2019). Body overweight discrimination: Contexts and situations / Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 10(1), 121-133. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516>
- Baum, G. J., Clark, H. B., & Sandler, J. (1991). Preventing relapse in obesity through post-treatment maintenance systems: Comparing the relative efficacy of two levels of therapist support. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 287-302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1875405/>

- Barajas Gutiérrez, M. A., Robledo Martín, E., Tomás García, N., Sanz Cuesta, T., García Martín, P., & Cerrada Somolinos, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 221-231.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300007
- Barbany, M., & Foz, M. (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25, 7-16.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5466>
- Barbosa, S., Urrea, A. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, 25, pp.141-159.
<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/6369972>
- Barraca, J. (2004). *Técnicas de modificación de conducta una guía para su puesta en practica* (1ra ed.). Editorial Síntesis.
- Barrutia, B., Danielli, R., & Solano, G. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252022000100016&script=sci_arttext&tlng=en
- Bray G, DeLany J, Harsha D, Volaufova J, Champagne C. (2001). Evaluation of body fat in fatter and leaner 10-y-old African American and white children: the Baton Rouge Children's Study. *Am J Clin Nutr*. 687-702.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A., & Emery, R. (2014). *Trastornos de la ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva*. DESCLEE DE BROUWER.
- Bellido. D., López de la Torre. M., & Monereo. S. (2023). *Obesidad una enfermedad crónica*. Editorial Medica Panamericana: España

Bersh S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7450200600040_0007

Benítez Brito, N., Pérez-López, A., Camacho-López, S., Fernández-Villa, T., Petermann-Rocha, F., Valera-Gran, D., Almendra-Pegueros, R., Martínez-Sanz, J. M., Gamero, A., Nava-González, E. J., Baladia, E., & Navarrete-Muñoz, E. M. (2021). Estigmatización de la obesidad: Un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>

Bolaños, P. (2016). Fracaso terapéutico en sobrepeso y obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 23, 2449-2460. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250816>

Bowden Davies, K. A., Pickles, S., Sprung, V. S., Kemp, G. J., Alam, U., Moore, D. R., Tahrani, A. A., & Cuthbertson, D. J. (2019). Reduced physical activity in young and older adults: Metabolic and musculoskeletal implications. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881988882. <https://doi.org/10.1177/204201881988882>

Brennan, L., Murphy, K. D., de la Piedad Garcia, X., Ellis, M. E., Metzendorf, M. I., & McKenzie, J. E. (2018). Psychological interventions for adults who are overweight or obese. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012114.pub2>

Buchwald, H., Estok, R., Fahrenbach, K., Banel, D., Jensen, M. D., Pories, W. J., Bantle, J. P., & Sledge, I. (2009). Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 122(3), 248-256.e5. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.041>

Burguera, B., & Ruiz De Adana, J. C. (2012). Repercusiones a largo plazo de la cirugía bariátrica. *Cirugía Española*, 90(5), 275-276. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.11.005>

- Caballo, V. E. (2021). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed. corr., 12ª reimp). Siglo XXI de España.
- Callau de la Parte, M., Figueras, A., & Romeu, M. (2022). Una visión actual del tratamiento farmacológico para la obesidad, *Rev.Esp. Nutr. Comunitaria*, 28(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8841018>
- Carretero, M. (2002). Sibutramina. *Offarm*, 21(4), 144-148. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-sibutramina-13028958>
- Carretero, M. (2001). Bupropión. *Offarm*, 20(1), 137-144. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-bupropion-13765>
- Carpenter, R & Finley, C. (2005). *Healthy Eating Every Day*. Human Kinetics
- Cash, T. (2008). *The Body Image Workbook: An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks* (2 ed). New Harbinger Publications.
- Castanha, C. R., Tcbc-Pe, Á. A. B. F., Castanha, A. R., Belo, G. D. Q. M. B., Lacerda, R. M. R., & Vilar, L. (2018). Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(3). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181864>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165-173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Castillo, F. (2009). Suspensión de la comercialización de rimonabant. Agonistas dopaminérgicos ergóticos: Actualización sobre las restricciones de uso. *Offarm*, 28(3), 66-67. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-suspension-comercializacion-rimonabant-agonistas-dopaminergicos-13133624>

- Castrillón Moreno. D., Luna Montaña. I., Avendaño Prieto. G., & Perez-Acosta, A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810103>
- Ceballos. M., Pérez. R., Flores. J., Vargas. J., Ortega. G., Madriz. R., & Hernández. A. (2018). Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev. sanid. Mil*, 72(5-6). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332
- Chakravorty, T. (2021). Fat shaming is stopping doctors from helping overweight patients—Here's what medical students can do about it. *BMJ*, n2830. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2830>
- Chu, D.-T., Minh Nguyet, N. T., Nga, V. T., Thai Lien, N. V., Vo, D. D., Lien, N., Nhu Ngoc, V. T., Son, L. H., Le, D.-H., Nga, V. B., Van Tu, P., Van To, T., Ha, L. S., Tao, Y., & Pham, V.-H. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.07.015>
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2022). *Se detecta presencia de sibutramina en producto engaño con alerta sanitaria de Cofepris*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/se-detecta-presencia-de-sibutramina-en-producto-engano-con-alerta-sanitaria-de-cofepris?state=published#:~:text=Desde%202010%2C%20agencias%20como%20Cofepris,antecedentes%20de%20cardiopat%C3%ADas%2C%20insuficiencia%20cardiaca%2C>
- Comşa, L., David, O., & David, D. (2020). Outcomes and mechanisms of change in cognitive-behavioral interventions for weight loss: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 103654. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103654>

- Comuzzie, A. G., Williams, J. T., Martin, L. J., & Blangero, J. (2001). Searching for genes underlying normal variation in human adiposity. *Journal of Molecular Medicine*, 79(1), 57-70. <https://doi.org/10.1007/s001090100202>
- Conde, E., López, C., & Velasco, P. (2022). Relación entre la Actividad Física e Indicadores de Salud Mental. *Acta de investigación psicológica*, 12(2), 106-119.
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.2.452>
- Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. (2000). *Medicina Clínica*, 115(15), 587-597.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71632-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71632-0)
- Contreras-Valdez, José Alfredo, Hernández-Guzmán, Laura, & Freyre, Miguel-Ángel. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M.-Á. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Cori, G. D. C., Petty, M. L. B., & Alvarenga, M. D. S. (2015). Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 565-576. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>
- Cortijo, C., & Blanco, M. (2014). Epidemiología. En G. Morande., M. Graell & M. A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad un enfoque integral* (1 ed., pp. 491-498).

- Côté, M., & Bégin, C. (2020). Review of the Experience of Weight-Based Stigmatization in Romantic Relationships. *Current Obesity Reports*, 9(3), 280-287.
<https://doi.org/10.1007/s13679-020-00383-0>
- Cresci. B., Tesi. F., La Ferlia. T., Ricca. V., Ravaldi. C., Rotella. C., & Mannucci. E. (2007). Group versus individual cognitive- behavioral treatment for obesity: Results after 36 months, eating weight disord, 12(4), 147-153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18227635/>
- Cruzat-Mandich, Claudia, Díaz-Castrillón, Fernanda, Lizana Calderón, Paula, Aravena Winkler, Marcela, Haemmerli Delucchi, Constance. (2017). Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 847-855.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.824>
- Dávila Torres, J., Gonzáles Izquierdo, J., & Barrera Cruz. A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev. Inst. Mex. Seguro Soc.* 53(02). 240-249. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56578>
- Diario Oficial de la Federación. (2010). *Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.*
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/19099/acuerdo_creacion_conacro.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2013). *Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.*
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014#gsc.tab=
- Diario Oficial de la Federación. (2019). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no*

alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010. https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/8150/seeco11_C/seeco11_C.html

Dodd, J., & Taft, C. (2017). Conducta y ambiente: el individuo en la comunidad. En K. Mahan & J. Raymond (Eds.), *Dietoterapia* (14 ed., pp. 139- 150). ELSEVIER

Dommarco, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., & Murayama, C. (2015). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* (1ra ed.). Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Domínguez, L. (2017). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios: análisis preliminar. *Salud Uninorte*, 33(3), 315-321. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753881006>

Epel, E., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. (2001). Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(00\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00035-4)

Eснаоla, I., Rodríguez, A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. *Salud mental*, 33(1), 21-29. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100003

Fernández-Bustos, J., González-Martí, I., Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33.

Fischer, L. S., Mansergh, G., Lynch, J., & Santibanez, S. (2019). Addressing Disease-Related Stigma During Infectious Disease Outbreaks. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 13(5-6), 989-994. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.157>

- Frieden, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health, 100*(4), 590-595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Frigolet, M. E., Dong-Hoon, K., Canizales-Quinteros, S., & Gutiérrez-Aguilar, R. (2020). Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 77*(1), 3276. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.19000115>
- Frojan, X., & Calero. A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento, *psicología conductual, 19*(3), pp. 659-682. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676577/guia_frojan_bp_2011.pdf?sequence=1
- Furia, A. (2009). College Students' Motivation to Achieve and Maintain a Healthy Weight. *American Journal of Health Behavior, 33*(3). <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.3.4>
- García. E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad?, *Revista de endocrinología y nutrición, 12*(3), pp-148-151. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043o.pdf>
- García Llana. H., & Rodríguez Al de Cos. B. (2011). Aspectos psicológicos en el tratamiento de la obesidad. En C. Vázquez., A. I. De Cos., C. Calvo., & C. López (Eds.), *Obesidad Manual teórico práctico* (1 ed., pp. 201-218). Diaz de Santos.
- Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior, 89*(1), 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.024>
- Grigson, P. S. (2002). Like drugs for chocolate. *Physiology & Behavior, 76*(3), 389-395. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(02\)00758-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(02)00758-8)

- Godínez, S. A., Marmolejo, G. E., Márquez, E., Siordia, J., & Baeza, R. (2002). La grasa visceral y su importancia en obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 10(3), 121-127. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2002/er023d.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, C., & Palma, S. (2014). Tratamiento integral en los adultos. En G. Morande., M. Graell & M. A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad un enfoque integral* (1 ed., pp. 561-602). PANAMERICANA.
- Gomes da Silva, N., & da Silva, J. (2019). Aspectos Psicossociais Relacionados À Imagem Corporal De Pessoas Com Excesso De Peso. *Revista Subjetividades*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i1.e8030>
- González, D. A., Reséndiz, A., Reyes, I., Psychology Service, South Texas Veterans Health Care System; Department of Psychology, University of North Texas., & Unidad de Investigaciones Psicosociales. División de Investigación y Posgrado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- González-Muniesa, P., Martínez-González, M.-A., Hu, F. B., Després, J.-P., Matsuzawa, Y., Loos, R. J. F., Moreno, L. A., Bray, G. A., & Martinez, J. A. (2017). Obesity. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17034. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.34>
- González Jiménez, E. (2013). Composición corporal: Estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.04.003>

- Guadarrama Guadarrama, R. (2020). Calidad de vida en personas con diabetes mellitus 2, obesidad o sobrepeso. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 8(1).
<https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.668>
- Guendulain, C., Hernández, I., & López, G. (2022). Estigmatización de pacientes con obesidad en el contexto médico y social. *Med Int Mex*, 38(4), 914-920.
<https://doi.org/10.24245/mim.v38i4.6831>
- Guillén D.B., C. & González C.R., A.L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.
- Guisado. M., & Escudero. A. (2014). Tratamiento farmacológico de la obesidad del adulto. En G. Morande., M. Graell & M. A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad un enfoque integral* (1 ed., pp. 569-572). PANAMERICANA.
- Gutiérrez, M., & Meléndez, J. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *región y sociedad*, 31, e1067.
<https://doi.org/10.22198/rys2019/31/1067>
- Guzmán, R., Del Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad.
https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf
- Guzmán-Carrillo, K. Y., González-Betanzos, F., Rivera-Heredia, M. E., Montes Delgado, R., Salazar Garza, M. L., & Aguirre Martínez, J. I. (2022). Intervención cognitivo conductual para promover la adhesión al tratamiento médico, recursos psicológicos y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemodiálisis en México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(nº 2), 26-31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.2.3>
- Hablemos de salud. (2021). Etiquetado frontal de alimentos y bebidas.
<https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/etiquetado-de-alimentos>

- Hall, K. D., & Kahan, S. (2018). Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *Medical Clinics of North America*, 102(1), 183-197.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.012>
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, Characteristics, and Correlates of Teasing Experiences among Overweight Children vs. Non-overweight Peers. *Obesity Research*, 13(8), 1381-1392.
<https://doi.org/10.1038/oby.2005.167>
- Hayes, J. (2020). Influence of sensation and liking of eating and drinking. In H. L. Meiselman (ed.), *Handbook of eating and drinking* (1 ed., pp. 131-155).
- Herman, P., Polivy, J., & Pliner, P. (2020). Normal eating. In H. L. Meiselman (ed.), *Handbook of eating and drinking* (1 ed., pp. 219-234).
- Hernández Sampieri, R. (2018). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. Spain: McGraw-Hill Interamericana.
- IEPSA. (2013). Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes (1ra ed.).
- INEGI (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad_20.pdf
- Instituto del Deporte de la Ciudad de México. (2023). *Ponte pila*.
<https://indeporte.cdmx.gob.mx/ponte-pila>
- Instituto del Deporte de la Ciudad de México. (2013). *Gimnasios urbanos*.
<https://www.cdmx.gob.mx/?id=1&/gimnasios-urbanos>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2022). Presentan panorama de las enfermedades crónicas en México. <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-mexico>

- Jansen, P. W., Verlinden, M., Dommisse-van Berkel, A., Mieloo, C. L., Raat, H., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C., Jansen, W., & Tiemeier, H. (2014). Teacher and Peer Reports of Overweight and Bullying Among Young Primary School Children. *Pediatrics*, *134*(3), 473-480. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3274>
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *8*(1), 185-202.
- Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Adolescent Research*, *19*(3), 323-339. <https://doi.org/10.1177/0743558403258847>
- Karin Papapietro, V. (2012). Cirugía para la obesidad: Efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(2), 189-195. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70297-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70297-3)
- Kaufer-Horwitz, M., & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol.Med. Hosp. Infant. Mex*, *65*(6), 502-518. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009
- Kaufer-Horwitz, M., & Pérez Hernández, J. F. (2021). La obesidad: Aspectos fisiopatológicos y clínicos. *INTER DISCIPLINA*, *10*(26), 147. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Klein, S. (2002). Tratamiento médico de la obesidad. En N. Méndez & M. Uribe (Eds.), *Obesidad: Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas* (1era ed., pp. 285-304). Manual Moderno

- Kurnik Mesarič, K., Pajek, J., Logar Zakrajšek, B., Bogataj, Š., & Kodrič, J. (2023). Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in patients with obesity and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *13*(1), 12793.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-40141-5>
- Kyle, U., Genton, L., Hans, D., Karsegard, L., Slosman, D., & Pichard, C. (2001). Age-related differences in fat-free mass, skeletal muscle, body cell mass and fat mass between 18 and 94 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, *55*(8), 663-672.
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601198>
- Labrador, J. (2008). Técnicas de Modificación de Conducta (1era ed.). Ediciones Pirámide
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad, *Trastornos de la conducta alimentaria*, *14*, 1490-1504.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250628>
- Lara, E., Pérez, E., & Cuellar, Y. (2022). Antropometría, su utilidad en la prevención y diagnóstico de la hipertensión arterial. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *26*(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200026
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J. M., Tinahones, F. J., García-Luna, P. P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., ... Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, *64*, 15-22.
<https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Lemos, M., Londoño, N., & Z ta, J. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos*, *9*, pp. 55-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229797>

- Loos, R. J. F., & Bouchard, C. (2003). Obesity—Is it a genetic disorder?. *Journal of Internal Medicine*, 254(5), 401-425. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2003.01242.x>
- López-Carmona, J., & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública De México*, 48(3), 200-208.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004
- López. J., & Gonzáles. J. (2015). Perfil del equipo de salud para el tratamiento de la obesidad, *Rev Mex Endocrinol Metab Nutri*, 35-40.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Revistamexicanadeendocrinologiametabolismo&nutricion/2015/vol2/no1/6.pdf>
- López Rincón, F. J., Morales Jinez, A., Ugarte Esquivel, A., Rodríguez Mejía, L. E., Hernández Torres, J. L., & Sauza Niño, L. C. (2019). Comparison of the perception of health-related quality of life between older men and women. *Enfermería Global*, 18(2), 410-425.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Maffiuletti, N. A., Agosti, F., Marinone, P. G., Silvestri, G., Lafortuna, C. L., & Sartorio, A. (2005). Changes in body composition, physical performance and cardiovascular risk factors after a 3-week integrated body weight reduction program and after 1-y follow-up in severely obese men and women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(5), 685-694.
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602130>
- Martínez Corona, M., Barceló Acosta, M., Gómez González, R., & Ramírez Blanco. D. (2015). Circunferencia de la cintura, tamaño de la grasa visceral y trastornos metabólicos en la obesidad mórbida, *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 25(1), 28-47.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2015/can151e.pdf>

- Martos, G. A., Serra, C., Pérez, L., & Argente, J. (2017). Aspectos genéticos de la obesidad. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 8(Suppl), 21-32. <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E22/P1-E22-S1079-A391.pdf>
- Mendia, J., Zumeta, L. N., Pascual, A., Conejero, S., Caicedo-Moreno, A., & Díaz, V. (2023). Body and appearance-related self-conscious emotions, emotional regulation strategies, and disordered eating in adult men. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05262-0>
- Méndez, N., & Uribe, M. (2002). *Obesidad: Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas* (1era ed.). Manual Moderno
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17-29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>
- Miranda-Navales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115-122. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>
- Miri, S. F., Javadi, M., Lin, C.-Y., Griffiths, M. D., Björk, M., & Pakpour, A. H. (2019). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(3), 2190-2197. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.05.010>

- Monero, S., Iglesias, P., & Guijarro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. Bilbao, España: Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_preencion_obesidad.pdf
- Monero, S., Pavon, I., Molina, B., Vega, B., Alameda, C., López, M. (2000). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad. *Endocrinología y nutrición*, 47(47). 81-88. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-9367>
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., Lu, B., & Popkin, B. M. (2004). Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity*, 28(9), 1181-1186. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802716>
- Morales Salinas, M. (2018). El papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad, *Psicobesidad*, 8(32), 4-7. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/boletines/psicobesidad/Psicobesidad_8-32.pdf
- Moreno González, M. I. (2010). Circunferencia de cintura: Una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Revista Chilena de Cardiología*, 29(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-85602010000100008>
- Nezu, A., Nezu, C., Zurrilla, T. (2013). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de Tratamiento*. Desclee De Brouwer.
- OMRON HEALTHCARE INC. (2017). *Manual de instrucciones Balanza de control corporal*. <https://babyworldshop.cl/wp-content/uploads/2020/09/hbf514-Manual.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Actividad Física*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Ortega Catarino, M. A. (2021). Características biológicas y tratamiento multidisciplinario de la obesidad. *Psic-Obesidad*, 11(41).
<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2021.11.41.81737>
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Pardo, A., & Ferrer, R. (2013). Significación clínica: Falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología*, 29(2), 301-310.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.139031>
- Peña Fernández, E., & Reidl Martínez, L. M. (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2182-2193. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30008-4](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30008-4)
- Peña, M., & Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas. En M. Peña & J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza: Un nuevo reto para la salud pública* (1era ed., pp. 1-33). Pan American Health Organization (PAHO).
- Piqueras, B. (2020). The psychology of food choice anticipation and mental simulation. In H. L. Meiselman (ed.), *Handbook of eating and drinking* (1 ed., pp. 185-198).
- Prado, C. M., Purcell, S. A., Alish, C., Pereira, S. L., Deutz, N. E., Heyland, D. K., Goodpaster, B. H., Tappenden, K. A., & Heymsfield, S. B. (2018). Implications of low muscle mass across the continuum of care: A narrative review. *Annals of Medicine*, 50(8), 675-693.
<https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1511918>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>

- Puhl, R., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Danielsdottir, S., & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: Predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7), 1166-1173. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.32>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLOS ONE*, 16(6), e0251566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- Quiroga-Torres, E., Delgado-López, V., & Ramos-Padilla, P. (2022). Valor diagnóstico de indicadores antropométricos para sobrepeso y obesidad. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 72(1), 23-30. <https://doi.org/10.37527/2022.72.1.003>
- Quiroga de Michelena, M. I. (2017). Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 87. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13216>
- Rai, S. S., Syurina, E. V., Peters, R. M. H., Putri, A. I., & Zweekhorst, M. B. M. (2020). Non-Communicable Diseases-Related Stigma: A Mixed-Methods Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6657. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186657>
- Raimann, T. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 20-26. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70389-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70389-3)

- Rangel D., Arellano R., & Hernandez R. (2013). Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, particularidades para el estado de queretaro.
https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v6-n2/11Articulo.pdf
- Rivarola, M., & Rovella, A. (2013). La insatisfacción con la imagen corporal y su relación con la regulación emocional en jóvenes universitarios, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-054/306.pdf>
- Robayo Zurita, V. A. (2023). Identificación de polimorfismos obesogénicos en mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 73(2), 154-168.
<https://doi.org/10.37527/2023.73.2.007>
- Rodríguez, M. C., & Rangel, V. E. (2015). ¿Tener obesidad es realmente una desventaja en el mercado laboral mexicano? *Ensayos Revista de Economía*, 34(2), 35-62.
https://economia.uanl.mx/revistaensayos/xxxiv/2/2_Tener_obesidad_es_realmente_una_desventaja_en_el_mercado_laboral_mexicano.pdf
- Rodríguez, R., Auné, S. & Vetere, G. (2012). Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. *Anuario de Investigaciones*, XIX(), 273-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139948028>
- Rosales Ricardo A. Sanz Paris, A. M. S., K. García Malpartida y M. ^a. del C. García GómezM. Á. Pavón Moreno, I. González Alonso, R. Martín de Santos y T. García Lacarra,-. (2012). ANTROPOMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES OBESOS; UNA REVISIÓN. *NUTRICION HOSPITALARIA*, 6, 1803-1809.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6044>

- RUBIO HERRERA, M., & MORENO LOPERA, C. (2005). Medicina basada en la evidencia: Nutrición en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 52(2), 102-109. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-medicina-basada-evidencia-nutricion-obesidad-13088212>
- Saffon, S. & Saldarriaga, L. (2014). La internalización de ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1),75-90.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100006
- Salih, M. H., & Landers, T. (2019). The concept analysis of stigma towards chronic illness patient. *Hospice and Palliative Medicine International Journal*, 3(4), 132-136.
<https://doi.org/10.15406/hpmij.2019.03.00166>
- Sánchez-Caballero, B., Santillano-Herrera, D., Espinoza-Gallardo, A. C., Zepeda-Salvador, A. P., Martínez-Moreno, A. G., & López-Espinoza, A. (2021). Efecto de la restricción de energía intermitente en la pérdida de peso en comparación con la restricción de energía continua en adultos con sobrepeso y obesidad: Una revisión sistemática. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(3), 303-315.
<https://doi.org/10.14306/renhyd.25.3.1248>
- Sánchez-Carracedo, D. (2022). Obesity stigma and its impact on health: A narrative review. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English Ed.)*, 69(10), 868-877.
<https://doi.org/10.1016/j.endien.2021.12.007>
- Sánchez Jaeger, A., & Adela Barón. M (2009). Uso de la bioimpedancia eléctrica para la estimación de la composición corporal en niños y adolescentes, *Anales Venezolanos de Nutrición*, 22(2), 105-110. [https://www.analsdenutricion.org.ve/ediciones/2009/2/art-8/#:~:text=Durante%20la%20adolescencia%2C%20la%20bioimpedancia,de%20maduraci%C3%B3n%20sexual%20\(36\).](https://www.analsdenutricion.org.ve/ediciones/2009/2/art-8/#:~:text=Durante%20la%20adolescencia%2C%20la%20bioimpedancia,de%20maduraci%C3%B3n%20sexual%20(36).)

Schmalz, D. L., & Colistra, C. M. (2016). Obesity Stigma as a Barrier to Healthy Eating Behavior. *Topics in Clinical Nutrition*, 31(1), 86-94.

<https://doi.org/10.1097/TIN.0000000000000060>

Secretaría de Salud (SSA). (2016). *Indicadores de sobrepeso y obesidad*.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/indicadores-de-sobrepeso-y-obesidad?idiom=es>

Secretaria de la Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y la diabetes*.

<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>

Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Serrano García, C., Barrera, F., Labbé, P., Liberona, J., Arrese, M., Irrázabal, P., Tejos, C., & Uribe, S. (2012). Medición volumétrica de grasa visceral abdominal con resonancia magnética y su relación con antropometría, en una población diabética. *Revista Médica de Chile*, 140(12), 1535-1543. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001200003>

Sierra Murgia, M. A., (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18029870001>

Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health—A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 661. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-661>

- Schmalz, D. L., & Colistra, C. M. (2016). Obesity Stigma as a Barrier to Healthy Eating Behavior. *Topics in Clinical Nutrition*, 31(1), 86-94. <https://doi.org/10.1097/TIN.000000000000060>
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, 3(4), 325-333. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.001>
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Santos, T. C., & Sardinha, L. B. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity*, 18(4), 725-735. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.281>
- Tejero, M. E. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 441-450. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005&lng=es&tlng=es.
- Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K., & Zipfel, S. (2011). Psychotherapie und Adipositas: Strategien, Herausforderungen und Chancen. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1133-1139. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3230-2>
- Torres Luque, G., García-Martos, M., Villaverde Gutiérrez, C., & Garatachea Vallejo, N. (2010). Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (18), 47-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345732284009>

- Toro, J. (2014). Etiopatogenia. En G. Morande., M. Graell & M. A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad un enfoque integral* (1 ed., pp. 17-25).
- Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo F., & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006
- Vandenbroeck, P., Goossens, J., & Clemens, M. (2007). *Foresight: tackling obesities: future choices-building the obesity system map*. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ce8de40f0b65b3de0be37/07-1179-obesity-building-system-map.pdf>
- Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
- Vargas-Pacheco, A., & Correa-López, L. E. (2021). Exercise as a protagonist in muscle plasticity and in the muscle as an endocrine organ: Implications in chronic diseases. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(1), 181-192. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i1.4129>
- Vaquero-Cristóbal, F. A., José María Muyor & Pedro Ángel López-Miñarro. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>.
- Vázquez Arévalo, R., Galán Julio, J., López Aguilar, X., Alvarez Rayón, G., Mancilla Díaz, J., Caballero Romo, A., & Unikel Santoncini, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 42-52. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232011000100005&lng=es&tlng=es

- Vázquez Velázquez, V. (2022, 25 de Mayo,). *El estigma de la obesidad ¿Cómo lo podemos eliminar?* [Seminario Alimentación para la Salud]. <https://www.youtube.com/watch?v=ZaTWggPUfMU&list=PL4VsmMqznd02DxkXnDYq24FiLTizR3j0D>
- Vera, M. N. (1998). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En V. Caballo (Dir.). *Manual para la intervención cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2, pp. 217-248). Siglo XXI.
- Vergara A., Chavarría S., Rodríguez M., Domínguez T. & Zamudio S. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 29(2), 207-217. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2587>
- Verónica, Á. V. (2012). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 173-179. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70295-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70295-X)
- Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje Nutricional. *Revista del Hospital Italiano*, 2, 63-70. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7848_28-2-63-70-revision.pdf
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight Control. *Obesity Research*, 12(S12), 151S-162S. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.282>
- Wadden, T. A., & Osei, S. (2002). The treatment of obesity: An overview. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 229–248). Guilford Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>

Yamamoto-Cuevas J, Almeda-Valdés P, Castro-Martínez G, Duarte-Vega M, González-Girón G, Lavalle-González FJ, Laviada-Molina HA, Mesa-Pérez JA, Pravin-Mehta R, Sánchez-Mijangos JH, Violante-Ortiz RM, Zúñiga-Guajardo S, Gómez-Miranda E, Aldrete-Velasco JA, Camacho-Silva B, Mondragón-Benítez O. (2022). Lorcaserina: una nueva alternativa para el tratamiento de la obesidad. *Med Int Méx*, 38(1), 121-129. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.3733>