



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA.

TITULO:

CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA A LA SALUD: OBESIDAD.

MODALIDAD:

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL.

GRADO ACADÉMICO:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

AUTOR:

VICENTE GONZÁLEZ VILLALOBOS.

COMISIÓN DICTAMINADORA:

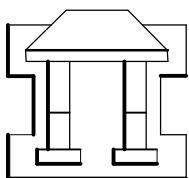
PATRICIA LANDA DURÁN.

ALFONSO VALADEZ RAMÍREZ.

ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVÍN.

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

AÑO: 2004.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios: Gracias por permitirme esta alegría, por todos los instantes de mi vida, por llevarme de la mano en la búsqueda de mi equilibrio, gracias por levantarme cuando caigo y por iluminar mi camino. Gracias Dios.

A mis padres Humberto e Isabel: por enseñarme que el asunto más importante en la vida es ser feliz cuidando no dañar a otros, por su entusiasmo ante mis logros y sus consejos siempre llenos de sabiduría.

Padre: Ya no estás aquí para decirme que lo hice bien, pero se que con esto honro tu memoria. Gracias.

Madre: Se que esperabas con ahínco que alcanzara esta meta. Gracias por estar orgullosa de mí.

A mis hermanos: Por mostrarme que son la sangre que acude a la herida aún sin ser llamada, por sus consejos, por todos los buenos momentos que hemos pasado juntos.

Especialmente a: Mario por haber creído en mí y motivarme para seguir siempre adelante. Y a: Alberto por su ayuda incondicional y su interés en mis quehaceres.

A mis hijos: con todo mi amor y cariño, agradeciéndoles el que hayan llegado a este mundo iluminando mi vida y llenándola del placer de ser padre. Estoy muy orgulloso de ustedes.

Daniel. Por tu compromiso incondicional y apoyo con el manejo de la computadora, gracias. Espero que esto sea un buen ejemplo para ti y un día me regales un ejemplar de tu trabajo profesional.

Josué. Con el deseo de que continúes esforzándote en tus quehaceres y logres también tus objetivos titulándote como músico. Espero un día me invites a un concierto en Europa.

Natalia. Por todo el amor que me regalas día a día, gracias hija. Estoy seguro que serás una gran psicóloga y con esfuerzo y entusiasmo ayudarás a muchas personas. Nunca permitas que los obstáculos te derroten.

A mi esposa: Lupita. Gracias por todo, porque siempre hemos caminado juntos, por tus consejos, por tu amor incondicional, por ser mi cómplice en todo, porque este logro también es tuyo, por enseñarme que la nobleza del espíritu y la humildad son la llave de todas las puertas. Te amo con todo mí ser, gracias.

A mis maestros:

Patricia. Por ayudarme a ubicar mis ideas dentro del marco del desarrollo profesional, gracias por mostrarme el camino para realizar esta tesis, por llenarme de valor para enfrentar los retos

Alfonso. Por las precisas e invaluable observaciones teóricas y propuestas para mejorar mi proyecto, por la calidez humana con que solventó mis dudas, por todo el tiempo incondicional que me obsequió para ayudarme a reorganizar elementos de mi esquema de trabajo. Muchas gracias maestro.

Enrique. Por sus sugerencias, por ayudarme a no caer cuando me sentí vencido, por sus consejos, por todos los elementos teóricos que me definió para enriquecer mi trabajo, por el interés y dirección para ayudarme a superar mis dudas y limitaciones en mi proyecto. Muchas gracias maestro.

A todos mis maestros de carrera: Con toda mi admiración.
Intrépidos navegantes del conocimiento de las profundidades del pensamiento.
Gracias.

ÍNDICE

Resumen.

Índice.

Introducción	5
Obesidad un problema de salud pública.....	5
La psicología de la salud en el tratamiento de la obesidad.....	9

CAPÍTULO I.

Descripción y análisis de las funciones del psicólogo de la salud	13
1.1. Evaluación y diagnóstico.....	13
1.2. Promoción y mantenimiento de la salud.....	14
1.3. Prevención.....	14
1.4. Tratamiento.....	15
1.5. Investigación.....	15
1.6 Importancia de la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento integral de la obesidad.....	16
1.7 La utilización de técnicas cognitivas y conductuales por el psicólogo de la salud para el tratamiento comportamental de la obesidad.....	17

CAPÍTULO II.

Institución laboral	23
2.1. Ubicación y configuración.....	23
2.2. Dinámica laboral.....	24

CAPÍTULO III.

Descripción y análisis de las actividades del psicólogo en la clínica para el control de peso	28
3.1. Recepción e inducción al programa.....	28
3.2. Detección.....	28
3.2.1. Detección diferencial de la obesidad.....	29

3.2.2. Detección funcional de la obesidad.....	30
3.2.3. Detección de la adhesión al programa.....	32
3.3. Intervención.....	33
3.3.1. Nivel cognoscitivo.....	33
3.3.1.1. Reestructuración cognoscitiva.....	33
3.3.1.2. Condicionamiento encubierto.....	36
3.3.1.3. Detención del pensamiento.....	37
3.3.1.4. Solución de problemas.....	38
3.3.2. Nivel conductual.....	39
3.3.2.1. Implementación de conducta social asertiva.....	43
3.4. Evaluación y ajuste de resultados.....	44
3.5. Coordinación de actividades con el grupo de trabajo.....	45

CAPÍTULO IV.

Análisis de las actividades realizadas y resultados obtenidos.....	47
4.1. Muestra.....	47
4.2. Niveles de intervención.....	48
4.3. Adhesión al cambio de hábitos en relación a la exclusiva pérdida de peso.....	49
4.4. Reestructuración cognoscitiva.....	50
4.5. Preparación de los alimentos.....	52
4.6. Modificación del consumo alimenticio.....	54
4.7. Consumo calórico.....	56
4.8. Alimentos de alto valor calórico y fácil acceso.....	56
4.9. Alimentación no planeada ante estímulos comerciales.....	58
4.10. Adhesión al plan nutricional propuesto.....	59
4.11. Inserción de conductas asertivas.....	60
4.12. Relajación muscular progresiva.....	62
4.13. Alteración de algunas conductas de ansiedad y sobredependencia.....	63
4.14. Modificación porcentual del sobrepeso de la muestra.....	63
4.15. Resultados de seguimiento.....	64

CAPÍTULO V.

Formación profesional y actividad laboral.....	67
5.1. Contextualización del problema como un fenómeno psicológico.....	67
5.2. Diseño, recopilación y aplicación de instrumentos para la detección de relaciones funcionales.....	68
5.3. Aplicación de las técnicas terapéuticas.....	68

CAPÍTULO VI.

Contenidos para complementar la formación profesional y para mejorar los resultados.....	70
---	-----------

CAPÍTULO VII.

Conclusión.....	73
------------------------	-----------

Referencias.....	74
-------------------------	-----------

Anexos.

INTRODUCCIÓN

Obesidad: un problema de salud pública.

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

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

Corona (1998) dice que en la actualidad se lleva una práctica disciplinaria y socio-cultural del cuerpo en la cual se le ostenta y oculta como un simple objeto integrándolo como elemento de mercantilización generalizada implementando una moda del cuerpo, de sus atuendos, de lo que debe consumir y cómo debe hacerlo, según la categoría económica en la cual se ha clasificado este cuerpo.

Esta dicotomía mercantilista promueve de forma sutil, precisa y diferencialmente sofisticada tanto la enfermedad como la cura, estableciendo consecuentemente en los individuos el ejercicio de la voluntad y el deber sobre el deseo. A la vez que las industrias farmacéuticas, de la alimentación, del vestido y de la información entre otras, se sirven y crecen a costa de este concepto del cuerpo moderno.

Raich (1998) explica que como consecuencia de esto, en algunas adolescentes la interiorización del ideal cultural de delgadez en relación al cual se compara el propio cuerpo real, promueve la insatisfacción corporal y que consecuentemente genera repudio y vergüenza de su imagen y peso. Lo cual es el principal predictor del trastorno alimentario.

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

alimentarios. Estos trastornos de la conducta alimentaria se han dividido en tres categorías según sus características conductuales y biológicas: anorexia, bulimia y obesidad. Por su parte Arnold y Leonard (1991) explican que se incluyen en la categoría de trastornos alimenticios todos aquellos problemas asociados con el proceso nutritivo: atiborrarse y regurgitar, nutrirse de comidas inadecuadas, no ingerir nada y consumir alimentos en demasía.

Saldaña (1994) dice que aún con manifestaciones muy diferenciadas a los otros desórdenes alimentarios, la obesidad tiene puntos en común a éstos, como que la mayor población afectada son mujeres las cuales presentan insatisfacción por la forma y tamaño de su cuerpo, que mantienen estados emocionales negativos presentando baja autoestima a consecuencia de la dificultad para controlar su peso y que en general muestran un gran deseo por adelgazar.

En la actualidad se define la obesidad como un problema de salud referente a una acumulación anormalmente excesiva de tejido adiposo y la clasificación más aceptada y utilizada en lo concerniente a los niveles de obesidad, es la propuesta por Stunkard (1984; cit. en Saldaña, C. (1991), quien establece tres niveles, 1) leve o ligera que va del 20 al 40% por encima del peso ideal; 2) moderada que abarca del 41 al 100% sobre el peso ideal; y 3) grave que corresponde a más del 100% del peso ideal.

En relación a esta clasificación de los niveles de obesidad, Baron, (1993) comenta que los padecimientos relacionados con el exceso de tejido adiposo se acompañan de un aumento tanto en morbilidad como en mortalidad y que el índice incrementa en función proporcional al nivel de obesidad; es decir, si esta es leve, moderada o grave. Mc Laren, (1992) involucra entre otros padecimientos la diabetes, hipertensión arterial, problemas óseos, cardiovasculares, articulares y musculares. También dice que en los obesos existen más riesgos en las cirugías.

La obesidad es uno de los desordenes alimenticios que mantiene mayor incidencia, prevalencia y reincidencia a nivel mundial por lo que a diferencia de ser controlada, ha tendido a mantenerse por una serie de diversos factores entre los cuales Tavano (1995) menciona que pueden ser socioeconómicos, raciales, o relacionados al estilo de vida. Por su parte Steinberg (1990) explica que entre los factores va implicada la edad, sexo, religión y número de generaciones que han vivido en un país o región.

Es importante tomar en cuenta la posible multicausalidad de dos o más factores e implicar al respecto elementos metabólicos, endocrinos, genéticos y conductuales.

Por otro lado, estudios estadísticos y sociológicos muestran un elevado porcentaje de población obesa a nivel mundial. Saldaña (1991) explica que el 60% de los niños con sobrepeso se convierten en adolescentes obesos y que del 75% al 80% de los niños obesos de 9 a 13 años mantienen alta probabilidad de ser adultos obesos. También Tavano (1995) expone que según últimas encuestas en América Latina entre el 24% y el 50% de las mujeres adultas de nivel socioeconómico bajo son obesas. Y que en nuestro país se ha encontrado la siguiente población de mujeres adultas obesas: en el D.F. 15.2%; en el norte, 18.3%; en el centro, 13.0% y en el sureste, 13.7%, lo que da un porcentaje nacional del 60.2%.

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

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

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

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

Además, Mahoney (1988) explica que los procesos cognoscitivos tales como las falsas creencias y las ideas irracionales son factores cruciales para que el obeso se mantenga en una actitud que no le ayudará a controlar su problema de obesidad.

Es importante mencionar que en la dimensión psicológica de la obesidad se encuentran involucrados diferentes factores de aprendizaje, entre los cuales Fernández y Vera (1998) exponen conductas de alimentación desordenadas como el consumo excesivo de calorías lo cual se presenta como consecuencia de subestimar el aporte calórico de ciertos alimentos, otro factor es la rapidez con la que se come, también el hecho de que algunos obesos asisten a restaurantes (buffet libre), en donde por un precio único pueden comer todo cuanto deseen. Estos autores enfatizan la importancia de los estímulos externos asociados a la ingesta como lo son: el lugar donde se come, la compañía, la vista y el sabor de los alimentos, el tiempo transcurrido desde la última comida y las actividades que se realizan mientras se come, también consideran los estímulos internos como el hambre, ya que según el nivel de esta se puede promover una ingesta excesiva, tanto por el comer sin hambre, como por el comer con demasiada hambre. También explican que algunos estados afectivos llevan a incrementar la ingesta; por último, es importante mencionar que las autofrases que el obeso se dice a sí mismo influyen poderosamente para que coma en exceso.

Saldaña, C. y Garcia, E. (1997). también mencionan que se ha propuesto un estilo de comer propio de los obesos ya que comen tan aprisa que el feedback de saciación se recibe cuando la persona ya ha consumido gran cantidad de alimentos, asimismo su alimentación es muy frecuente y lo hacen en situaciones diversas según la facilidad de acceso a los alimentos, otro aspecto son las falsas creencias que tienen algunos en relación a pensar que la gordura es signo de opulencia económica o de salud, o que un tratamiento es bueno si logra adelgazar rápidamente a la persona.

Landa (1999) ha evidenciado que al precisar la dimensión psicológica se deben atender la multiplicidad de factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, por lo cual también es importante señalar que la mayoría de obesos mantienen un

comportamiento sedentario, presentan un déficit en conductas asertivas en lo que concierne a la instigación de consumo de alimentos que reciben de su entorno social y constantemente mantienen escenificaciones cognoscitivas de consumo alimentario excesivo.

Ahora bien, la psicología de la salud considera entre los factores psicológicos de la obesidad, las actitudes y pautas culturales, la naturaleza de los hábitos, el estado emocional, las creencias sobre la salud y el padecimiento, la percepción de los síntomas y la estructura del sistema sanitario.

La psicología de la salud en el tratamiento de la obesidad.

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

Así también Matarazzo (1980; cit. en Ballester, 1997) expone que la psicología de la salud es el conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de sus correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema de salud y la formación en política sanitaria.

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

- 1) Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2) Entender cómo las teorías, los principios y los métodos, de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
- 3) Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- 4) Entender cómo los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las persona a afrontar y controlar el estrés.
- 5) Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.

- 6) Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
- 7) Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
- 8) Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficiencia del tratamiento.
- 9) Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
- 10) Describir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Beneit (1994) explica que uno de los objetivos de la psicología de la salud, es responder a cuestiones como las siguientes: ¿cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud?, ¿Cómo evolucionan los hábitos de salud a lo largo de la vida, de qué forma se adquieren, hasta qué punto son estables y qué papel juegan en ello las variables individuales?

Así entonces los hábitos alimentarios de cada individuo, (que inicialmente son conductas, que después de ser reforzadas intermitentemente pueden ser mantenidas de por vida) se establecen y mantienen según su historia de reforzamiento, la cual está construida tanto por factores sociales como lo son la familia, los amigos y el ambiente laboral, también por factores biológicos como por ejemplo las necesidades o requerimientos calóricos, energéticos y de saciedad y por último, también están involucrados los factores psicológicos, entre los cuales se pueden mencionar las preferencias de sabores, las creencias respecto a la buena nutrición, la planeación de la sesión alimentaria, las necesidades de compañía social durante la sesión de alimentación, etc.

Al respecto Roa (1995) dice que el llevar a cabo hábitos dietéticos balanceados tiene como resultado mantener un peso adecuado a la estatura y edad, previniéndose la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, diabetes mellitus, problemas durante el embarazo, una amplia variedad de problemas óseos y articulares como artritis, dolor de espalda y

caderas; así como alteraciones morfológicas y funcionales de las articulaciones de la rodilla y tobillo.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) explican que la psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, también explican que el estado de salud no depende solamente de lo que el individuo tiene o no tiene, sino también de las conductas que realiza o deja de realizar y que la conducta humana puede ser el elemento determinante tanto para el mantenimiento de la salud, como para el origen y evolución de padecimientos tales como la obesidad, lo cual es producto; en la mayoría de los casos, de hábitos poco saludables.

Así entonces, en la dirección de este concepto holístico de salud, se enfatiza la necesidad de modificar los hábitos alimentarios insanos tanto para prevenir la obesidad como para habilitar nuevas conductas alimentarias que lleven a un estado de salud permanente.

Con lo que respecta al método de intervención se proponen dos conceptos psicológicos:

1) El análisis conductual aplicado, en el cual refieren (Mahoney y Mahoney 1995, Rimm y Masters 1990, Stuart 1981, y Wolpe 1990) que se realizan manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes a una respuesta establecida según los principios del aprendizaje, utilizando estrategias de auto-control.

2) Las estrategias cognoscitivas, las cuales dicen (Mahoney 1988, Mahoney y Mahoney 1995, Fernández y Vera 1998 y Ellis y Abrahms 1980) promueven el cambio de las estructuras del pensamiento, en función de la alteración de las atribuciones que se dan a los eventos que anteceden y acontecen, de las ideas irracionales que causan y mantienen disturbios emocionales, de las escenificaciones cognitivas involucradas en la promoción de los hábitos inadecuados, de las actitudes y de las falsas creencias.

Así entonces la aplicación de este diseño para la modificación y control del inadecuado estilo de vida alimenticia del obeso, se presenta como una alternativa poderosa y de amplio espectro a corto y largo plazo, presentando múltiples ventajas entre las cuales se pueden mencionar: la aplicación grupal de las diferentes técnicas, el bajo costo económico para la realización de las tareas, la economía en lo referente al tiempo de aplicación, la observación directa por parte del paciente con respecto a los eventos que

propician y mantienen las cadenas conductuales que los llevan a la concepción de obeso, el apoyo que se presenta al servicio médico en función de la adhesión a los programas dietéticos y de actividad física para la reducción de grasa corporal, el auto-monitoreo en los avances y por lo tanto su concepción del problema de la obesidad, entre otras.

Ahora bien, para determinar con mayor precisión la participación del psicólogo de la salud en lo relacionado a sus estrategias de evaluación e intervención, en el siguiente capítulo se exponen algunas de las funciones que desarrolla.

RESUMEN

Se ha venido aplicando un programa de intervención psicológica en obesos, bajo la concepción holística de la psicología de la salud, para modificar en ellos los hábitos que promueven este padecimiento. Para lo cual, se han utilizado métodos y estrategias terapéuticas propios de las teorías tanto conductista, como cognoscitivista.

Esta intervención ha venido estilando una configuración multidisciplinaria con un grupo de profesionales dedicados a la promoción de la salud; psicólogo, médico, instructor de acondicionamiento físico y enfermera. Manteniendo como objetivo común, el ubicar al paciente obeso en un porcentaje de grasa corporal que le permita mantenerse en su normopeso correspondiente según la relación a su edad, sexo y talla.

La intervención psicológica se ha encauzado sistemáticamente tanto a la alteración de los conceptos o creencias erróneas, que mantienen los obesos en lo que concierne a su padecimiento, así como a la de rehabilitación según los déficit comportamentales que ellos mantienen respecto a sus inadecuados hábitos alimentarios.

Ahora bien, el presente reporte tiene como objetivo exponer los resultados obtenidos de la intervención psicológica que se ha venido empleando, para lo cual se presenta como muestra a un grupo de diez sujetos. Estos resultados revelan una alteración positiva para la modificación de las variables involucradas en la promoción de la obesidad en dichos sujetos, así como una efectiva implantación tanto de hábitos saludables que promueven el normopeso, como de pensamientos racionales los cuales les permiten una mejor adaptación en el proceso de cambio de su estilo de alimentación.

I

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

Considerando la definición de Matarazzo (1980; cit. en Ballester, 1997) el psicólogo de la salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, el tratamiento de los aspectos relacionados con la enfermedad, con el estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, etc. Stone (1988; cit. en Salinas, 1995) establece que las actividades del psicólogo de la salud se distribuyen en tres dimensiones: 1) la investigación que va desde básica hasta la evaluación de las aplicaciones; 2) intervenciones dirigidas al individuo cuya salud está en juego y a personas relacionadas con él, al personal que labora en el sistema de salud y a organizaciones e instituciones; 3) intervenciones psicológicas, encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación, modificación de hábitos o de cogniciones con respecto a la salud-enfermedad.

1.1. Evaluación y diagnóstico.

Las estrategias de evaluación en psicología de la salud proceden de dos perspectivas básicas: 1) la psicología de la salud y 2) la medicina conductual; desde la primer perspectiva, se enfatizan las variables personales y los métodos utilizados son, las entrevistas, los autoinformes y las escalas de apreciación y en lo que se refiere a la segunda perspectiva, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación y aparataje o la observación en situaciones controladas.

También, Roa (1995) explica que los modelos utilizados en este campo son: a) el modelo biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar de forma general al paciente a través de las dimensiones, biológica, personal y ambiental, que consiste en una historia clínica detallada y multidisciplinaria: pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; y b) la evaluación multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes

de estrés, el afrontamiento y la adaptación del individuo, así como a los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en el proceso.

Por otro lado, este investigador menciona que las entrevistas y cuestionarios tienen como objetivo la recopilación de información sobre la historia conductual del paciente, el muestreo de la conducta, la clarificación y definición específica del problema, el conocimiento de los sentimientos y pensamientos que el paciente tiene y los reforzadores que pueden ser utilizados. La técnica de observación, se lleva a cabo indirectamente con la colaboración de observadores entrenados como los familiares quienes observan al paciente en su contexto y directamente con pacientes ingresados al hospital, con esta técnica se recaba información relevante acerca del comportamiento del paciente con respecto a la enfermedad. La auto-observación y los autorregistros, son útiles a través de todo el proceso de evaluación-tratamiento, ya que proporcionan datos que sirven para la planificación de la intervención, a la vez que se hace más consciente al paciente de su responsabilidad en el proceso terapéutico transformándose en el controlador del proceso.

1.2. Promoción y mantenimiento de la salud.

Una de las habilidades que debe poseer el psicólogo de la salud es la de promover la salud en la comunidad y dar servicio a la misma o a sus individuos (Rodríguez y Palacios, 1989).

Según Sheridan y Radmacher (1992) los psicólogos deben entrenar a las personas para que desarrollen habilidades, para así mejorar su estilo de vida; este entrenamiento debe incluir, el manejo del estrés, organización del tiempo y entrenamiento en biofeedback.

Debe entenderse que lo importante de esta área es el evitar la enfermedad, al mismo tiempo que se fomentan y mantienen conductas o hábitos saludables.

1.3. Prevención.

Ardila (2000) dice que la prevención es el conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar factores protectores y las actitudes de la comunidad; incluyendo personal de salud, que permita la detección de los problemas y el acceso a los servicios disponibles.

Esto consiste en reducir los factores de riesgo asociados a diversas enfermedades, para lo cual se aplican programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés y abuso de sustancias, entre otras (Morales, 1999).

Sheridan y Radmacher (1992) exponen que algunas funciones del psicólogo en este ámbito, son la detección precoz de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, el empleo de los principios de modificación de conducta para impedir el desarrollo de conductas dañinas o para establecer patrones de pensamiento y comportamiento que favorezcan la salud de los individuos; el diseño de programas preventivos adecuados a las necesidades de cada comunidad, que pueden ser aplicados por otros miembros del equipo de salud (trabajadores sociales, enfermeras o médicos).

DiMatteo (1991) dice que en lo referente a la prevención secundaria, ésta es relevante una vez que la persona ha desarrollado una condición en la cual se tiene el riesgo de incrementar un daño, tal condición puede ser obesidad, diabetes, arteriosclerosis, etc. Por lo tanto su objetivo es impedir el avance de una condición patológica estimulando la modificación de los comportamientos relacionados con la enfermedad; siendo sus contribuciones más importantes la adherencia al tratamiento y la reorganización práctica de los servicios.

1.4. Tratamiento.

Este se refiere al tercer nivel de prevención, lo cual está compuesto de diferentes técnicas terapéuticas dirigidas a personas con alguna enfermedad, siendo estas técnicas principalmente de corte conductual.

Con base en esto, los psicólogos de la salud intervienen utilizando principalmente las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y auto control; en trastornos como: el dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes, cefaleas, obesidad, entre otros.

1.5. Investigación.

Consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos

saludables, la investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud.

Salinas (1995) explica que las principales contribuciones y tendencias de la investigación son: los estudios relacionados con las conductas de salud, los estudios del sistema de cuidado de salud, los estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud, los estudios sobre reducción de amenazas de salud.

1.6. Importancia de la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento integral de la obesidad.

Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) exponen que la reducción en la incidencia de enfermedades agudas o infecciosas consecuente a los avances médico-quirúrgicos y farmacológicos, así como el incremento en la longevidad ha dejado paso a las enfermedades crónicas. Lo cual implica que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestros comportamientos y son prevenibles. Es decir, nuestra salud está profundamente influenciada por nuestras conductas, pensamientos y relaciones sociales.

Entre algunas de las enfermedades crónicas, como el enfisema pulmonar que se presenta a consecuencia del fumar, la cirrosis hepática que resulta del consumo excesivo de alcohol, etc. Se encuentra la obesidad exógena, la cual se adquiere en relación al mantenimiento de hábitos alimentarios inadecuados y a un estilo de vida sedentario. Siendo este uno de los padecimientos que presenta mayor índice de prevalencia e incidencia.

Así entonces, debemos enfatizar que los factores que originan y mantienen este padecimiento son aquellos que compiten a la intervención del psicólogo ya que de forma simplista podríamos deducir que la eliminación de la obesidad implica el decremento de tejido adiposo en el cuerpo y omitir los elementos cognoscitivos y conductuales que promueven y conservan este incremento de grasa corporal.

En otras palabras la obesidad se debe entender también como la consecuencia de un trastorno en la conducta alimentaria y no solamente como un exceso de tejido adiposo dañino para el cuerpo.

Por lo tanto, la intervención del psicólogo para el tratamiento integral de la obesidad

es de crucial importancia ya que este padecimiento es en realidad el síntoma de un anómalo o inadecuado estilo de vida alimentaria y de actividad física.

En concreto debemos destacar que: a) el psicólogo de la salud es el único miembro del equipo multidisciplinario con las herramientas y metodología para evaluar los factores comportamentales y establecer un diagnóstico diferencial de las diversas causas conductuales, sociales y cognitivas que conllevan al individuo a ser obeso, b) también es el integrante de este equipo, con la capacidad y habilidades para promover y establecer buenos hábitos alimentarios y un estilo de vida saludable; como por ejemplo, evitar el sedentarismo, la práctica de conductas socialmente asertivas, el control en la relación de los diferentes estados emocionales con la ingesta de alimentos, c) otro aspecto importante es que al realizar cambios positivos en el estilo de vida del obeso, el psicólogo evita en gran número de veces niveles de obesidad severa y consecuentemente las enfermedades asociadas como la diabetes, la hipertensión arterial, problemas ortopédicos, etc. Y d) en base a que los tratamientos que el terapeuta ofrece son de corte cognitivo y conductual, se obtiene a largo plazo el mantenimiento de las conductas implantadas en el repertorio del paciente, en relación a un saludable estilo de vida en lo que respecta a la alimentación y a la actividad deportiva.

Ante esto y para finalizar, cabe señalar que la intervención del psicólogo garantiza el poder alterar y controlar positivamente la etiología de este padecimiento, con las ventajas de que el paciente obeso se convierte en un miembro activo en su tratamiento, con lo cual en base al reforzamiento diferencial el paciente establece la creencia de su capacidad para controlar su ambiente y consecuentemente alterar positivamente su biología, constituyéndose en normo peso.

1.7. La utilización de técnicas cognitivas y conductuales por el psicólogo de la salud para el tratamiento comportamental de la obesidad.

Rimm y Masters (1990) exponen un programa de intervención basado en métodos operantes para el control de la obesidad, el cual consta de los siguientes elementos: Primero, el establecimiento de una línea base, proponiendo que se mantenga durante un periodo de dos semanas. Segundo, definir metas del tratamiento; como por ejemplo, los kilogramos que se deberán decrementar por semana, la cantidad total de kilogramos a

perder en el programa y así también el precisar que la finalidad del tratamiento es la de establecer hábitos alimentarios duraderos que ayuden a permanecer en normopeso. Tercero, seleccionar la dieta, lo cual implica realizar una lista considerable de alimentos (relacionada con el valor calórico de los alimentos) fundamentado las comidas sobre las selecciones de diferentes categorías, permitiendo la mayor flexibilidad; posterior a esto se implantan las técnicas de autocontrol. Y cuarto, a) retirar los alimentos indeseables de la casa con la finalidad de incrementar el tiempo y esfuerzo involucrados en la alimentación no planeada, b) modificación de la conducta consumatoria en relación a comer lento y masticar hasta la adecuada trituración, más interrupciones breves de tiempo, c) estrechamiento de estímulos como comer en un solo lugar de la casa, d) cambio de los estímulos medio-ambientales; por ejemplo, si el cliente siente pena al atiborrarse cuando está con otras personas, convendrá que intente comer en presencia de otros, c) reforzamiento; es decir, el cliente debe otorgarse autorrecompensas por realizar las conductas meta y d) respuestas incompatibles, lo cual implica realizar una conducta contraria a la de comer compulsivamente.

Con respecto a la utilización de estas técnicas, Saldaña y García (1997) presentan el caso de una mujer a quien se le aplicó una intervención psicológica para ayudarle con su problema de obesidad. La sujeto era de clase media, de 33 años de edad, casada quien presentaba un peso de 103.9 kg. Con una estatura de 1.52 mts. Cabe mencionar que ya anteriormente había recibido cinco tratamientos anteriores. El tipo de intervención fue multicomponente y se basó en, terapia de la conducta, dieta y actividad física

Para lo cual utilizó autorregistros, cuestionarios de hábitos conductuales relacionados con la alimentación, cuestionarios de percepción del propio cuerpo y una balanza con tallímetro.

El procedimiento se dividió en cuatro bloques, el primero se refiere a las evaluaciones que se aplicaron en el pretratamiento: a) la evaluación médica (realizando un análisis de los niveles de tiroides e insulina) y b) la evaluación psicológica para recoger información y así identificar el comportamiento alimentario, establecer la línea base y diseñar un tratamiento individualizado. El segundo concierne a la intervención: a) a nivel médico donde se aplicó una dieta hiperproteica con severa reducción de carbohidratos. Así mismo, este servicio realizó controles mensuales de la evolución de la sujeto, b) a nivel de actividad física en una primera intervención se informó a la sujeto de lo siguiente: la

actividad física quema calorías, minimiza la pérdida de tejido muscular, incrementa el ritmo metabólico, facilita el mantenimiento, produce mejoras en las enfermedades y problemas psicológicos asociados a la obesidad y reduce el apetito. Posteriormente se aplicó un plan conductual para evitar el sedentarismo y promover la actividad física programada y c) el nivel psicológico se realizó mediante un paquete de tratamiento compuesto por información específica sobre el problema, contratos conductuales, incorporación de la pareja al tratamiento, autorregistros, control de estímulos, modificación de la conducta de comer, entrenamiento en nutrición y en relajación. El tercero corresponde a la evaluación postratamiento, donde a la paciente se le aplicaron el cuestionario de hábitos conductuales relacionados con la alimentación, el cuestionario de percepción del propio cuerpo y un inventario de asertividad. Esto con el propósito de determinar si paralelamente a la pérdida de peso se producían cambios comportamentales en los patrones de ingesta y actividad física, así como en los niveles de ansiedad y asertividad. El cuarto y último trata de los seguimientos que se realizaron al mes, tres meses y nueve meses.

Los resultados de este estudio mostraron que después de una pérdida de peso corporal de 23.77 kg durante el tratamiento, se recuperaron 5.2 kg a los nueve meses de seguimiento.

También, Fernández y Vera (1998) utilizaron estas técnicas, al elaborar un programa cognitivo conductual piloto con el objetivo de implantar hábitos de alimentación sanos que conllevaran una pérdida lenta y progresiva de peso, en un grupo de 16 estudiantes.

Los tres instrumentos básicos de evaluación que utilizaron fueron el autorregistro de comida y bebida, de actividad física y de peso diario. La intervención constó de siete fases, 1) un control estimular (hora de consumo, lugar, visibilidad y acceso a los alimentos), 2) educación nutricional e incremento en la actividad física rutinaria, 3) cambio en la forma de consumo (velocidad, cantidad del bocado y masticación), además se programó práctica deportiva, 4) reestructuración cognoscitiva (para la identificación y sustitución de los principales pensamientos que impedían el logro de objetivos), 5) identificación y ruptura de cadenas conductuales (inconvenientes para seguir el plan de alimentación balanceada y el programa de actividad física), 6) Práctica en resolución de problemas (como complemento ante cualquier eventualidad) y por último, 7) la explicación de nuevas estrategias para

abordar futuros problemas.

Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes lograron aproximarse a su peso meta. Es preciso señalar que durante el seguimiento que se aplicó en intervalos variables de uno a tres meses, dependiendo de la disponibilidad de los sujetos, se observó que continuaba el decremento de peso.

En relación a lo anterior, Saldaña (1991) señala que los elementos básicos de los tratamientos comportamentales para el control de la obesidad deben ser: 1) la dieta, basada en una alimentación equilibrada y nutritiva que permita establecer preferencias gustativas estables, 2) actividad física, dirigida al desplazamiento de vida sedentaria y a programas deportivos, 3) paquetes de técnicas de modificación de conducta, donde los componentes básicos son: a) los autorregistros, b) educación nutricional, c) control de estímulos, d) cambio en el estilo de consumo, e) reestructuración cognitiva y entrenamiento autoinstruccional para la modificación de pensamientos desadaptativos, etc.

Cabe añadir que los programas de autocontrol para el tratamiento comportamental de la obesidad se basan por una parte en procedimientos de condicionamiento operante y por otra, en estrategias de modificación cognoscitiva, implicando esfuerzos simultáneos entre terapeuta y paciente para aumentar las probabilidades de que se practiquen algunos tipos de respuesta, a la vez que se disminuyan las prácticas de otras respuestas.

Algunos elementos que fundamentan y configuran los programas de auto control son los siguientes:

- a) La definición del trastorno comportamental que se debe alterar, precisándolo como un fenómeno psicológico, conceptualizando todos los elementos involucrados en este proceso de salud-enfermedad. Landa (1999). Lo cual permite determinar hasta que punto factores tales como los biológicos, genéticos, socioculturales y psicológicos inciden en la aparición y mantenimiento de la obesidad.
- b) El proporcionar al paciente un entrenamiento en discriminación de los estímulos que promueven el comportamiento inadecuado. Respecto a esto, Anguera (1991) dice que saber observar es saber seleccionar; es decir, plantear previamente qué es lo que interesa observar. Esta delimitación necesaria, además involucra el establecer todas las condiciones o

particularidades que deben reunir las sesiones de observación, para que así los datos recogidos se ajusten al objetivo inicial y puedan ser considerados como datos netos.

- c) La recopilación de información de respuestas asociadas a los estímulos. En este punto, es importante precisar lo que refieren Bouchard, Ladoucer y Granger (1981) en relación a la utilidad de recurrir al autorregistro para la recolección de datos, ya que estos investigadores explican que el autorregistrar las conductas permite que el cliente se de cuenta de la manifestación del problema en lo referente al lugar o lugares donde se presenta la conducta, así como los horarios, la frecuencia, el estado emotivo, el tipo y calidad del alimento, etc.
- d) Realizar un cambio físico del ambiente, Al respecto Cote y Plante (1981) dicen que la finalidad del cambio de estímulos es facilitar la desaparición o supresión de una respuesta en una situación dada. Con esto es necesario precisar que al alterar los estímulos contextuales asociados a la conducta alimentaria se debe proveer de nuevos estímulos ambientales; por ejemplo evitar mantener alimentos de alto valor calórico en casa o en la oficina y de forma contraria mantener alimentos ricos en vitaminas, minerales y bajos en calorías, etc.
- e) Generación de alternativa que promuevan conductas contrarias al comportamiento alimentario inadecuado. Stuart (1981) sugiere que si se está sentado en la sala y se desencadena la necesidad de comer, se debe ir al sótano, a la recámara o al patio; es decir, ir a cualquier lugar en donde no esté en contacto con la comida. Si se está viendo el televisor, apagarlo y poner la música preferida. Este investigador explica que al modificar el ambiente y la actividad, se debe tomar en cuenta que la necesidad de comer es una respuesta a la situación presente. Por lo tanto al cambiar la situación, se está limitando la necesidad de comer.
- f) La reducción de la escala de provocación de estímulos que promueven la conducta indeseable. En lo concerniente a este punto, Rimm y Masters (1990) dicen que ciertas personas obesas pueden haber adquirido el hábito

de comer mientras ven algún programa de televisión, escuchar la radio, o leer el periódico. Para lo cual, la reducción en este caso implicaría limitar la conducta alimentaria a una serie de estímulos; por ejemplo, comer puede limitarse a la mesa del comedor a ciertas horas del día, sin ver televisión. Con lo que se fortalece la conexión entre los estímulos y conductas deseables promoviendo una asociación entre éstos.

- g) La identificación y promoción de estímulos reforzadores poderosos y de inmediata administración consecuentes a las conductas meta. Cabe mencionar la importancia de establecer un enlistado de los diferentes tipos de reforzadores materiales como: prendas de vestir, utensilios para la preparación de alimentos sin la utilización de grasas, etc. También los reforzadores sociales como: visitar personas que elogien su cambio de hábitos alimentarios, etc. Para este caso Delgado (1983) expone que estos refuerzos serán más efectivos si se aplican en forma contingente a la emisión de la respuesta meta, así también propone que la aplicación se presente de forma intermitente ya que esta modalidad de reforzamiento tiende a permitir que las conductas adquiridas sean más resistentes a la extinción.
- h) Por último es importante enfatizar que éste proceso de implantación de autocontrol para el tratamiento comportamental de la obesidad debe presentarse en forma gradual en base a aproximaciones sucesivas; es decir, se deben incorporar cada uno de los pasos descritos en forma secuencial y progresivamente con el propósito de que el paciente adquiera las habilidades necesarias exitosamente.

En resumen, es importante precisar que el desarrollo del psicólogo de la salud en todas las áreas expuestas, le ha permitido proponerse como un miembro de suma importancia dentro de los grupos de intervención para la prevención y mantenimiento de la salud. En relación a lo cual, en el siguiente capítulo se ofrece una exposición de un centro de trabajo, en el cual se aplican los conceptos y métodos propuestos por la psicología de la salud en un campo de intervención multidisciplinario.

II INSTITUCIÓN LABORAL

2.1. Ubicación y configuración.

La empresa se encuentra ubicada en calle Claveles Mz138 Lt32b S/N. Esquina Bulevar Ojo de Agua, Tecámac, Estado de México. Su razón social es la de Control de Peso.

Sus objetivos son:

- 1) En el nivel de intervención biomédica, la aplicación de planes nutricionales balanceados para la eliminación de la obesidad.

- 2) En el nivel de intervención psicológica, la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales para modificar el estilo de vida alimentaria del obeso.

- 3) La realización de sesiones de actividad física (ejercicio aeróbico, bajo impacto) para apoyo al gasto calórico y establecimiento de conducta deportiva en el repertorio del obeso.

A continuación se describe y esquematiza gráficamente la configuración del área en la cual se realizan las labores profesionales.

El área total de la empresa es de 90 mts con un sólo nivel, dentro de ésta se encuentran 2 cubículos para el servicio de consulta médica y psicológica ambos cuentan con escritorio y sillas necesarias, en el caso del consultorio médico también cuenta con mesa de exploración y gaveta para instrumental.

Fuera de los cubículos se dividen tres áreas; la de recepción (escritorio, archivero, un cancel, un pizarrón de información, un pizarrón para memorandum y máquina de escribir, el área de conferencias (15 sillas, un pizarrón para marcador de agua y monitor con video casetera). Y el área de actividad física (audio grabadora, báscula clínica, aparato ejercitador y ventiladores) un baño (lavamanos y escusado).

También los cubículos y las áreas mencionadas cuentan con suficiente iluminación y ventilación.

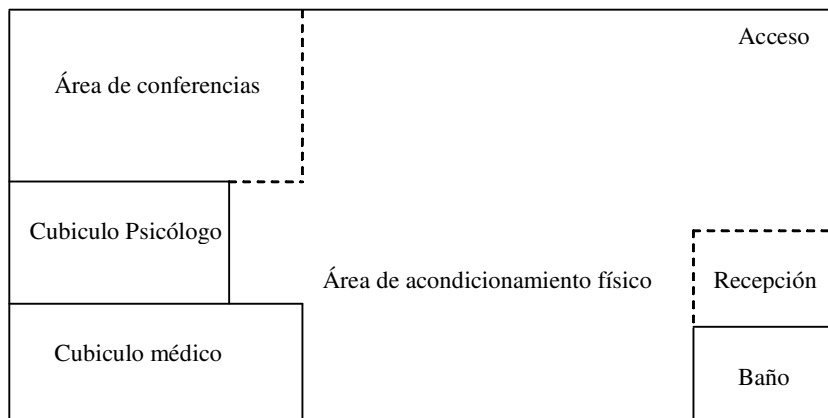


FIGURA 1. CROQUIS

2.2. Dinámica laboral.

La interacción laboral entre el personal de servicio, mantiene como base principal configurarse en un procedimiento de intervención eficiente y eficaz. Para lo cual, cada integrante mantiene bien delineadas las actividades que debe realizar, tanto en los tiempos, como en las formas y contenidos. Así también se han homogeneizado la actitud y expresiones que se presentan a los pacientes, en lo relacionado a establecer reforzamiento diferencial a las conductas convenientes, (seguir instrucciones, acudir puntualmente a las citas, etc.) y en lo que respecta a motivarles para que se involucren en las diversas actividades que se realizan.

A continuación se describen algunas de las labores más importantes que realiza el personal.

Psicólogo: En función de que el programa que se presenta, mantiene en su totalidad como eje rector, la intervención de modificación de los hábitos que promueven y mantienen la obesidad, es el psicólogo quien se encarga de coordinar todas las actividades, (en tiempos de intervención, en estrategias de reforzamiento, en técnicas de entrevista y recopilación de datos, etc.), por lo cual mantiene una constante interacción de supervisión con todos los miembros, tanto del equipo de intervención y en su caso con el personal de apoyo; respecto

al área de contabilidad, imprenta y publicidad.

Por lo cual, en relación a los servicios de apoyo en lo que se refiere al área de contabilidad, supervisa el puntual pago de impuestos y de todos los trámites que requiere la Secretaria de Hacienda y Crédito Público.

En el caso de los servicios de imprenta; dirige y diseña los formatos y tipografía de toda la papelería necesaria para fichas de identidad, registros, instrumentos evaluativos y material publicitario.

También en el caso del personal de publicidad; es el psicólogo quien dirige las campañas promocionales, tanto en periodos anuales, como en eslogan y material publicitario.

Médico: Realiza la valoración del estado general de salud del paciente, a nivel clínico en lo que se refiere a los aparatos y sistemas: 1) cardiovascular, 2) endocrino, 3) ventilatorio, 4) hemático y linfático, 5) gastroenterológico, 6) urogenital, 7) osteomuscular, 8) neurológico, 9) alergias y 10) reflejos, también recopila información de los posibles antecedentes personales patológicos y alergias, para establecer el diagnóstico correspondiente y llevar acabo las recomendaciones de laboratorio y/o gabinete, de ser necesario.

Así también mantiene una rutina de valoración en lo que respecta a la frecuencia cardíaca, la frecuencia ventilatoria, tensión arterial y temperatura corporal.

Otras de sus funciones es dar atención farmacológica a los pacientes que así lo requieren y lo solicitan, tanto en el caso del padecimiento de obesidad, como en algunos otros padecimientos relacionados con la salud en general; es decir, se presta el servicio de medicina general.

El médico es el responsable de canalizar a algunos pacientes a los servicios de laboratorio de análisis clínicos, endocrinología, ortopedia o cardiología.

Por último, este servicio mantiene constante dirección con la enfermera y con la acondicionadora física.

Acondicionadora física: Establece los programas de actividad física y los aplica en grupo en dos diferentes sesiones de 1 hora de duración cada sesión y de lunes a viernes.

Otro aspecto importante de su actividad, es el dar un reporte cada semana al médico en función a las observaciones que realiza de los pacientes, (excesivo cansancio, dolor de algún grupo muscular, mareo, etc.) para que el médico presente las instrucciones correspondientes.

Enfermera: Colabora con el médico, en la exploración clínica y configuración del expediente clínico del paciente.

Parte de sus labores es pesar a los pacientes siguiendo el programa de relación, peso, talla, circunferencias y pliegues cutáneos.

Este servicio, se encarga de suministrar, (sólo en algunos casos) los medicamentos que prescribe el médico y le auxilia en todo lo relacionado a la salud de los pacientes.

Recepcionista: Informa a los solicitantes algunos aspectos importantes del programa (horarios, servicios, aspectos generales de la intervención, costo del servicio, etc.), coordina los horarios de cita, con los pacientes y confirma citas vía telefónica, realiza documentación necesaria para el servicio de psicología, para el servicio médico y para la acondicionadora física, también organiza el archivo, los expedientes de los pacientes.

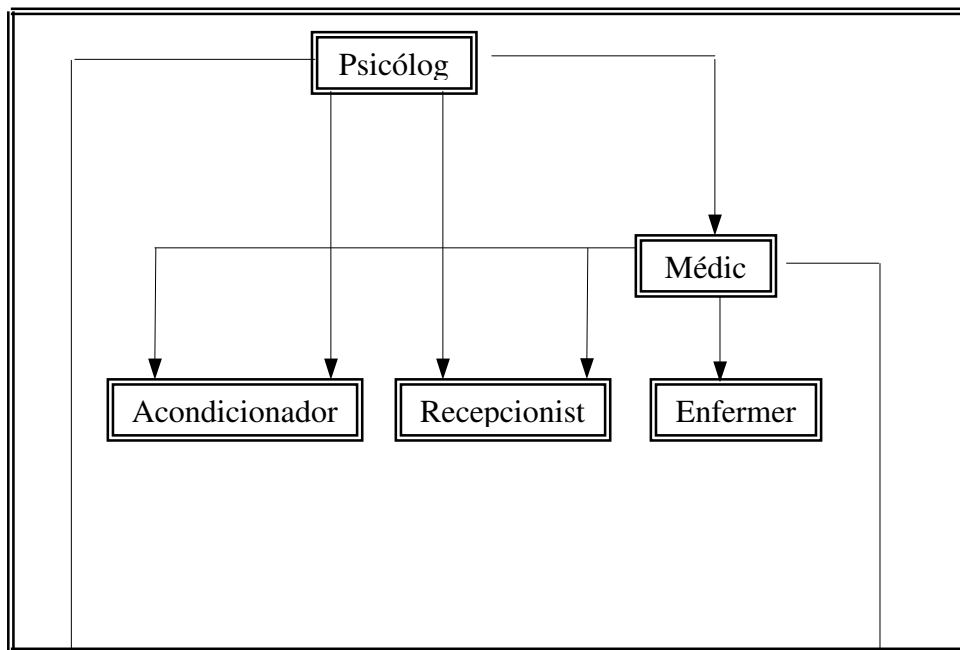
El personal de contabilidad: mantiene un programa de una visita mensual a la empresa para el registro de ingresos, egresos y la supervisión de documentos que establece la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico.

Los servicios de ortopedia, cardiología, endocrinología y de laboratorio de análisis clínicos: también prestan atención eventualmente. Cabe mencionar que estos servicios se encuentran en otra empresa, por lo cual los pacientes se canalizan para que acudan a dicha empresa, llevando la solicitud del médico y según el caso una copia del expediente clínico. Posteriormente, estos servicios de apoyo envían un informe detallado del paciente, así como las sugerencias de tratamiento que debe seguir el médico.

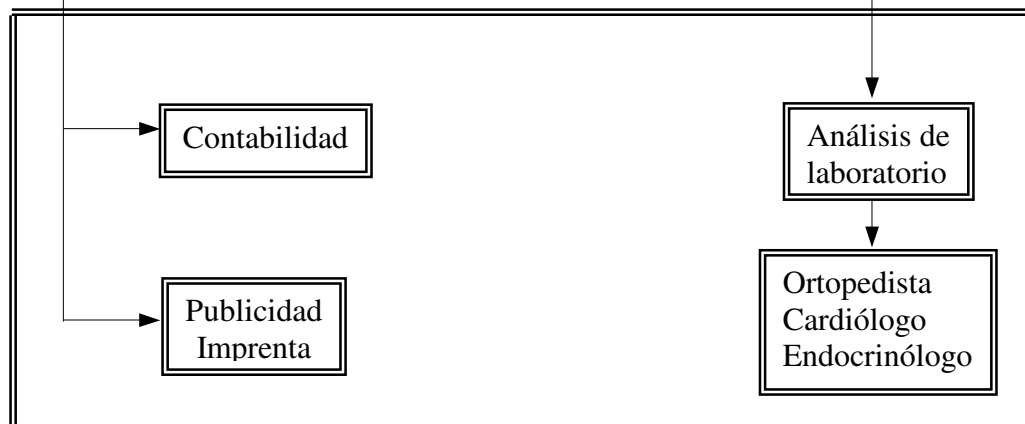
A continuación se presenta el organigrama de la institución y posteriormente en el siguiente capítulo se especifican a detalle las actividades que realiza el psicólogo dentro de la empresa.

ORGANIGRAMA

Servicio directo al



Servicios de



III

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA CLÍNICA PARA EL CONTROL DE PESO

3.1. Recepción e inducción al programa.

Se realiza la presentación en forma individual entre el terapeuta y paciente, con el objetivo de establecer empatía e identificar el motivo por el cual decide participar en un programa de intervención para el control de la obesidad, el cual lleva como vértice principal la modificación de hábitos alimenticios.

También al solicitante se le expone un panorama breve tanto de los conceptos, como de los métodos de intervención psicológica, en lo que respecta al análisis experimental de la conducta, así como de algunas estrategias de modificación cognoscitiva.

Esta actividad se realiza previa cita, con hora y día fijados por la recepcionista y el interesado.

El tiempo de duración de esta actividad es variable ya que depende de las dudas que presenta el interesado, así como de la exposición de los elementos del programa, sin embargo la fluctuación se da entre 10 y 20 minutos.

Una vez que se han expuesto los elementos del programa, que se han aclarado todas las dudas del solicitante y ya que éste ha aceptado involucrarse en el tratamiento, se prosigue con la detección.

3.2. Detección.

Consta de tres diferentes elementos que se aplican en tiempos diferentes en el orden siguiente: 1) La detección diferencial de la obesidad, 2) la detección funcional de la obesidad y 3) la detección de la adhesión al programa de intervención. Estos elementos se establecen recopilando información en la ficha de identidad, (anexo 1), el cuestionario de sobrepeso, (anexo 2), el cuestionario de Willoughby, (anexo 3), la escala S-S de Bernreuter, (anexo 4), en autorregistros conductuales para establecer el análisis funcional, (anexo 5), así como el cuestionario cognitivo de autofrases, (anexo 6), el autorregistro cognitivo de formato ABC, (anexo 7) y el diario estructurado de escenificaciones cognoscitivas, (anexo 8).

3.2.1. Detección diferencial de la obesidad.

Verificación del exceso de grasa corporal: En lo concerniente a esto, se utilizan la báscula, las tablas estandarizadas de peso corporal. Y el instrumento de medición de grasas por sistema de impedancia bioeléctrica.

La aplicación de estos elementos verifica que el interesado sea realmente un candidato a la intervención; es decir, que sea obeso, ya que en algunos casos los solicitantes mantienen otros tipos de desordenes alimentarios como la anorexia o bulimia.

Clasificación del grado de obesidad: Una vez que se ha verificado la obesidad se clasifica según el grado de exceso de grasa corporal, en tres niveles los cuales son: 1) leve que va del 20 % al 40 % por encima del peso ideal; 2) moderada que abarca del 41 % al 100 % sobre el peso ideal y 3) grave que es correspondiente a más del 100 % sobre el peso ideal.

Esta evaluación permite establecer un criterio respecto a dos aspectos importantes del paciente: a) la atención que ha presentado a su sobrepeso con relación al interés por mantenerse en normo peso y b) la integración a prácticas de alimentación hipocalórica eventual, sin cambio alguno en sus hábitos alimentarios.

También, esta clasificación permite promover una expectativa objetiva en el paciente respecto al tiempo que conlleve establecerse en su peso meta.

Relación entre los tipos constitucionales, peso ideal y peso real: Con base en los tres diferentes modelos de morfotipo: 1) asténico, 2) normosténico y 3) hiperesténico, así como de las tablas estandarizadas de peso corporal, se establece el peso real que debe proponerse el paciente como meta.

La intención es definir objetivamente junto con el paciente una expectativa del peso meta real, acorde a su propia estructura ósea y muscular.

Nivel superior de sobrepeso y tiempo en que se ha mantenido: En relación al reporte del paciente se detecta el límite superior que ha alcanzado con su padecimiento.

Nivel inferior de sobrepeso y tiempo en que se ha mantenido: También según el reporte verbal del paciente se establece el límite inferior de obesidad que ha logrado y el tiempo de mantenimiento.

Con estos dos elementos se establece el rango más importante que se ha presentado en el sobrepeso del paciente, con lo que también se investigan las conductas que estuvieron

involucradas en estas fluctuaciones del peso.

Esta evaluación la aplica el psicólogo con la ayuda de la enfermera, dentro del consultorio de psicología y se practica en forma individual.

El tiempo de duración de esta actividad, fluctúa de entre 10 a 15 minutos.

3.2.2. Detección funcional de la obesidad.

Nivel conductual: Con base en autorregistros y el cuestionario de sobrepeso, se detectan los alimentos de alto valor calórico de mayor interacción con el paciente, así como las formas de cocción que realiza (fritos, hervidos, asados o al vapor), el estilo de consumo y las situaciones en las cuales se realiza dicho consumo. También se evalúan los contextos ambientales y sociales relacionados a la ingesta alimenticia no planeada, así como los factores emocionales antecedentes y consecuentes relacionados al consumo y la actividad física cotidiana o el ejercicio físico programado que realiza, (anexo 9).

La finalidad es evaluar la relación existente entre los elementos conductuales y contextuales que promueven la obesidad, para definir con precisión el tratamiento.

Para lo anterior primero se aplica el cuestionario de sobrepeso individualmente, el cual es llenado por el paciente en el consultorio de psicología estando presente el psicólogo para ayudar ante cualquier duda, (esta actividad se realiza en un tiempo aproximado de 40 minutos).

Posteriormente, con respecto a los autorregistros el proceso es un tanto diferente, ya que se realizan varios ensayos con la finalidad de que los pacientes adquieran la habilidad de almacenar la información diferencialmente, según corresponda a las estructuras de los formatos de los autorregistros. Para este propósito se aclaran los siguientes puntos: 1) qué información se debe recopilar, 2) en qué parte del formato se debe almacenar, 3) los horarios más adecuados para hacer el llenado del auto registro y 4) bajo qué circunstancias es mejor realizar la tarea. Para esto, se provee a los pacientes con registros para que durante el transcurso de la semana los llenen en el lugar en que se presenten las conductas a recolectar.

Esto implica tres tiempos, ya que en primer lugar se le enseña al paciente o pacientes a realizar el llenado del autorregistro, y en segundo lugar, se realiza una evaluación y ajuste de la ejecución respecto a la recopilación de información lo cual

implica la valoración grupal o individual de los datos recopilados la semana anterior, con el propósito de afinar y promover mayor precisión en la observación y recolección de datos conductuales y contextuales.

Para este fin, se escenifican actuaciones de eventos en los cuales algunos de los pacientes se hayan involucrado con una conducta no deseable. Así durante la escenificación los demás participantes recopilan datos de las variables involucradas en la conducta no deseada, (no respetar el plan nutricional, etc.).

Y en tercer lugar se realiza el análisis de datos y establecimiento de variables funcionales en conjunto terapeuta y paciente, en trabajo grupal o individual, realizan la cuantificación y cualificación de los datos obtenidos de los registros que llenaron durante la semana anterior, estableciendo la frecuencia y la duración de las conductas a observar, para posteriormente definir las variables a modificar y proponer conductas alternativas deseables o de prevención de eventos poco favorables. Para este propósito, después de haber identificado las variables relacionales a las conductas inadecuadas, los participantes inician la generación de alternativas en forma de tormenta de ideas, en algunas ocasiones ellos mismos relatan la forma en que lograron superar algunos eventos.

Cabe aclarar que las actividades de enseñar a los participantes a utilizar el formato de los autorregistros y la de evaluar y ajustar las ejecuciones, (producto de la tarea de recopilación de información en dichos autorregistros una semana posterior) se aplican durante una sesión de 1 hora correspondiente para cada actividad, en la sala de conferencias. Así también, en lo que respecta al análisis de datos obtenidos, esta actividad se lleva a cabo durante diferentes sesiones de 1 hora consecutivamente, hasta lograr por medio de aproximaciones sucesivas mantener una definición exacta de cada variable funcional.

Nivel cognoscitivo: Aplicando el cuestionario de autofrases y el autorregistro ABC, se evalúan los monólogos distorsionados que mantienen algunos pacientes con respecto a la obesidad, a los objetivos para bajar de peso, a las capacidades para bajar de peso, a las excusas para bajar de peso, a los pensamientos sobre comida y a los kilogramos perdidos al seguir indicaciones dietéticas. También el paciente realiza un diario estructurado, de las escenificaciones encubiertas de episodios de sobreingesta o eventos en los cuales se vea consumiendo alimentos no planeados.

El propósito es el de alterar las estructuras cognitivas que promuevan conductas de alimentación no planeada o de deserción al programa de intervención. Al mismo tiempo que se implantan nuevas estructuras del pensamiento, que les sean favorables para que puedan mantenerse en su peso meta.

Es importante aclarar que el cuestionario de autofrases se aplica en forma individual, en el consultorio de psicología, en un tiempo aproximado de 30 minutos, estando presente el psicólogo para aclarar las dudas que refiera el paciente.

En relación al autorregistro ABC, se les instruye a los pacientes para que lo llenen según se presenten los eventos desencadenantes de estados emotivos inconvenientes para seguir el plan adecuadamente o aquellos que promuevan la deserción del programa. Y en razón de que el formato de este registro de autofrases es bastante sencillo, la tarea de enseñarles el llenado lleva como un máximo de tiempo 20 minutos.

Por último, en lo que respecta al diario estructurado de escenificaciones de sobre ingesta o ingesta no planeada, los participantes reciben la instrucción correspondiente para el adecuado llenado de éste, en el cual básicamente se les pide narren secuencialmente dicho evento encubierto.

3.2.3. Detección de la adhesión al programa.

Descripción de las conductas solicitadas: Ante una recaída o una situación que pueda alterar el plan de consumo planeado, el paciente debe definir operacionalmente qué hacer, cómo hacerlo y generar alternativas para hacer frente a estos problemas.

Incorporación de las conductas meta en la rutina cotidiana: Se evalúa la aplicación de los nuevos hábitos en los diferentes contextos de interacción ambiental y social, según la información recopilada en los diferentes autorregistros llenados por el paciente.

Competencia y satisfacción del paciente en las habilidades adquiridas: Según los autorregistros cognitivos, conductuales, los resultados del cuestionario de sobrepeso, el cuestionario de autofrases y el auto informe verbal que ha ido realizando el paciente antes y durante el tratamiento, se detecta el nivel de competencia y la satisfacción (consecuencias emocionales posteriores a la ejecución) que se van presentando en las diferentes etapas de intervención.

Todos estos elementos para detectar la adhesión al programa de intervención

permiten realizar los ajustes correspondientes para cada participante, así como el mantener una dirección adecuada en lo relacionado a los tiempos de aplicación de las diferentes estrategias.

3.3. Intervención.

En lo que corresponde al aspecto cognoscitivo, se establecen nuevos patrones de pensamiento más racional en lo concerniente a la atención al cambio de hábitos alimentarios y no sólo al esmero en seguir planes de alimentación, también a las creencias que se mantienen con relación a la obesidad y en lo referente a las atribuciones que generan posteriormente al fracasar en algún elemento del programa, por otro lado se practica la sustitución de escenificaciones cognitivas que aluden a episodios de sobreingesta o alimentación no planeada y esquemas para la solución de problemas.

También se conforma de un programa que implica la modificación de aspectos conductuales, para lo cual las estrategias correspondientes a estos aspectos se configuran de técnicas de auto control basadas en la planeación de la forma de interacción con los alimentos, con relación al tipo de alimentos (valor calórico), a la forma de consumo (velocidad, tiempo, calidad de trituración y lugar), el control contextual (ambiental y social) y de un incremento en la actividad física. También se implantan conductas de asertividad social.

En lo concerniente al proceso de aplicación de las estrategias, esto se lleva a cabo con base en tres criterios: 1) los resultados de la evaluación, 2) las demandas de ayuda por parte de los pacientes y 3) los ajustes necesarios para una mejor adhesión al programa según cada caso en particular.

3.3.1. Nivel cognoscitivo.

Los elementos que configuran la intervención cognitiva son cuatro: 1) reestructuración cognoscitiva, 2) condicionamiento encubierto, 3) detención del pensamiento y 4) solución de problemas.

3.3.1.1. Reestructuración cognoscitiva.

Esta es una estrategia de intervención terapéutica propuesta por Ellis, A. y Abrahms, E. (1980) en la cual el fundamento es que el paciente que sufre de autocríticas o

auto valorizaciones que le generan alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, etc. Realice un análisis objetivo de la veracidad y racionalidad de sus autofrases en función de los eventos que le acontecen, proponiendo al mismo tiempo la auto aceptación no contingente a la ejecución y la promoción de pensamientos carentes de juicios de valores, así como la evitación de pensamientos dicotómicos. Esta estrategia se presenta en una secuencia A-B-C-D. Donde (A) representa un evento experiencial objetivo, (B) simboliza un monólogo o auto declaración irracional consecuencia del evento (A), posteriormente (C) es la emoción activada por la auto declaración (B) y (D) refiere un entrenamiento sistemático en la discriminación evaluación y alteración de (B).

A continuación se presenta un ejemplo esquematizado del procedimiento de reestructuración cognoscitiva:

(A) Estímulos.

Espejos, prendas de vestir, fotografías, videos, báscula, comentarios alusivos al sobrepeso, comida, cinta métrica, reuniones sociales, relación sexual, enfermedades asociadas, sudor, etc.

(B) Respuestas:

Activación cognoscitiva:

monólogos	imágenes
Me veo horrible.	Imaginar que en una reunión observan sus áreas de mayor almacenamiento de grasa.
Para todos soy un inútil gordo.	Verse torpe al realizar una actividad.
Nadie me quiere por estar obeso.	Escenificar una relación en la cual no es aceptado.

(C) Activación emocional.

Ansiedad: Preocupación excesiva sobre determinadas áreas corporales, con alteraciones de sueño, fatiga, dificultad de concentración y tensión muscular.

Depresión: Disminución general de toda actividad, llanto, apatía, falta de expresividad o trastornos del sueño. A consecuencia del sobrepeso.

Ira: Caracterizada por reacciones súbitas, con fuerte irritación emocional que puede llevar a la pérdida del dominio sobre sí mismo. Por no controlar su sobrepeso.

(D) Intervención.

a) Discriminación:

Reconocimiento de la sensación de malestar (ansiedad, depresión, ira, etc.).

Identificación de eventos privados (pensamientos, imágenes).

Repetición encubierta e instantánea de lo ocurrido

b) Evaluación:

De las bases lógicas, de las ideas irracionales y sistema de valores.

De la función adaptativa de imágenes y auto-declaraciones.

- Inatención selectiva.
- Percepción errónea.
- Focalización maladaptativa.
- Auto-activación maladaptativa.

c) Alteración:

Presentación de alternativas:

Enfatizando la auto-aceptación no contingente, sin importar la competencia en la ejecución.

Entrenamiento en discriminación y observación sistemática de las auto-declaraciones.

3.3.1.2. Condicionamiento encubierto.

Esta estrategia consta de tres elementos, para la supresión e implantación de escenificaciones cognitivas que ayuden al paciente en su rehabilitación permanente.

Para esto, es importante precisar que el condicionamiento encubierto se propone como una serie de procedimientos para manipular las imágenes internas del paciente, con el fin de modificar selectivamente ciertas conductas tanto encubiertas como observables.

Cautela (1983) menciona que en el caso de la sensibilización encubierta, esta se ha incluido como un procedimiento punitivo en el cual se presenta una consecuencia imaginaria altamente aversiva contingentemente a la escenificación imaginaria de una conducta desadaptativa. Así también en el caso del reforzamiento positivo encubierto, este autor refiere que es una técnica en la cual la persona se autorrefuerza imaginariamente tras la ejecución de la conducta adecuada, ya sea en la vida real o en la imaginación; por lo que consecuentemente, este procedimiento operante hace aumentar la probabilidad de la respuesta esperada. Por último, el modelamiento encubierto se comprende como un fenómeno de aprendizaje social, el cual se utiliza para el aprendizaje de nuevas conductas y para modificar conductas ya existentes mediante la observación imaginaria de comportamientos de otras personas, enfatizando las consecuencias que de ellos se siguen.

- 1) Sensibilización encubierta: Se basa en la repetición lógica y secuenciada de imágenes internas de una conducta problema (verse a sí mismo en un episodio de sobre ingesta), la cual es apareada con eventos simbólicos aversivos (personas burlándose de su forma de comer, posterior a la sobreingesta vómito en público, etc.).
- 2) Reforzamiento positivo encubierto: La forma de aplicación se realiza entrenando al paciente para que imagine que ejecuta una respuesta deseada (comer solamente lo sugerido, realizar deporte, etc.) y posteriormente cambie a imágenes reforzantes (buenos comentarios de parte de sus amistades referentes a su físico, verse en una reunión social con un vestuario entallado y agradable, etc.).
- 3) Modelamiento encubierto: Se dirige secuencialmente al paciente a la repetición simbólica de la conducta apropiada; es decir, imagina una persona modelo realizando una conducta meta previamente establecida (práctica deportiva,

realizando pausas de tiempo al comer, etc.) y tanto la persona modelo como él, obtienen un reforzador (un cuerpo atlético, verse delgado en las fotografías o videos, etc.).

3.3.1.3. Detención del pensamiento.

Según Rimm y Masters (1990) explican que la supresión de respuestas encubiertas, se presenta a través del mismo mecanismo implicado en la supresión de formas abiertas de conducta. Así entonces la utilización abrupta de la palabra “alto” se emplea como un elemento de castigo o distracción para romper de inicio la cadena de escenificaciones cognitivas. Estos autores explican que la palabra “alto” dicha intensamente, puede distraer al mismo tiempo que rivaliza con la ansiedad a causa de sus propiedades asertivas.

Por su parte Wolpe (1990) explica que la base probable del procedimiento de detención del pensamiento, es el establecimiento de un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo, para lo cual argumenta que es razonable pensar que este hábito inhibitorio de pensamientos episódicos y algunas veces obsesivos, es reforzado por la consecuencia de reducir la respuesta de ansiedad que trae cada intento satisfactorio de inhibición del pensamiento.

Consta de cinco pasos:

Paso 1) Establecimiento del principio escénico: una vez definida la escena, se discrimina el inicio que la establece (realizar un atracón el sábado por la noche, por ejemplo).

Paso 2) Interrupción del relato verbal de la escena: el paciente comienza a narrar un evento en el que la escena problema esté implícita (acudir a la reunión con sus amistades en un establecimiento de comida bufete y comer todo lo que más pueda, por ejemplo).

La intervención terapéutica se aplica con un grito súbito y fuerte “alto”, en el momento en que el paciente va a comenzar la parte de la narración en la cual pretende servirse de todos los platillos para iniciar la comilona.

Posteriormente se explica al paciente cómo el grito suprimió la escenificación, rompiendo la cadena cognitiva, lo cual ayuda a evitar el mantenimiento de dichas escenificaciones.

Paso 3) Interrupción del pensamiento (indicando con un dedo el inicio) de la escena:

se le indica al paciente que sólo piense la escena, que no la verbalice y que en el momento preciso en que inicie el episodio problema levante el dedo índice, para que el terapeuta grite “alto”.

Paso 4) Autointerrupción verbal de la escenificación pensada: el paciente piensa la escena y en la parte establecida como problema grita “alto”, suprimiendo él mismo el inicio del episodio.

Paso 5) Autointerrupción no verbal (indicando con un dedo la supresión) de la escenificación: se realiza nuevamente la escenificación y la supresión, con la diferencia de que el paciente ya no externa el grito “alto”, ahora lo ejecuta cognitivamente.

Es importante mencionar que al paciente se le presenta un modelamiento adicional, enfatizando lo imperioso de bloquear súbitamente la escenificación. Así también se le instiga a que practique la técnica el mayor número de veces que sea posible y que lo haga de preferencia en la hora y lugar en donde se presentaban estas cogniciones.

3.3.1.4. Solución de problemas.

Mahoney y Mahoney (1995) dicen que esta estrategia se compone de seis pasos; 1) especificación del área del problema, 2) registro de información, 3) identificación de patrones conductuales y ambientales, 4) generación de alternativas y soluciones, 5) valorar las ganancias o pérdidas consecuentes y 6) extender o sustituir la solución.

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

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

Así entonces, estos autores señalan cinco pasos en el proceso de solución de problemas, a) la orientación hacia el problema (lo cual propone un proceso exclusivamente motivacional, que implica reacciones cognitivo-afectivo-conductuales ante una situación

problemática que se presenta por primera vez), b) la definición y formulación del problema (lo que reside en la clarificación y comprensión de la naturaleza del problema), c) la toma de decisiones (que se establece al evaluar las opciones disponibles, para seleccionar la mejor de entre éstas) y d) la puesta en práctica de la solución y verificación (lo cual consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para establecer control en la situación problema).

Es importante aclarar que aun cuando existen diferencias en los pasos del proceso de solución de problemas que proponen los diferentes investigadores, en esencia se mantiene la misma dinámica de autocontrol cognitivo-conductual.

Ejemplo:

- 1) Realizar comilonas y consecuentemente salirse del plan alimenticio y ganar peso.
- 2) Registrar la fecha, hora, lugar, compañías y pensamientos contingentes a la sobreingesta.
- 3) Identificar las variables relacionales a la sobreingesta, (las reuniones del viernes, durante el programa favorito de la tarde, estando en casa solo y aburrido, etc.).
- 4) Opcionalmente acudir a la reunión después de haber comido, preparar un cóctel de frutas y ensaladas previamente para consumirlo durante el programa favorito, evitar estar en casa solo y aburrido, etc.
- 5) Valorar los beneficios de las nuevas conductas y la adaptación al cambio.
- 6) En caso de que la nueva conducta genere malestar, cambiar a otras conductas que promuevan el bienestar.

3.3.2. Nivel conductual.

Está compuesto de dos elementos, una técnica de autocontrol, la cual se divide en seis partes; a) forma de cocción de los alimentos, b) forma de consumo de los alimentos, c) reducción de la escala de provocación, d) interrupción de cadenas conductuales, e) establecimiento de respuestas de competencia y f) fortalecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas deseables. Y tácticas de implementación de conducta sociales asertivas (rechazo de alimentos de alto valor calórico, solicitud de menús hipocalóricos, responder a las críticas y responder a los cumplidos).

(Stuart, 1981; Rimm y Masters, 1990; Wolpe, 1990 y Fernández y Vera, 1998)

explican que el autocontrol desde el punto de vista de la práctica conductual no representa un asunto de fuerza de voluntad, sino que más bien es el resultado de juiciosas manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes de acuerdo con los principios establecidos del aprendizaje. Para lo cual se debe tomar ventaja del hecho de que la conducta se encuentra bajo el control de estímulos.

Así, estos investigadores exponen que para establecer este control de estímulos se debe promover: a) el cambio físico del ambiente; en lo que sea posible, de modo que este cambio beneficie la adquisición y mantenimiento de las conductas deseables, b) también la reducción de la escala de provocación de los estímulos que promueven conductas indeseables y c) asimismo sugieren el fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseables.

Para esto aclaran que en lo que respecta a los pacientes, deben determinar los eventos que sean recompensas potentes para administrarlas inmediatamente después de realizar la respuesta apropiada, además deben determinar aquellas respuestas deseables que compiten y por lo mismo inhiben y/o debilitan los comportamientos no deseables, también conviene que determinen las respuestas alternativas que puedan servir como saludables con el fin de mantener un repertorio más amplio de opciones, así mismo es de gran importancia la interrupción de la cadena de conductas que conducen a respuestas indeseables tan pronto como sea posible y por último es necesario aclarar que las metas y conductas aproximativas en los programas de autocontrol siempre deben ser de la más fácil obtención y de forma gradual.

Forma de cocción de los alimentos: Con eso se propone que eviten cocinar sus platillos con grasas; es decir, que utilicen formas de cocción en las cuales no se fría con aceite, manteca, mantequilla, etc. Para lo cual se enseña a cocinar algunos nutrientes asados, hervidos o cocidos al vapor. La intención al respecto, es por una parte la de evitar el consumo de calorías innecesarias y por otra parte la de condicionar el gusto por el consumo de alimentos bajos en grasa.

Es importante mencionar que los pacientes reciben información por parte del servicio médico nutricional de las necesidades calóricas que requieren por día, así como de los nutrientes necesarios (vitaminas, sales inorgánicas, líquidos, carbohidratos, proteínas y lípidos) para mantenerse en buen estado.

Forma de consumo de los alimentos: Se propone a los participantes realicen su alimentación cotidiana en base a los siguientes puntos.

- 1) Comer solamente cuando se tiene hambre, evitando comer con hambre excesiva. En caso de tener hambre en exceso comenzar con ensaladas.
- 2) Realizar la alimentación siempre en el mismo lugar de preferencia en el comedor, evitando conductas paralelas a ésta (leer, ver televisión, etc.).
- 3) Servir raciones pequeñas, manteniendo la idea de que no es necesario “limpiar el plato” y que la sesión alimenticia no forzosamente debe constar de (sopa, guisados, frijoles y postre).
- 4) Ingerir bocados pequeños, masticarlos hasta triturarlos al máximo y después de tragarlo, esperar aproximadamente 15 segundos para ingerir el siguiente.
- 5) Eventualmente hacer pausas de 30 a 50 segundos entre bocados (servir el siguiente platillo, asearse con la servilleta, etc.).
- 6) Eliminar el pensamiento erróneo de que a cada bocado del platillo corresponde un trozo de pan o tortilla.
- 7) A la mitad de la sesión alimenticia hacer una pausa, dejando de comer durante un mínimo de 3 minutos, (en caso de continuar con hambre proseguir con su ingesta).
- 8) Mantener atención en percibir la sensación visceral de saciedad.
- 9) Evitar la sobremesa, manteniendo cepillo y pasta dental para asearse inmediatamente después de haber tragado el último bocado.
- 10) La sesión de alimentación debe durar un mínimo de tiempo de 40 minutos.

Para que los pacientes comprendan la importancia que tiene el comer lento, reciben información relacionada con los mecanismos fisiológicos reguladores del hambre, de la saciedad y del tiempo de reacción del hipotálamo para realizar la codificación de estos eventos.

También se analizan y suprimen las falsas creencias respecto a valores de “bueno” o “malo”, en lo concerniente a dejar sobras de comida en la mesa y en lo referente a la cantidad y tipo de platillos de consumo que deben realizarse por sesión alimenticia.

Reducción de la escala de provocación: Esto implica la reducción gradual de los estímulos ambientales que promuevan respuestas indeseables.

- 1) Evitación sensorial con alimentos de alto valor calórico, no manteniendo estos en alacena, refrigerador; es decir, en casa o área laboral.
- 2) Realizar compra de alimentos de bajo valor calórico para mantenerlos en casa, siguiendo una lista elaborada previamente y estando saciado.
- 3) Evitar mantener en casa sobras de comida. En caso contrario congelar dichas sobras.

Para este punto, se proporciona información a los participantes respecto a la relación con los diferentes estados disposicionales que pueden tener los individuos al abrir el refrigerador y encontrar refrescos, pastel, etc. Es decir, se enfatiza que no se trata de un asunto de ‘fuerza superior de voluntad’, sino de realizar manipulaciones ambientales que permitan llevar acabo el plan de control propuesto.

Interrupción de cadenas conductuales: Esto se hace en relación a la discriminación de las primeras conductas que llevan al consumo de alimentos de alto valor calórico y no planeados. Para lo cual se propone evitar o escapar de los eventos o situaciones que promueven dichas conductas.

- a) Algunas compañías sociales que instigan a la ingesta.
- b) Horas del día o noche, en que se presentan estados emocionales que promueven la ingesta no planeada.
- c) Comerciales televisivos o radiofónicos, entre otros.
- d) Estados de hambre excesiva, etc.

Consecuentemente a la valoración que se realiza de las variables involucradas en el consumo alimenticio no planeado, se definen las situaciones de riesgo y conductas iniciales que deben ser sustituidas.

Establecimiento de respuestas incompatibles: Para la realización de esto, en algunos casos se consideran las conductas que ya mantienen los pacientes en su repertorio y que potencialmente son opuestas a las conductas problema, en otros casos ellos aprenden nuevas conductas alternativas para hacer frente a las respuestas inconvenientes. Para esto, es importante que las nuevas conductas sean practicadas rutinariamente con el propósito de que se implanten definitivamente en los pacientes.

Algunos ejemplos de estas conductas son:

- a) Tomar clases de baile.

- b) Estudiar un idioma diferente.
- c) Visitar el gimnasio para realizar ejercicio, etc.

Fortalecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas deseables: Para realizar el reforzamiento correspondiente a la ejecución, se establecen con anticipación todas aquellas consecuencias que sean placenteras para el paciente, las cuales se puedan auto aplicar inmediatamente después de haber ejecutado las conductas meta. Para lo cual se realiza una lista de premios que se puedan aplicar a corto y mediano plazo, por ejemplo: Salir de compras, recibir felicitaciones, ir al cine, comprar vestuario nuevo, etc.

Cabe mencionar que la aplicación de esta técnica de autocontrol se realiza en forma diferencial según las habilidades que muestren los pacientes durante el proceso de intervención. Para lo cual se verifica que cada uno de los participantes haya comprendido las instrucciones correspondientes a cada punto de la técnica, así también ellos deben demostrar su destreza para generar alternativas y soluciones referentes a su caso en particular.

3.3.2.1. Implementación de conducta social asertiva.

Wolpe (1990) define la conducta asertiva como la expresión de emociones diferentes de la respuesta de ansiedad de un modo socialmente aceptable, lo cual implica muchas categorías de conducta emocional como por ejemplo: el defender los propios derechos en forma razonable y mesurada, sin permitir llegar a estados de violencia o agresión.

Este investigador explica que las intervenciones terapéuticas se dirigen a aumentar in vitro todos los impulsos que lleven al paciente a externar las respuestas verbales inhibidas, para que así recíprocamente se supriman las respuestas de ansiedad ante la incapacidad de externar sus derechos en forma mesurada. Mientras que in vivo la conducta motora del individuo es reforzada por sus conductas sociales favorables, (como lograr controlar una situación social) de modo que el contracondicionamiento de la respuesta de ansiedad y el condicionamiento operante del acto motor y verbal ocurren en forma simultánea, facilitándose mutuamente.

Así entonces el entrenamiento asertivo para el desarrollo de habilidades sociales, tales como el rechazar los alimentos de alto valor calórico, el solicitar menús hipocalóricos, el responder a los cumplidos y responder a las críticas, que reciben los participantes

aunado con las otras técnicas, permite que ellos sean capaces de enfrentarse a las situaciones sociales de evitación habitual y promueve la eliminación del déficit en la exteriorización de emociones intensas que ejecutan respecto a lo relacionado con su sobrepeso y la alimentación.

Los pasos que se siguen para el entrenamiento de habilidades sociales de asertividad son los siguientes:

- 1) El paciente debe representar su actuación en la situación social problema.
- 2) Ante el déficit se le proporciona retroalimentación verbal y específica y se le modela una conducta más deseable.
- 3) Posteriormente el paciente ensaya la respuesta sugerida.
- 4) Esta nueva respuesta es reforzada.
- 5) Se realiza la práctica de la nueva habilidad, hasta que el paciente reporte haberla ejecutado sin ansiedad en intercambios sociales.

Es importante mencionar que el programa de intervención se practica en forma simultánea, modificando tanto áreas cognoscitivas como implantando gradualmente elementos de autocontrol.

Para esto, la dinámica a seguir promueve que los participantes reciban información de: 1) qué es lo que se debe hacer, 2) porqué se debe hacer, 3) bajo qué circunstancias hacerlo, 4) cómo hacerlo, 5) dónde hacerlo, 6) qué elementos contextuales pueden utilizar para lograr realizar efectivamente la ejecución y 7) la generación de otras alternativas que lleven a la meta deseada; es decir, llegar a lo mismo en formas diferentes y en situaciones diferentes. Para lo cual, los pacientes también deben diseñar operacionalmente lo que deben hacer, planteándose la situación y la conducta hipotéticamente con sus propias palabras y en tiempos diferentes de la misma sesión.

Estas sesiones de trabajo se realizan en forma grupal o individual, dependiendo del número de participantes que acudan. La práctica se lleva a cabo en juego de roles, por exposición, en psicodramas y con lecturas.

3.4. Evaluación y ajuste de resultados.

Durante las semanas posteriores se van revisando los autorregistros, con el fin de valorar la ejecución que presentaron los pacientes ante las situaciones problema. Para lo

cual se coteja la información de los auto registros de línea base elaborados durante la primera semana de recopilación de información, con los auto registros elaborados posterior a la primera sesión de intervención, para establecer los parámetros de diferencia correspondientes al cambio de conducta, para promover los ajustes correspondientes tanto a las ejecuciones en el autocontrol, como en la alteración de sus pensamientos.

Por último, cabe mencionar que durante el tratamiento se sigue una rutina cíclica de intervención por sesión, basada en los siguientes elementos:

- 1) Registro del porcentaje de grasa corporal y peso actual.
- 2) Recolección de las tareas de la semana anterior realizando los ajustes correspondientes.
- 3) Según el caso, se lleva acabo la continuidad de los aspectos de la sesión anterior, si es que no se concluyó o en el caso de haber concluido se inicia la explicación de nuevos contenidos determinándose las tareas a realizar durante la sesión en curso y las tareas a realizar en casa.
- 4) Solución de problemas individuales que pudieran haber surgido durante la semana.

3.5. Coordinación de actividades con el grupo de trabajo.

El psicólogo promueve que el equipo de trabajo (médico, enfermera recepcionista y acondicionadora física), mantenga sesión permanente una vez al mes, para discutir y analizar los esquemas de trabajo en relación a los días y horarios en que prestan servicio, también para unificar criterios en lo que se refiere al reforzamiento de conductas que promuevan hábitos alimentarios convenientes para los pacientes, de adhesión a los planes alimentarios establecidos y del cumplimiento en la asistencia a las citas programadas.

La interacción laboral con el servicio médico, se fundamenta en aspectos relacionados tanto con los sentimientos y creencias que genera en los pacientes seguir el plan alimentario propuesto, como con las conductas de autocontrol que se implantan para mejorar la adhesión a dichos planes.

En lo que concierne a la relación laboral con la acondicionadora física, se le instruye en aspectos que motiven y refuercen en los pacientes la adhesión a la práctica de actividad física programada; como por ejemplo, mostrar atención personalizada a las

demandas de rutinas de ejercicio que presentan los participantes, tener un mural propio del grupo de actividad física, el animar a los participantes para que lleven un jugo de fruta el último día de práctica semanal y lo compartan o intercambien, plantear objetivos colectivos para mantener un fuerte gasto calórico, utilizar los nombres propios para comunicarse durante la clase, etc.

También se mantiene una constante supervisión con la recepcionista en lo concerniente al control de ingresos y egresos económicos, el establecimiento de citas programadas con los pacientes, en lo que respecta a la adecuada elaboración de documentos como la solicitud de atención de especialidades médicas para los pacientes que así lo requieren, la solicitud de análisis clínicos, etc.

La interacción laboral con la enfermera es mínima ya que este servicio permanece bajo la supervisión directa del médico, sin embargo su rutina es la de registrar el peso de los pacientes, medir los pliegues cutáneos para registrar el decremento de tejido adiposo, realizar la medición de grasa corporal con el sistema de impedancia bioeléctrica, tomar medidas de la presión arterial y apoyar en los primeros auxilios (de ser necesario).

Es importante señalar que en las reuniones grupales mensuales, todos los miembros evalúan los problemas que se presentan y proponen alternativas de solución; para lo cual, mantienen como fundamento el análisis y manejo de contingencias. Esto es posible ya que el equipo de trabajo ha recibido previamente un curso básico informativo y formativo de análisis conductual aplicado.

Ahora bien, en relación al proceso descrito, en el siguiente capítulo se especifican y analizan los resultados obtenidos de la intervención psicológica que se aplicó a una muestra de diez sujetos.

IV

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

4.1. Muestra.

La muestra que se presenta estuvo constituida por 10 sujetos del sexo femenino, de nivel socioeconómico medio. El nivel académico variaba de preparatoria terminada a profesional; respecto a la actividad social en que se desarrollaban, era el de amas de casa y empleadas. 9 de las sujetos estaban casadas, excepto la sujeto 10 que era madre soltera. El número de hijos que mantenía el grupo oscilaba entre 1 y 4.

El criterio de selección de la presente, estuvo en función de que:

1) Todas mantenían patologías asociadas con su obesidad, tales como hipertensión arterial, ortopédica y circulatoria, 2) habían realizado anteriormente dietas para la eliminación de grasa corporal, basadas en un ajuste calórico y otras con apoyo de medicamentos, 3) habían abandonado los programas dietéticos para el control de la obesidad, oscilando esta deserción de entre dos a cinco programas y 4) no tenían conocimiento de programas que modificaran su estilo de vida alimenticia, por lo cual habían fracasado recuperando el peso perdido.

La tabla: 1. presenta las características más representativas de la muestra.

Sujeto	Edad	Talla	Peso inicial	Peso deseado	Peso ideal	% sobrepeso	Tipo de obesidad
1	28	1.65	76.4	60kg.	57.94	31.86%	Leve
2	45	1.61	69.2	60kg.	55.72	24.19%	Leve
3	44	1.64	73.2	60kg.	57.39	27.54%	Leve
4	49	1.65	79.6	65kg.	57.94	35.38%	Leve
5	38	1.49	76.1	58kg.	47.3	60.88%	Moderada
6	45	1.59	75.3	60kg.	54.6	37.91%	Leve
7	51	1.57	81.2	60kg.	53.48	51.83%	Moderada
8	46	1.53	87.6	65kg.	51.25	70.92%	Moderada
9	48	1.51	68.5	60kg.	50.14	36.61%	Leve
10	31	1.65	71.4	60kg.	57.94	23.23%	Leve

4.2. Niveles de intervención.

Los siguientes resultados son referentes a la modificación de diferentes variables cognitivo-conductuales, como son:

- 1.- Sensibilización al cambio de hábitos nutricionales como objetivo principal en relación a la pérdida de peso exclusivamente.
- 2.- Reestructuración cognitiva respecto a monólogos privados distorsionados.
 - a) Creencias sobre obesidad.
 - b) Objetivos para bajar de peso.
 - c) Capacidades para bajar de peso.
 - d) Excusas para bajar de peso.
 - e) Pensamientos sobre comida.
 - f) Kilogramos perdidos.
- 3.- Preparación de los alimentos, (forma de cocción).
- 4.- Modificación del consumo alimenticio.
- 5.- Auto-control ambiental.
 - a) Alimentos de alto valor calórico y de fácil acceso.
 - b) Alimentación no planeada ante estímulos de presentación comercial.
 - c) Análisis de cadenas conductuales que obstaculizan la adecuada adhesión al plan nutricional propuesto.
- 6.- Integración de conducta asertiva.
 - a) Rechazo de alimentos de alto valor calórico.
 - b) Solicitud de menús hipocalóricos.
 - c) Responder a las críticas.
 - d) Responder a los cumplidos.
- 7.- Relajación muscular progresiva.

4.3. Adhesión al cambio de hábitos en relación a la exclusiva pérdida de peso.

La sensibilización que se aplicó para atender principalmente los hábitos nutricionales y para formalizar un nuevo estilo de vida alimenticia, fue uno de los aspectos más importantes del programa ya que en éste radicaba el cambio de expectativa en los sujetos en relación contraria a la urgente necesidad del decremento de peso.

En este punto es importante señalar el condicionamiento anterior que habían recibido los sujetos en relación a la exclusiva pérdida de peso en los programas en los cuales se habían involucrado anteriormente.

Al caso, la aplicación de reforzadores consecuentes a cualquier conducta centrada en el cambio de hábitos nutricionales más las intervenciones terapéuticas grupales e individuales informativas referentes al nuevo estilo de consumo alimenticio, llevó a los sujetos a una constante interacción de métodos y estrategias para aceptar involucrarse en el programa propuesto.

La tabla: 2. muestra las consecuentes diferencias del pretratamiento al postratamiento. En esta se ve una oscilación de 66.6% al 100% referente a la pérdida de peso y de 0% a un 33.3% en relación al interés que mantenían en la modificación de hábitos nutricionales, en lo correspondiente al pretratamiento. Con respecto al postratamiento, en el cual la oscilación del interés a la pérdida de peso fue del 7% al 20% y en lo concerniente a la modificación de hábitos nutricionales, fue del 80% al 93%.

En el pretratamiento la media porcentual a la atención en pérdida de peso fue de 78.3%, en relación a la modificación de hábitos, un 13.0%. Y en el postratamiento la media porcentual mostró un 13.6% en la atención a la pérdida de peso y 86.2% en la atención a modificar los hábitos nutricionales.

Tabla: 2. Diferencia en la atención a la pérdida de peso en relación a la modificación de hábitos nutricionales.

Pretratamiento.			Postratamiento.		
Sujetos	Perdida de peso	Modificación de hábitos	Sujetos	Perdida de peso	Modificación de hábitos
1	93.3%	6.6%	1	13.3%	86.6%
2	80.0%	20%	2	20.0%	80%
3	66.6%	33.3%	3	10.0%	90.0%
4	86.6%	13.3%	4	20.0%	80.0%
5	73.3%	26.6%	5	13.3%	86.6%
6	96.6%	3.3%	6	16.6%	83.3%
7	86.6%	13.3%	7	13.3%	86.6%
8	90%	10%	8	10%	90%
9	100%	0%	9	7%	93%
10	96.6%	3.3%	10	13.3%	86.6%

4.4. Reestructuración cognoscitiva.

En relación a esta área cognitiva, en el periodo de Pretratamiento se observaron una serie de variables relacionadas con los monólogos privados distorsionados, como lo son las interpretaciones populares respecto a las dietas, a las expectativas en el decremento de peso, a las causas de la obesidad y a las capacidades “fuerza de voluntad” para integrarse a un plan de control de peso y mantenimiento de éste, etc. La influencia familiar y de otros grupos sociales con quienes se convive.

También los tratamientos anteriores de control de obesidad en los cuales se involucraron, o el simple hecho de no desear analizar algunas veces las premisas racionales propuestas.

Es importante mencionar que dichos monólogos distorsionados se observaron como poderosos estímulos generadores de intensas conductas emotivas y conductuales.

El análisis de estas cogniciones ayudó a los sujetos a discriminar las creencias falsas que habían mantenido durante años, así como a identificar en éstas sus falsas atribuciones, sus formas dicotómicas y sus magnificencias erróneas.

El desplazamiento cognitivo se realizó en forma sumamente lenta y bajo el análisis y control tanto de la incidencia de los sujetos, como de la aplicación del cuestionario estructurado correspondiente; por ejemplo, el subir a la bascula y comenzar la generación de diálogos catastróficos, dicotómicos y tautológicos con algunos de sus compañeros obesos respecto a las expectativas de peso perdido.

La tabla 3. Muestra el porcentaje obtenido respecto a los monólogos privados sugeridos en el cuestionario, tanto en el Pretratamiento como en el postratamiento observándose en ésta que antes de la intervención el grupo mantenía una media porcentual en cogniciones erróneas referentes a la obesidad de 70.87%, referente a objetivos 76.35%, a las capacidades 69.2%, a las excusas 63.95%, a los pensamientos sobre comida 59.13% y a kilogramos perdidos 66.75%.

Posterior a la intervención estas mismas categorías mostraron una media porcentual en obesidad del 21.25%, en objetivos 24.37%, en capacidades 13.25%, en excusas 6.87%, en pensamientos sobre comida 8.75% y en kilogramos perdidos 7.5%. El rango diferencial porcentual es de: obesidad 49.62%, en objetivos 51.98%, en capacidades 55.95%, en excusas 57.08% en pensamientos sobre comida 50.38% Y en kilogramos perdidos 59.25%.

Así podemos observar una oscilación que presenta la tendencia más alta en los objetivos que los sujetos mantenían respecto al decremento de peso tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, sin embargo se observa que respecto a la tendencia más baja, en el Pretratamiento se encuentra la conducta de pensamientos sobre comida y en el postratamiento la conducta de excusas para bajar de peso.

También es importante reiterar que posterior a la reestructuración cognitiva, los sujetos se mostraban más tolerantes a la frustración que ejercía la báscula y más comprensibles ante cualquier posible retroceso en el proceso tanto de decremento de peso, como en la modificación de hábitos nutricionales y en la interacción social asertiva. Sus comentarios, (producto de sus cogniciones) enfatizaban más lo bien que se sentían en relación al programa a diferencia de la interacción con eventos indeseables.

Tabla: 3. Reestructuración cognitiva respecto a monólogos privados distorsionados.

		Pretratamiento									
		SUJETOS									
TOPICOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Obesidad	75%	75%	69%	81%	75%	56%	81%	50%	71%	75%	
Objetivos	82%	62%	75%	99%	81%	69%	87%	56%	88%	62%	
Capacidades	87%	37%	73%	75%	62%	37%	56%	75%	94%	94%	
Excusas	76%	7.5%	69%	56%	75%	56%	75%	87%	75%	62%	
Pensamientos sobre comida	75%	62%	44%	87%	56%	81%	37%	56%	29%	62%	
Kilogramos perdidos	93%	37%	38%	56%	93%	50%	62%	87%	87%	7.5%	

Continúa tabla: 3.

Postratamiento

TOPICOS	SUJETOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obesidad	12%	31%	25%	31%	6.2%	25%	19%	25%	25%	12%
Objetivos	25%	25%	12%	37%	37%	31%	19%	12%	18%	25%
Capacidades	12%	12%	12%	18%	12%	12%	12%	12%	19%	6%
Excusas	0%	19%	6%	12%	6%	0%	19%	0%	0%	6%
Pensamientos sobre comida	12%	19%	0%	6%	6%	18.7%	12%	6%	0%	6%
Kilogramos perdidos	18%	6%	12%	12%	12%	0%	6%	6%	0%	0%

4.5. Preparación de los alimentos.

La intervención al respecto fue literalmente fácil, ya que todos los sujetos al involucrarse en el programa mantenían la expectativa de un ajuste en su dieta.

No obstante es necesario mencionar que aunque los sujetos aprendieron a cocinar sin utilizar aceite, mantequilla, manteca, margarina, etc. No dejaron de consumir en su totalidad platillos carentes de éstos lípidos, observándose así que la variable directa a este consumo queda implícita en eventos en los cuales los sujetos no cocinaban sus propios alimentos.

La importancia de esta estrategia implicó evidentemente que los sujetos evitaron un aporte calórico significativo, al mismo tiempo que adquirieron habilidades en formas de cocción diferentes y condicionaron su gusto al consumo de platillos preparados sin freír.

Al respecto la tabla: 4. Presenta las variaciones porcentuales entre la forma de cocción con lípidos, (freír) y otras formas, (hervir, asar y vapor). De lo cual se obtuvo en la media porcentual del Pretratamiento un 52.6% en cocción de alimentos fritos, un 27% en cocción de alimentos hervidos, en alimentos asados un 14% y al vapor 5.5%. Así como

una media porcentual en el postratamiento de 0% en preparación de platillos fritos, en cocción de alimentos hervidos un 42%, asados un 34% y del 23.5% de cocción al vapor.

Tabla: 4. Preparación de los alimentos (forma de cocción).

Pretratamiento				
Sujetos	Fritos	Hervidos	Asados	Vapor
1	68%	20%	12%	0%
2	43.30%	30%	26.60%	0%
3	33.30%	20.80%	25%	20%
4	59.25%	29.62%	7.40%	0%
5	70.80%	29.16%	0%	0%
6	45.45%	42.42%	6.06%	6.06%
7	66.66%	22.22%	11.11%	0%
8	59.25%	18.57%	18.57%	3.70%
9	40%	32%	16%	12%
10	40%	26.66%	20%	13.33%

Postratamiento				
Sujetos	Fritos	Hervidos	Asados	Vapor
1	0%	44%	29%	27%
2	0%	57.14%	28.40%	14.14%
3	0%	33.57%	39.57%	26.88%
4	0%	56.33%	32.66%	10.93%
5	0%	55.28%	14.14%	30.57%
6	0%	43.66%	37%	23.10%
7	0%	16.30%	36.30%	40.66%
8	0%	33.96%	50.66%	15.30%
9	0%	38%	37.41%	24.28%
10	0%	42%	35%	23%

4.6. Modificación del consumo alimenticio.

La tabla: 5. Presenta la diferencia en la duración temporal de las tres sesiones alimenticias (desayuno, comida y cena), respecto al pretratamiento y postratamiento.

Esta estrategia que implicó incremento en el tiempo de consumo, promovió la adecuada discriminación de la sensación de saciedad al mismo tiempo que se estableció una conducta de inhibición recíproca de ansiedad en el consumo acelerado.

En esta tabla se observa un incremento significativo total de un 0%, al 23.3%. Y cualitativamente en la sesión alimenticia que implica un consumo ‘fuerte’, (comida del medio día). Donde la media porcentual incrementó de un 54.63%, a un 110.96%. Todo esto en relación a un tiempo establecido como ideal de 30 minutos.

En este punto es importante aclarar que en la mayoría de los casos, los intervalos del desayuno y cena presentaron una variación inferior, debido a que tanto los platillos como las raciones eran de bajo volumen y nivel calórico por ejemplo: fruta picada y leche, 120 grs. De carne magra y ensalada, etc.

Tabla: 5. Modificación del consumo alimenticio en tiempo.

Pretratamiento				Postratamiento			
Sujetos	Desayuno	Comida	Cena	Sujetos	Desayuno	Comida	Cena
1	16.7%	53.3%	33.3%	1	90%	133.3%	73.3%
2	43.3%	73.3%	40%	2	50%	123.3%	100%
3	20%	43.3%	23.3%	3	40%	96.6%	50%
4	36.6%	50%	13.3%	4	86.6%	113.3%	50%
5	26.6%	46.6%	50%	5	70%	90%	73.3%
6	36.6%	56.6%	26.6%	6	86.6%	103.3%	43.3%
7	16.6%	56.6%	33.3%	7	56.6%	93.3%	63.3%
8	30%	60%	20%	8	63.3%	133.3%	70%
9	26.6%	50%	33.3%	9	53.3%	126.6%	66.6%
10	0%	56.6%	36.6%	10	33.3%	96.6%	60%
Media	253%	5463.0%	3097.0%	Media	63%	111%	65%

	Pretratamiento		Postratamiento	
Tiempo empleado en comidas	< 30´	> 30´	< 30´	> 30´
	100%	0%		

La tabla: 6. Presenta el porcentaje diferencial por sesión alimenticia, entre el

pretratamiento y el postratamiento, en relación al número de bocados que realizaban los sujetos, con lo cual se observa una diferencia de la media porcentual del 24.7% en el desayuno, un 35% en la comida y de 22.4% en la cena.

Tabla: 6. Modificación del consumo alimenticio en bocados.

Pretratamiento				Postratamiento			
Sujetos	Desayuno	Comida	Cena	Sujetos	Desayuno	Comida	Cena
1	12%	31%	21%	1	60%	78%	42%
2	28%	47%	38%	2	31%	70%	68%
3	11%	26%	13%	3	29%	62%	31%
4	24%	31%	15%	4	58%	69%	31%
5	17%	30%	11%	5	47%	76%	42%
6	24%	38%	16%	6	58%	75%	38%
7	10%	36%	22%	7	36%	61%	40%
8	19%	41%	12%	8	39%	82%	43%
9	16%	36%	21%	9	29%	67%	40%
10	0%	40%	20%	10	21%	66%	38%
Media	16.1%	35.6%	18.9%	Media	40.8%	70.6%	41.3%

Así también; al igual que en el tiempo, en el número de bocados el mayor incremento se observó en la comida del “medio día” esto al parecer por la cantidad, y tipo de alimento.

En el caso del sujeto 10, se puede observar la carencia de consumo alimenticio en el desayuno, lo cual promovía la ingesta de golosinas en el área laboral o el consumo excesivo y rápido de las raciones de la comida del “medio día”.

Por otro lado la implantación de un incremento en el número de bocados se estableció en relación a:

- a) Ingestar trozos de alimento más pequeños que los habituales.
- b) Masticar el bocado hasta tritularlo y salivarlo adecuadamente.
- c) Tragar en su totalidad el bocado antes de ingestar el siguiente.

Como consecuencia cualitativa los sujetos discriminaron una mejor digestión, más facilidad al paso de bolo alimenticio por esófago, mayor facilidad al masticar y menor saturación de alimento en la boca.

La relación en el incremento del tiempo de consumo y de bocados llevó a los sujetos a establecer una discriminación en la sensación de saciedad no sólo en la respuesta visceral gástrica si no que también a nivel hormonal sanguíneo y oral ya que los sujetos refirieron desde la primer práctica sentirse saciados sin expansión gástrica y sin tener que consumir raciones abundantes como en ellos era costumbre.

4.7. Consumo calórico.

La tabla: 7. Muestra el valor de consumo calórico que los sujetos ingestaron por día, de lo cual se observa una diferencia que oscila de 2104.8 k. Calorías a 1856.4 k. Calorías en el pretratamiento, y una diferencia que oscila de 1937.2 k. Calorías a 1756.3 k. Calorías en el postratamiento.

Con una diferencia de la media en el pretratamiento de 1952.2 k. Calorías y de 1811.6 k. Calorías en el postratamiento mostrando una diferencia de la media entre el pretratamiento y postratamiento de 140.5 k. Calorías.

Tabla: 7. Consumo calórico.

Sujetos	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia calórica
1	2104.8 k. cal.	1867.8 k. cal.	236.9 k. cal.
2	1860.3 k. cal.	1778.9 k. cal.	81.4 k. cal.
3	1905.5 k. cal.	1780.0 k. cal.	124.6 k. cal.
4	1977.9 k. cal.	1846.7 k. cal.	131.8 k. cal.
5	1938.3 k. cal.	1824.1 k. cal.	105.1 k. cal.
6	1929.3 k. cal.	1756.3 k. cal.	173.0 k. cal.
7	1996.0 k. cal.	1801.5 k. cal.	194.5 k. cal.
8	2068.4 k. cal.	1937.2 k. cal.	131.1 k. cal.
9	1856.4 k. cal.	1756.3 k. cal.	100.1 k. cal.
10	1885.2 k. cal.	1767.6 k. cal.	117.6 k. cal.

4.8. Alimentos de alto valor calórico y fácil acceso.

Variables tales como el refresco de la pareja, las golosinas de los hijos, las galletas en la alacena para los invitados, etc. Fueron el factor más exteriorizado por los sujetos

como un obstáculo para poder evitar al 100% alimentos de alto valor calórico en casa.

La tabla: 8. Muestra un considerable decremento porcentual de 507.12% de alimentos con alto valor calórico en la alacena, un 416.71% de estos alimentos en el refrigerador y de 40% en el área laboral, correspondientes al pretratamiento y postratamiento.

Es importante el caso del sujeto 10, con el cual se asocia la característica de un decremento del 0% en la alacena y 0% en el refrigerador; con el hecho de ser madre soltera y vivir solamente con su hija, ya que refería no enfrentarse a las demandas alimenticias de una pareja en el hogar como lo hacían las otras participantes.

Así también respecto a los sujetos 8, 9 y 10, se observó que por su desarrollo social laboral fueron quienes tuvieron que ajustar o aplicar el auto-control en un contexto fuera del hogar.

En este aspecto, para lograr un máximo de auto-control se presentó como una prioridad la expansión terapéutica con algunas familias, en especial con los cónyuges y otros familiares cercanos como hijos, hermanos, etc.

Tabla: 8. Alimentos de alto valor calórico y fácil acceso

Pretratamiento

Sujetos	Alacena	Refrigerador	Área laboral
1	68.57%	52.77%	0%
2	57.77%	56.41%	0%
3	75%	56.25%	0%
4	68.42%	53.12%	0%
5	82.85%	60.60%	0%
6	58.60%	42.30%	0%
7	67.74%	50%	0%
8	62.85%	64.51%	40%
9	60%	54.05%	60%
10	42.86%	50%	80%

Postratamiento

Sujetos	Alacena	Refrigerador	Área laboral
1	11.42%	5.55%	0%
2	20%	33.33%	0%
3	22.22%	6.25%	0%
4	21.05%	9.37%	0%
5	17.14%	18.18%	0%
6	6.45%	15.38%	0%
7	9.67%	6.66%	0%
8	14.28%	9.67%	20%
9	13.33%	18.92%	10%
10	0%	0%	30%

4.9. Alimentación no planeada ante estímulos comerciales.

En este caso tanto en el pretratamiento, como en los inicios del tratamiento se observó que los sujetos mantenían una conducta de consumo comercial no planeada; es decir, algunas veces salían a la calle y comían (ya sea instigados por el olor de ciertos alimentos, la presentación de estos, la invitación de comerciantes, por el tipo de anuncios o por mera costumbre). Así entonces, para debilitar estas variables se promovió salir a la calle sin hambre, para lo cual los sujetos tenían que considerar los horarios en que habían comido, algunas veces consumían una ensalada antes de salir a la calle y otras tantas veces tenían que llevar un ‘maletín’ (manzanas, peras, etc.), todo esto aunado a la reflexión de no debemos comer si no tenemos hambre.

Respecto a los comerciales televisivos, radiofónicos o de revistas, los sujetos realizaron escalas de intensidad reactiva para posteriormente recibir desensibilización según el caso, la tabla: 9. Muestra una diferencia en la media del pretratamiento de 81.2%, respecto a la media establecida en el postratamiento de 18.7% lo cual muestra una diferencia significativa del 62.5%. Así también se observan oscilaciones de 92.3% a 66.66% en el pretratamiento y de 33.3% al 7.6% en el postratamiento.

Otras variables implicadas al respecto fueron, el número de veces que los sujetos salían a la calle o la programación que veían o escuchaban, así como las ofertas comerciales.

Tabla: 9. Alimentación no planeada ante estímulos de presentación comercial.

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pretratamiento	86%	81%	80%	92%	86%	67%	86%	67%	89%	80%
Postratamiento	14%	19%	20%	8%	14%	33%	14%	33%	11%	20%
Diferencia porcentual.	71%	62%	60%	85%	71%	33%	71%	33%	78%	60%

4.10. Adhesión al plan nutricional propuesto.

La tabla: 10. Presenta los cambios producidos en relación a la adhesión al plan nutricional propuesto, los valores porcentuales diferenciales en el inicio y final del tratamiento oscilan de 8.3% a 41.6%, esto debido a las diferencias Inter.-sujeto; es decir, las variables situacionales propias de cada sujeto como: la facilidad de preparar sus platillos, la interacción familiar, la facilidad de acceso a los alimentos y otras más fueron el factor base de dicha oscilación.

Respecto al incremento de la media porcentual total de la muestra, (24.1%) se observa que en todos los casos los sujetos mostraron una adecuación y adhesión al plan nutricional, si bien no en su totalidad si en forma considerable (excepto los sujetos 3 y 5, los cuales cambiaron al 100%).

Este cambio se presentó a consecuencia de proponer flexibilidad en dichos planes y por la intervención constante en la modificación de su conducta cognitiva y de auto-control.

Un elemento importante fue el establecimiento de una conducta analítica implantada en los sujetos, en función de cuantificar y cualificar el consumo energético tanto de carbohidratos, como de proteínas y lípidos. Llegando a la conclusión de un control absoluto en el consumo de carbohidratos simples y de lípidos. También cabe mencionar que para tal propósito los participantes, aprendieron a desarrollar la ecuación correspondiente para saber su gasto de energía por día, esto en función de su complejión y actividad física rutinaria.

Tabla: 10. Adhesión al plan nutricional propuesto.

Sujetos	Iniciando tratamiento	Finalizando tratamiento	Porcentaje de diferencia
1	87.50%	95.83%	8.33%
2	50%	79.17%	29.17%
3	83.34%	100%	16.66%
4	60.41%	87.50%	27.09%
5	58.33%	100%	41.67%
6	75%	81.25%	6.25%
7	54.16%	89.58%	35.42%
8	58.33%	75%	16.67%
9	62.50%	91.67%	35.17%
10	58.33%	83.34%	25.01%

4.11. Inserción de conductas asertivas.

Las gráficas: 1, 2, 3 y 4, muestran las conductas asertivas en diferentes eventos.

Los descensos mostrados del pretratamiento al postratamiento, verifican el éxito obtenido en la aplicación del programa de asertividad, ya que la diferencia porcentual del pretratamiento al postratamiento tanto en descenso de la conducta no asertiva, como en incremento de asertividad fue de: 42.57% en el rechazo de alimentos de alto valor calórico de 34.09% en la solicitud de menús hipocalóricos, de 65.91% al responder a los cumplidos y de 30.88% al responder a las críticas.

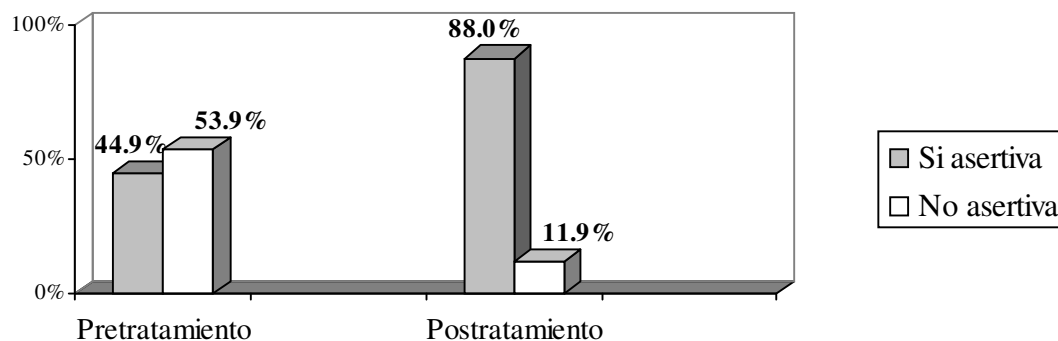


Figura: 1. Rechazo de alimentos de alto valor calórico.

Es importante enfatizar que algunos sujetos ya mantenían cierto desarrollo de estas habilidades aunque esto dependía del tipo de conducta asertiva a aplicar.

Esta serie de gráficas muestra las diferencias interactivas en las habilidades asertivas según el tipo de conducta a desarrollar o a aplicar.

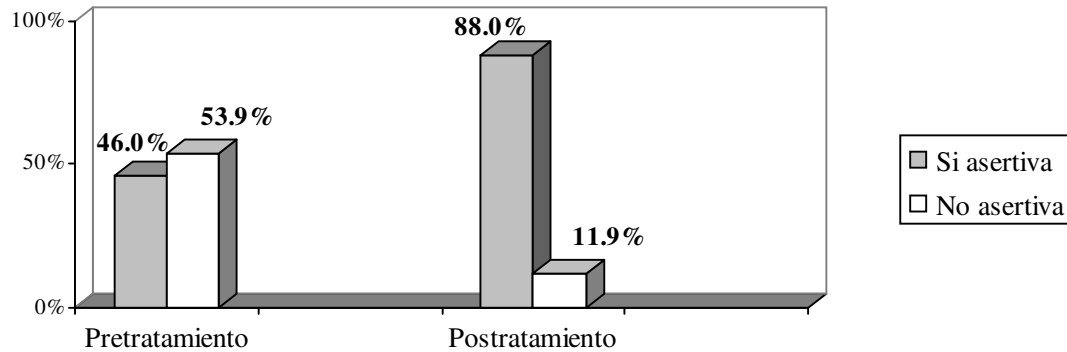


Figura: 2. Solicitud de menús hipocalóricos.

Algunas de las variables funcionales que limitaban el desarrollo de las conductas asertivas eran: el estatus familiar o social de los instigadores; por ejemplo, la suegra, los padres, el esposo. Observándose así que estos instigadores eran poderosos estímulos reactivos de respuestas de ansiedad, según la historia de reforzamiento de los sujetos muestra.

Otra variable era la carencia de estructuras en su repertorio de lenguaje, para proponer o defender sus derechos.

También otro aspecto era el asistir con frecuencia a eventos sociales en los cuales se exponían más a los instigadores.

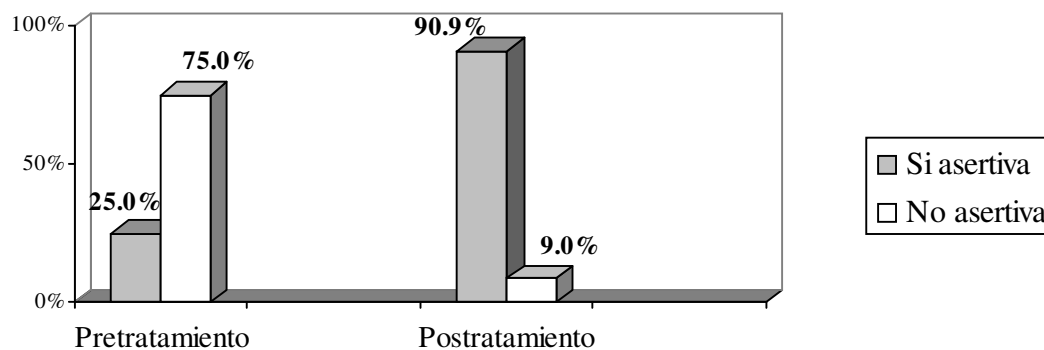


Figura: 3. Responder a cumplidos.

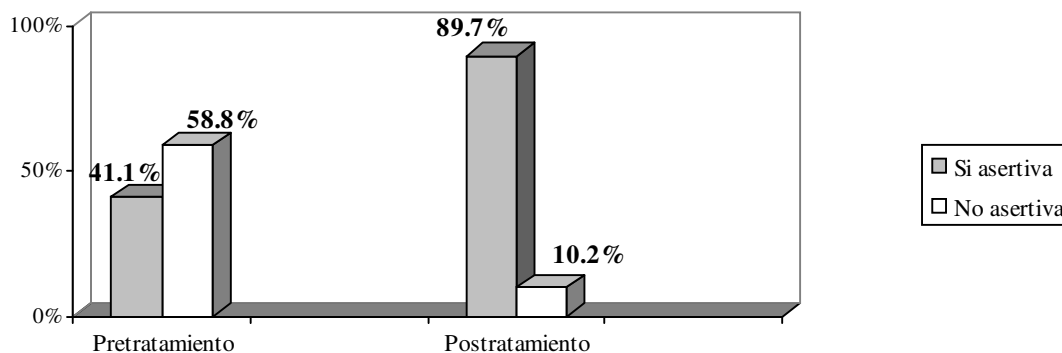


Figura: 4. Responder a las críticas.

4.12. Relajación muscular progresiva.

En lo correspondiente a la relajación muscular progresiva, los sujetos aprendieron el método de relajación, manteniendo una práctica constante de cinco veces por semana. Actividad que se realizaba al término de las sesiones de acondicionamiento físico y tenía una duración de 20 minutos.

Cabe mencionar que todos los sujetos referían mantener una sensación corporal y emocional relajada, con lo cual al final de las sesiones ellas mostraban una respiración uniforme y sin signos de tensión en la frente, boca, ojos o en la voz.

Al caso y como complemento cada sujeto recibía una vez por semana relajación muscular en el área de extremidad superior con equipo de vibración (hombros, cuello y cara) durante un lapso de 30 minutos.

Por último se implementó una serie de ejercicios rápidos (2 minutos), enfatizando la importancia de la respiración, con el fin de que se aplicaran en situaciones que fueran generadoras de ansiedad en los sujetos.

4.13. Alteración de algunas conductas de ansiedad y sobredependencia.

El inventario de Willoughby y la escala S.S. de Bernreuter que se aplicaron para detectar áreas comunes de ansiedad reactiva, problemas de baja autosuficiencia o sobredependencia y dificultades en la autoaserción.

Lo cual mostró una tendencia común en los sujetos (muestra), respecto a la sensibilidad emocional en general, con esto se logró dar mayor apoyo a las perturbaciones de determinadas situaciones, con lo cual estos alcanzaron mayor seguridad en sí.

Cabe aclarar que por medio del inventario de auto-suficiencia de Bernreuter se logró observar que el contorno familiar, la falta de asertividad y la baja auto-estima, hacía difícil el seguimiento de instrucciones de algunos sujetos.

Así también se observaron y modificaron sus auto-verbalizaciones internas, las cuales habían llevado a estos a mantener una serie de coverancias fuera de esquemas adaptativos socialmente.

Las diferencias evaluativas del pretratamiento al postratamiento, mostraron un descenso en su reactividad ante estímulos generadores de ansiedad interpersonal.

4.14. Modificación porcentual del sobrepeso de la muestra.

En la presente tabla: 11. Se puede observar la modificación del sobrepeso de la muestra y el nivel de grasa corporal, según medición por impedancia bioeléctrica. Observándose oscilaciones de descenso en el sobrepeso del 12.9%, al 32.2%. Y de 27.9%; es decir, 17.4 Kg. De grasa corporal a un 40.9%; es decir 31.0 Kg. De grasa corporal.

Tabla: 11. Modificación del peso de la muestra.

Sujetos	Peso inicial	Peso final	Peso deseado	% Sobrepeso inicial	% Sobrepeso final	% Descenso sobrepeso
1	76.4 Kg.	64 Kg.	60 Kg.	31.9%	10.5%	21.4%
2	69.2 Kg.	62 Kg.	60 Kg.	24.2%	11.3%	12.9%
3	73.2 Kg.	62.1 Kg.	60 Kg.	27.5%	8.2%	19.3%
4	79.6 Kg.	68 Kg.	65 Kg.	37.4%	17.4%	20.0%
5	76.1 Kg.	66 Kg.	58 Kg.	60.9%	39.5%	21.4%
6	75.3 Kg.	60 Kg.	60 Kg.	37.9%	9.9%	28.0%
7	81.2 Kg.	64 Kg.	60 Kg.	51.8%	19.7%	32.2%
8	87.6 Kg.	76 Kg.	65 Kg.	70.9%	48.3%	22.6%
9	68.5 Kg.	60 Kg.	60 Kg.	36.6%	19.7%	17.0%
10	71.4 Kg.	61 Kg.	60 Kg.	23.2%	5.3%	18.0%

Tabla: 12. Medición por impedancia bioeléctrica

Sujetos	% Grasa corporal	Kg. Grasa corporal
1	29.10%	17.7 Kg.
2	29.0%	18.6 Kg.
3	28.80%	18.0 Kg.
4	29.7%	18.9 Kg.
5	30.1%	19.6 Kg.
6	29.0%	18.4 Kg.
7	32.6%	20.1 Kg.
8	40.9%	31.0 Kg.
9	37.5%	21.6 Kg.
10	27.9%	17.4 Kg.

4.15. Resultados de seguimiento.

Se realizó una fase de seguimiento a los seis meses después de finalizar el tratamiento, en éste se recopiló información de datos conductuales reportados por los sujetos los cuales mostraron diferencias poco significativas al respecto.

En relación al peso corporal la tabla: 13. Presenta las diferencias que tuvo cada sujeto.

Tabla: 13. Medida del peso en un seguimiento posterior a los 6 meses.

Sujetos	Peso al finalizar el programa	Peso a los seis meses	Cambios
1	64		Ausencia
2	62	62	Mantenimiento
3	62.1	61.3	Decremento
4	68		Ausencia
5	66	64	Decremento
6	60	60	Mantuvo
7	64	64	Mantuvo
8	76	76	Mantuvo
9	60	61	Incremento
10	61	59	Decremento

Como se puede observar tanto en el caso del sujeto 1, como del sujeto 4 no se pudo realizar el seguimiento ya que ambos no se encontraban radicando en la localidad.

Respecto al sujeto 9 se observó un incremento del 4.95%; es decir, realizó un exceso en el consumo calórico de 7725 K. calorías en los seis meses.

En lo concerniente a los sujetos 2, 6, 7, y 8 como se puede observar lograron el mantenimiento al parecer no sólo de peso corporal si no que también en sus hábitos nutricionales. Así también en lo que respecta a los sujetos 3, 5 y 10. Se

Puede observar que continuaron un decremento lento y gradual.

La importancia de este aspecto está en relación a que la muestra mantenía una historia de reforzamiento de fracaso, ya que todas ellas habían estado involucradas en diferentes tratamientos para el control de la obesidad atendiendo exclusivamente la pérdida de grasa corporal.

En resumen, el presente capítulo muestra que la intervención psicológica tanto a nivel cognoscitivo, como conductual y social que se aplicó a los sujetos, logró alterar los hábitos inadecuados que mantenían y promovían en ellos la obesidad.

Ahora bien, el siguiente capítulo trata los aspectos relacionales entre la formación profesional recibida y la actividad laboral que se ha venido practicando en lo relacionado a la intervención psicológica para la modificación de hábitos inadecuados que promueven desordenes de la alimentación, en este caso concretamente los relacionados con la promoción y mantenimiento de la obesidad.

V

FORMACIÓN PROFESIONAL Y ACTIVIDAD LABORAL

Durante el proceso de formación profesional se adquieren conocimientos para detectar y alterar fenómenos psicológicos, en lo que concierne a excesos y déficits comportamentales, así como para reorganizar los contextos en que se desarrollan los individuos, los cuales pueden ser directa o potencialmente elementos que afecten su condición biológica.

Así, la práctica profesional en lo relacionado a la modificación de la conducta se basa en aplicar las herramientas de observación, de análisis y las técnicas de modificación de conducta.

Es por esto que para formalizar un programa de modificación hábitos alimentarios insanos o inadecuados en obesos se consideran los siguientes puntos:

- 1) Contextualizar el problema como un fenómeno psicológico.
- 2) Considerar el diseño, recopilación y aplicación de los instrumentos para la detección de relaciones funcionales.
- 3) La aplicación de técnicas terapéuticas para la eliminación e implantación de hábitos.

5.1. Contextualización del problema como un fenómeno psicológico.

En la preparación académica el alumno adquiere habilidades para analizar diferencialmente los elementos conductuales que llevan al individuo a mantener hábitos específicos ya sean benéficos o perjudiciales para su biología o su sistema cognitivo.

Así entonces, esta formación se aplica en la práctica realizando una observación operacional para descartar o adjudicar al campo de intervención psicológica, el problema en cuestión.

Bajo esta premisa se promueve la atención cognitivo conductual, en un programa de intervención múltiple para habilitar hábitos alimentarios que convengan a las personas con problemas de obesidad.

Al caso, cabe mencionar que actualmente existe un gran número de propuestas para el tratamiento de la obesidad y que la mayoría de éstas, no consideran los hábitos

alimenticios de los obesos como un factor determinante en el mantenimiento del sobrepeso, por lo cual este tipo de intervención mantiene resultados favorables temporalmente, al mismo tiempo que involucra en el paciente una actitud pasiva respecto a la manipulación de variables conductuales que promueven la obesidad.

5.2. Diseño, recopilación y aplicación de instrumentos para la detección de relaciones funcionales.

Una constante en el proceso de formación es tanto la elaboración de autorregistros y cuestionarios de entrevista, como la utilización de instrumentos de evaluación como escalas y pruebas psicológicas estandarizadas, para realizar una adecuada detección de las variables involucradas en las conductas a determinar.

Gracias a que se mantiene una constante supervisión en el adecuado diseño y utilización de diferentes instrumentos de evaluación, es que en la práctica profesional se logran establecer criterios objetivos de análisis para proponer la terapéutica a seguir.

Lo anterior ha permitido mantener una constante observación secuencial y nuclear de todas las variables que influyen en el cambio de hábitos alimenticios, durante todo el proceso de intervención. Permitiendo la predicción de factores asociados a las demandas de los pacientes y a los resultados obtenidos.

5.3. Aplicación de las técnicas terapéuticas.

Este aspecto como los anteriores, es igualmente considerado como punto prioritario por la institución educativa, ya que se provee al estudiante de un gran arsenal de procedimientos y herramientas para promover la modificación de la conducta en un mínimo de tiempo.

También se orienta al alumno con todos los elementos necesarios para que durante la práctica profesional, genere alternativas de aplicación de las técnicas de modificación conductual.

Cabe mencionar la importancia, la necesidad y los beneficios del manejo de contingencias. Ya que en base a esta práctica de análisis y alteración operacional el practicante mantiene una constante supervisión y puede generar hipótesis realistas y objetivas respecto a las causales en la alteración de la salud, así como promover eventos

que mantengan esta salud sin tener que echar mano de conceptos mentalistas

Definitivamente todos los elementos académicos que ofrece la carrera profesional permiten que la práctica laboral se ofrezca con calidad, decoro y con tecnología de vanguardia. Esto permite que el egresado se mantenga en un mercado competitivo, con buenas expectativas de desarrollo laboral.

Sin embargo, algunos aspectos que se observan en el proceso de la práctica laboral no se contemplan dentro de la formación académica, por lo cual en el siguiente capítulo se presentan algunas propuestas para completar u optimizar el desarrollo integral del alumno en esta área de trabajo.

VI

CONTENIDOS PARA COMPLETAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y PARA MEJORAR LOS RESULTADOS

En definitiva, las herramientas adquiridas durante la formación profesional han sido suficientes en lo que se refiere al campo de intervención psicológica, en lo concerniente a la supresión e implantación de conductas que beneficien a los pacientes con problemas de obesidad. Sin embargo, dado que parte de la actividad que se desarrolla es la de modificar los hábitos alimentarios en los participantes, (por lo cual constantemente se hace alusión a los alimentos y sus características energéticas) se ha incursionado en conceptos propios del campo de la nutriología, en especial en aspectos tanto de calorimetría, como del aporte nutricional de los micronutrientes y macronutrientes. Esto con el fin de atender las dudas básicas que presentan los participantes en el programa, ya que comúnmente durante las sesiones de intervención psicológica en la modificación de conducta; estando ausente el médico, los pacientes solicitan se les aclaren dudas referentes al contenido calórico y nutrimental de algunos alimentos.

También se ha incursionado en conocimientos de fisiología, en particular en los relacionados específicamente con el hambre y la saciedad.

Esto ha servido como elemento didáctico para que los participantes comprendan y reflexionen acerca de su velocidad de consumo alimentario, los intervalos de ayuno y su relación con los diferentes elementos biológicos comprometidos en la solicitud de aporte calórico, (el cual en algunas ocasiones se presenta en forma apremiante y en otras solamente en forma apetitiva).

Es importante mencionar que tanto el manejo de conocimientos básicos de nutrición como los referentes a la fisiología del hambre y saciedad, permiten una mejor relación con los pacientes, ya que ante el esclarecimiento de sus dudas relacionadas a estos tópicos, ellos muestran mayor aceptación de las propuestas, más confianza en las indicaciones que se les sugieren y en algunos casos cierta tranquilidad ante falsas ideas de una potencial descompensación nutricional. Evidentemente, esto promueve mejor adhesión al programa en su totalidad.

Por otro lado, ha sido de gran ayuda comprender aspectos biológicos básicos relacionados con la obesidad, como lo son los tipos de obesidad según el porcentaje de exceso de grasa corporal, las enfermedades asociadas a este padecimiento, la relación del porcentual de grasa con el morfotipo y el incremento de grasa corporal según el aporte calórico, la actividad física y el metabolismo. Ya que esto permite una comprensión más completa de esta problemática.

Ahora bien, es importante nuevamente aclarar que en lo concerniente a la formación profesional recibida no se ha presentado ninguna limitante ya que en el plan de estudios de la facultad se contemplan tanto los aspectos teóricos y prácticos desde una concepción amplia, plural y profunda, así como la solidez científica ante las demandas actuales de nuestra sociedad.

Sin embargo, podría ser de gran utilidad que en el plan curricular se implementara la materia de nutrición ya que esto permitiría que el practicante comprendiera cómo afectan los excesos o déficit de nutrientes, al comportamiento y a los estados de ánimo.

Al caso, Mahoney (1988) dice que desafortunadamente en psicología los programas convencionales para el entrenamiento profesional, rara vez ofrecen cursos de nutrición y conducta, exponiendo así la necesidad de que el terapeuta de la conducta reciba en su formación profesional información nutricional. Para esto argumenta que el déficit o exceso en ciertos nutrientes se relacionan con estados emocionales; por ejemplo, explica que en una serie de estudios experimentales, han degenerado las envolturas de mielinas y esto ha conducido a alteraciones afectivas como la depresión. También este autor ejemplifica el hecho de que algunas dietas populares para la reducción de peso, (que se aplican por un gran número de médicos) en las cuales se eliminan los carbohidratos, se promueve la ketosis lo que consecuentemente genera una condición de acidosis en el paciente, dando como resultado final la depresión en el funcionamiento del sistema nervioso central. En consecuencia, conductualmente esto implica depresión, ansiedad y confusión.

Otro aspecto provechoso sería, que el estudiante recibiera información en lo referente a los aspectos legales y delimitaciones que configuran su práctica profesional.

Por ejemplo para lo que concierne en este caso a la participación profesional para el control de la obesidad, la Secretaria de Salud promovió la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, publicada en el Diario Oficial de la

Federación el 7 de diciembre de 1998. Define que las personas obesas deberán ser atendidas en forma integral por un grupo multidisciplinario, compuesto por el servicio médico, el servicio nutricional y el servicio psicológico. Para lo cual en el caso de éste último; se aclara que, su participación comprende: 1) el manejo para la modificación de hábitos alimentarios, 2) el apoyo psicológico y 3) la referencia a psiquiatría, cuando el caso lo requiera.

Por último, sería de gran utilidad que durante su preparación, el estudiante llevara acabo prácticas en grupos multidisciplinarios, con el fin de que comprendiera y se familiarizara con las formas en que otras áreas científicas se involucran entre sí para atender problemas, con esto también el estudiante comprendería en forma práctica los elementos que configuran su intervención, delimitando así su participación en lo que se refiere a la dimensión psicológica.

Para finalizar; en el siguiente capítulo se concluye y reflexiona, exponiendo parte de las experiencias gratificantes que conllevó la intervención psicológica para el control permanente de la obesidad.

II

INSTITUCIÓN LABORAL

2.1. Ubicación y configuración.

La empresa se encuentra ubicada en calle Claveles Mz138 Lt32b S/N. Esquina Bulevar Ojo de Agua, Tecámac, Estado de México. Su razón social es la de Control de Peso.

Sus objetivos son:

- 1) En el nivel de intervención biomédica, la aplicación de planes nutricionales balanceados para la eliminación de la obesidad.
- 2) En el nivel de intervención psicológica, la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales para modificar el estilo de vida alimentaria del obeso.
- 3) La realización de sesiones de actividad física (ejercicio aeróbico, bajo impacto) para apoyo al gasto calórico y establecimiento de conducta deportiva en el repertorio del obeso.

A continuación se describe y esquematiza gráficamente la configuración del área en la cual se realizan las labores profesionales.

El área total de la empresa es de 90 mts con un sólo nivel, dentro de ésta se encuentran 2 cubículos para el servicio de consulta médica y psicológica ambos cuentan con escritorio y sillas necesarias, en el caso del consultorio médico también cuenta con mesa de exploración y gaveta para instrumental.

Fuera de los cubículos se dividen tres áreas; la de recepción (escritorio, archivero, un cancel, un pizarrón de información, un pizarrón para memorandum y máquina de escribir, el área de conferencias (15 sillas, un pizarrón para marcador de agua y monitor con video casetera). Y el área de actividad física (audio grabadora, báscula clínica, aparato ejercitador y ventiladores) un baño (lavamanos y escusado).

También los cubículos y las áreas mencionadas cuentan con suficiente iluminación y ventilación.

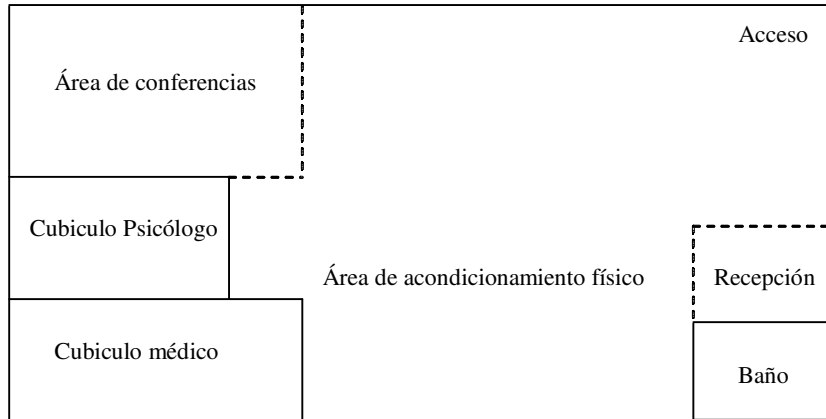


FIGURA 1. CROQUIS

2.2. Dinámica laboral.

La interacción laboral entre el personal de servicio, mantiene como base principal configurarse en un procedimiento de intervención eficiente y eficaz. Para lo cual, cada integrante mantiene bien delineadas las actividades que debe realizar, tanto en los tiempos, como en las formas y contenidos. Así también se han homogeneizado la actitud y expresiones que se presentan a los pacientes, en lo relacionado a establecer reforzamiento diferencial a las conductas convenientes, (seguir instrucciones, acudir puntualmente a las citas, etc.) y en lo que respecta a motivarles para que se involucren en las diversas actividades que se realizan.

A continuación se describen algunas de las labores más importantes que realiza el personal.

Psicólogo: En función de que el programa que se presenta, mantiene en su totalidad como eje rector, la intervención de modificación de los hábitos que promueven y mantienen la obesidad, es el psicólogo quien se encarga de coordinar todas las actividades, (en tiempos de intervención, en estrategias de reforzamiento, en técnicas de entrevista y recopilación de datos, etc.), por lo cual mantiene una constante interacción de supervisión con todos los miembros, tanto del equipo de intervención y en su caso con el personal de apoyo; respecto

al área de contabilidad, imprenta y publicidad.

Por lo cual, en relación a los servicios de apoyo en lo que se refiere al área de contabilidad, supervisa el puntual pago de impuestos y de todos los trámites que requiere la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico.

En el caso de los servicios de imprenta; dirige y diseña los formatos y tipografía de toda la papelería necesaria para fichas de identidad, registros, instrumentos evaluativos y material publicitario.

También en el caso del personal de publicidad; es el psicólogo quien dirige las campañas promocionales, tanto en periodos anuales, como en eslogan y material publicitario.

Médico: Realiza la valoración del estado general de salud del paciente, a nivel clínico en lo que se refiere a los aparatos y sistemas: 1) cardiovascular, 2) endocrino, 3) ventilatorio, 4) hemático y linfático, 5) gastroenterológico, 6) urogenital, 7) osteomuscular, 8) neurológico, 9) alergias y 10) reflejos, también recopila información de los posibles antecedentes personales patológicos y alergias, para establecer el diagnóstico correspondiente y llevar acabo las recomendaciones de laboratorio y/o gabinete, de ser necesario.

Así también mantiene una rutina de valoración en lo que respecta a la frecuencia cardiaca, la frecuencia ventilatoria, tensión arterial y temperatura corporal.

Otras de sus funciones es dar atención farmacológica a los pacientes que así lo requieren y lo solicitan, tanto en el caso del padecimiento de obesidad, como en algunos otros padecimientos relacionados con la salud en general; es decir, se presta el servicio de medicina general.

El médico es el responsable de canalizar a algunos pacientes a los servicios de laboratorio de análisis clínicos, endocrinología, ortopedia o cardiología.

Por último, este servicio mantiene constante dirección con la enfermera y con la acondicionadora física.

Acondicionadora física: Establece los programas de actividad física y los aplica en grupo en dos diferentes sesiones de 1 hora de duración cada sesión y de lunes a viernes.

Otro aspecto importante de su actividad, es el dar un reporte cada semana al médico en función a las observaciones que realiza de los pacientes, (excesivo cansancio, dolor de algún grupo muscular, mareo, etc.) para que el médico presente las instrucciones correspondientes.

Enfermera: Colabora con el médico, en la exploración clínica y configuración del expediente clínico del paciente.

Parte de sus labores es pesar a los pacientes siguiendo el programa de relación, peso, talla, circunferencias y pliegues cutáneos.

Este servicio, se encarga de suministrar, (sólo en algunos casos) los medicamentos que prescribe el médico y le auxilia en todo lo relacionado a la salud de los pacientes.

Recepcionista: Informa a los solicitantes algunos aspectos importantes del programa (horarios, servicios, aspectos generales de la intervención, costo del servicio, etc.), coordina los horarios de cita, con los pacientes y confirma citas vía telefónica, realiza documentación necesaria para el servicio de psicología, para el servicio médico y para la acondicionadora física, también organiza el archivo, los expedientes de los pacientes.

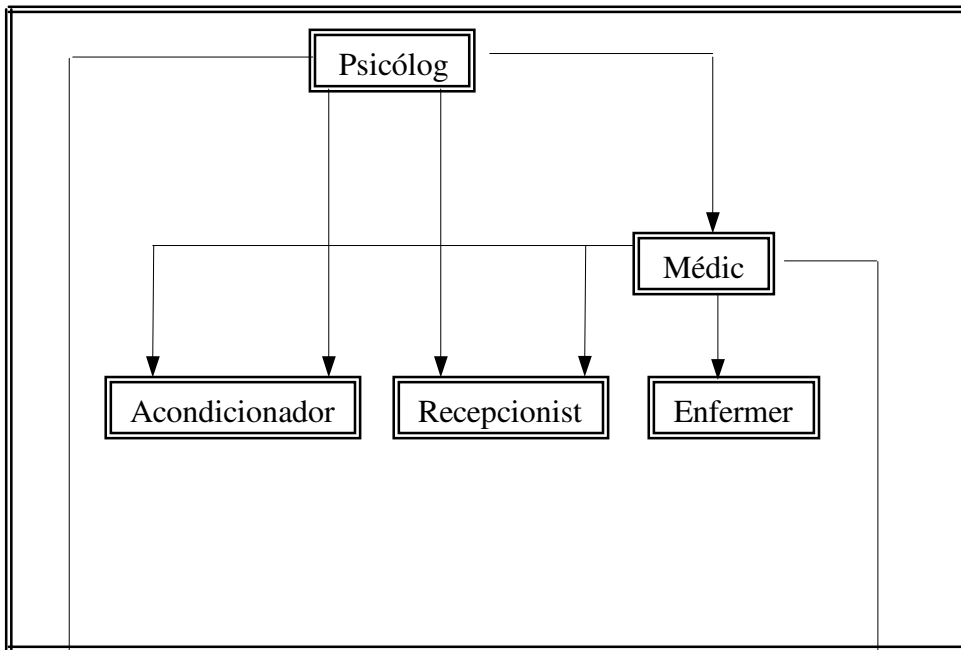
El personal de contabilidad: mantiene un programa de una visita mensual a la empresa para el registro de ingresos, egresos y la supervisión de documentos que establece la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los servicios de ortopedia, cardiología, endocrinología y de laboratorio de análisis clínicos: también prestan atención eventualmente. Cabe mencionar que estos servicios se encuentran en otra empresa, por lo cual los pacientes se canalizan para que acudan a dicha empresa, llevando la solicitud del médico y según el caso una copia del expediente clínico. Posteriormente, estos servicios de apoyo envían un informe detallado del paciente, así como las sugerencias de tratamiento que debe seguir el médico.

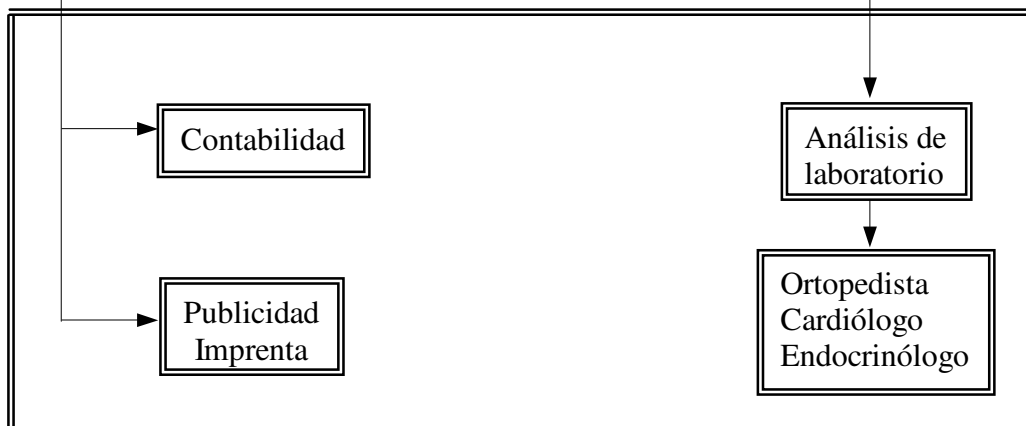
A continuación se presenta el organigrama de la institución y posteriormente en el siguiente capítulo se especifican a detalle las actividades que realiza el psicólogo dentro de la empresa.

ORGANIGRAMA

Servicio directo al



Servicios de



III

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA CLÍNICA PARA EL CONTROL DE PESO

3.1. Recepción e inducción al programa.

Se realiza la presentación en forma individual entre el terapeuta y paciente, con el objetivo de establecer empatía e identificar el motivo por el cual decide participar en un programa de intervención para el control de la obesidad, el cual lleva como vértice principal la modificación de hábitos alimenticios.

También al solicitante se le expone un panorama breve tanto de los conceptos, como de los métodos de intervención psicológica, en lo que respecta al análisis experimental de la conducta, así como de algunas estrategias de modificación cognoscitiva.

Esta actividad se realiza previa cita, con hora y día fijados por la recepcionista y el interesado.

El tiempo de duración de esta actividad es variable ya que depende de las dudas que presenta el interesado, así como de la exposición de los elementos del programa, sin embargo la fluctuación se da entre 10 y 20 minutos.

Una vez que se han expuesto los elementos del programa, que se han aclarado todas las dudas del solicitante y ya que éste ha aceptado involucrarse en el tratamiento, se prosigue con la detección.

3.2. Detección.

Consta de tres diferentes elementos que se aplican en tiempos diferentes en el orden siguiente: 1) La detección diferencial de la obesidad, 2) la detección funcional de la obesidad y 3) la detección de la adhesión al programa de intervención. Estos elementos se establecen recopilando información en la ficha de identidad, (anexo 1), el cuestionario de sobrepeso, (anexo 2), el cuestionario de Willoughby, (anexo 3), la escala S-S de Bernreuter, (anexo 4), en autorregistros conductuales para establecer el análisis funcional, (anexo 5), así como el cuestionario cognitivo de autofrases, (anexo 6), el autorregistro cognitivo de formato ABC, (anexo 7) y el diario estructurado de escenificaciones cognoscitivas, (anexo 8).

3.2.1. Detección diferencial de la obesidad.

Verificación del exceso de grasa corporal: En lo concerniente a esto, se utilizan la báscula, las tablas estandarizadas de peso corporal. Y el instrumento de medición de grasas por sistema de impedancia bioeléctrica.

La aplicación de estos elementos verifica que el interesado sea realmente un candidato a la intervención; es decir, que sea obeso, ya que en algunos casos los solicitantes mantienen otros tipos de desordenes alimentarios como la anorexia o bulimia.

Clasificación del grado de obesidad: Una vez que se ha verificado la obesidad se clasifica según el grado de exceso de grasa corporal, en tres niveles los cuales son: 1) leve que va del 20 % al 40 % por encima del peso ideal; 2) moderada que abarca del 41 % al 100 % sobre el peso ideal y 3) grave que es correspondiente a más del 100 % sobre el peso ideal.

Esta evaluación permite establecer un criterio respecto a dos aspectos importantes del paciente: a) la atención que ha presentado a su sobrepeso con relación al interés por mantenerse en normo peso y b) la integración a prácticas de alimentación hipocalórica eventual, sin cambio alguno en sus hábitos alimentarios.

También, esta clasificación permite promover una expectativa objetiva en el paciente respecto al tiempo que conlleve establecerse en su peso meta.

Relación entre los tipos constitucionales, peso ideal y peso real: Con base en los tres diferentes modelos de morfotipo: 1) asténico, 2) normosténico y 3) hiperesténico, así como de las tablas estandarizadas de peso corporal, se establece el peso real que debe proponerse el paciente como meta.

La intención es definir objetivamente junto con el paciente una expectativa del peso meta real, acorde a su propia estructura ósea y muscular.

Nivel superior de sobrepeso y tiempo en que se ha mantenido: En relación al reporte del paciente se detecta el límite superior que ha alcanzado con su padecimiento.

Nivel inferior de sobrepeso y tiempo en que se ha mantenido: También según el reporte verbal del paciente se establece el límite inferior de obesidad que ha logrado y el tiempo de mantenimiento.

Con estos dos elementos se establece el rango más importante que se ha presentado en el sobrepeso del paciente, con lo que también se investigan las conductas que estuvieron

involucradas en estas fluctuaciones del peso.

Esta evaluación la aplica el psicólogo con la ayuda de la enfermera, dentro del consultorio de psicología y se practica en forma individual.

El tiempo de duración de esta actividad, fluctúa de entre 10 a 15 minutos.

3.2.2. Detección funcional de la obesidad.

Nivel conductual: Con base en autorregistros y el cuestionario de sobrepeso, se detectan los alimentos de alto valor calórico de mayor interacción con el paciente, así como las formas de cocción que realiza (fritos, hervidos, asados o al vapor), el estilo de consumo y las situaciones en las cuales se realiza dicho consumo. También se evalúan los contextos ambientales y sociales relacionados a la ingesta alimenticia no planeada, así como los factores emocionales antecedentes y consecuentes relacionados al consumo y la actividad física cotidiana o el ejercicio físico programado que realiza, (anexo 9).

La finalidad es evaluar la relación existente entre los elementos conductuales y contextuales que promueven la obesidad, para definir con precisión el tratamiento.

Para lo anterior primero se aplica el cuestionario de sobrepeso individualmente, el cual es llenado por el paciente en el consultorio de psicología estando presente el psicólogo para ayudar ante cualquier duda, (esta actividad se realiza en un tiempo aproximado de 40 minutos).

Posteriormente, con respecto a los autorregistros el proceso es un tanto diferente, ya que se realizan varios ensayos con la finalidad de que los pacientes adquieran la habilidad de almacenar la información diferencialmente, según corresponda a las estructuras de los formatos de los autorregistros. Para este propósito se aclaran los siguientes puntos: 1) qué información se debe recopilar, 2) en qué parte del formato se debe almacenar, 3) los horarios más adecuados para hacer el llenado del auto registro y 4) bajo qué circunstancias es mejor realizar la tarea. Para esto, se provee a los pacientes con registros para que durante el transcurso de la semana los llenen en el lugar en que se presenten las conductas a recolectar.

Esto implica tres tiempos, ya que en primer lugar se le enseña al paciente o pacientes a realizar el llenado del autorregistro, y en segundo lugar, se realiza una evaluación y ajuste de la ejecución respecto a la recopilación de información lo cual

implica la valoración grupal o individual de los datos recopilados la semana anterior, con el propósito de afinar y promover mayor precisión en la observación y recolección de datos conductuales y contextuales.

Para este fin, se escenifican actuaciones de eventos en los cuales algunos de los pacientes se hayan involucrado con una conducta no deseable. Así durante la escenificación los demás participantes recopilan datos de las variables involucradas en la conducta no deseada, (no respetar el plan nutricional, etc.).

Y en tercer lugar se realiza el análisis de datos y establecimiento de variables funcionales en conjunto terapeuta y paciente, en trabajo grupal o individual, realizan la cuantificación y cualificación de los datos obtenidos de los registros que llenaron durante la semana anterior, estableciendo la frecuencia y la duración de las conductas a observar, para posteriormente definir las variables a modificar y proponer conductas alternativas deseables o de prevención de eventos poco favorables. Para este propósito, después de haber identificado las variables relacionales a las conductas inadecuadas, los participantes inician la generación de alternativas en forma de tormenta de ideas, en algunas ocasiones ellos mismos relatan la forma en que lograron superar algunos eventos.

Cabe aclarar que las actividades de enseñar a los participantes a utilizar el formato de los autorregistros y la de evaluar y ajustar las ejecuciones, (producto de la tarea de recopilación de información en dichos autorregistros una semana posterior) se aplican durante una sesión de 1 hora correspondiente para cada actividad, en la sala de conferencias. Así también, en lo que respecta al análisis de datos obtenidos, esta actividad se lleva a cabo durante diferentes sesiones de 1 hora consecutivamente, hasta lograr por medio de aproximaciones sucesivas mantener una definición exacta de cada variable funcional.

Nivel cognoscitivo: Aplicando el cuestionario de autofrases y el autorregistro ABC, se evalúan los monólogos distorsionados que mantienen algunos pacientes con respecto a la obesidad, a los objetivos para bajar de peso, a las capacidades para bajar de peso, a las excusas para bajar de peso, a los pensamientos sobre comida y a los kilogramos perdidos al seguir indicaciones dietéticas. También el paciente realiza un diario estructurado, de las escenificaciones encubiertas de episodios de sobreingesta o eventos en los cuales se vea consumiendo alimentos no planeados.

El propósito es el de alterar las estructuras cognitivas que promuevan conductas de alimentación no planeada o de deserción al programa de intervención. Al mismo tiempo que se implantan nuevas estructuras del pensamiento, que les sean favorables para que puedan mantenerse en su peso meta.

Es importante aclarar que el cuestionario de autofrases se aplica en forma individual, en el consultorio de psicología, en un tiempo aproximado de 30 minutos, estando presente el psicólogo para aclarar las dudas que refiera el paciente.

En relación al autorregistro ABC, se les instruye a los pacientes para que lo llenen según se presenten los eventos desencadenantes de estados emotivos inconvenientes para seguir el plan adecuadamente o aquellos que promuevan la deserción del programa. Y en razón de que el formato de este registro de autofrases es bastante sencillo, la tarea de enseñarles el llenado lleva como un máximo de tiempo 20 minutos.

Por último, en lo que respecta al diario estructurado de escenificaciones de sobre ingesta o ingesta no planeada, los participantes reciben la instrucción correspondiente para el adecuado llenado de éste, en el cual básicamente se les pide narren secuencialmente dicho evento encubierto.

3.2.3. Detección de la adhesión al programa.

Descripción de las conductas solicitadas: Ante una recaída o una situación que pueda alterar el plan de consumo planeado, el paciente debe definir operacionalmente qué hacer, cómo hacerlo y generar alternativas para hacer frente a estos problemas.

Incorporación de las conductas meta en la rutina cotidiana: Se evalúa la aplicación de los nuevos hábitos en los diferentes contextos de interacción ambiental y social, según la información recopilada en los diferentes autorregistros llenados por el paciente.

Competencia y satisfacción del paciente en las habilidades adquiridas: Según los autorregistros cognitivos, conductuales, los resultados del cuestionario de sobrepeso, el cuestionario de autofrases y el auto informe verbal que ha ido realizando el paciente antes y durante el tratamiento, se detecta el nivel de competencia y la satisfacción (consecuencias emocionales posteriores a la ejecución) que se van presentando en las diferentes etapas de intervención.

Todos estos elementos para detectar la adhesión al programa de intervención

permiten realizar los ajustes correspondientes para cada participante, así como el mantener una dirección adecuada en lo relacionado a los tiempos de aplicación de las diferentes estrategias.

3.3. Intervención.

En lo que corresponde al aspecto cognoscitivo, se establecen nuevos patrones de pensamiento más racional en lo concerniente a la atención al cambio de hábitos alimentarios y no sólo al esmero en seguir planes de alimentación, también a las creencias que se mantienen con relación a la obesidad y en lo referente a las atribuciones que generan posteriormente al fracasar en algún elemento del programa, por otro lado se practica la sustitución de escenificaciones cognitivas que aluden a episodios de sobreingesta o alimentación no planeada y esquemas para la solución de problemas.

También se conforma de un programa que implica la modificación de aspectos conductuales, para lo cual las estrategias correspondientes a estos aspectos se configuran de técnicas de auto control basadas en la planeación de la forma de interacción con los alimentos, con relación al tipo de alimentos (valor calórico), a la forma de consumo (velocidad, tiempo, calidad de trituración y lugar), el control contextual (ambiental y social) y de un incremento en la actividad física. También se implantan conductas de asertividad social.

En lo concerniente al proceso de aplicación de las estrategias, esto se lleva a cabo con base en tres criterios: 1) los resultados de la evaluación, 2) las demandas de ayuda por parte de los pacientes y 3) los ajustes necesarios para una mejor adhesión al programa según cada caso en particular.

3.3.1. Nivel cognoscitivo.

Los elementos que configuran la intervención cognitiva son cuatro: 1) reestructuración cognoscitiva, 2) condicionamiento encubierto, 3) detención del pensamiento y 4) solución de problemas.

3.3.1.1. Reestructuración cognoscitiva.

Esta es una estrategia de intervención terapéutica propuesta por Ellis, A. y Abrahms, E. (1980) en la cual el fundamento es que el paciente que sufre de autocríticas o

auto valorizaciones que le generan alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, etc. Realice un análisis objetivo de la veracidad y racionalidad de sus autofrases en función de los eventos que le acontecen, proponiendo al mismo tiempo la auto aceptación no contingente a la ejecución y la promoción de pensamientos carentes de juicios de valores, así como la evitación de pensamientos dicotómicos. Esta estrategia se presenta en una secuencia A-B-C-D. Donde (A) representa un evento experiencial objetivo, (B) simboliza un monólogo o auto declaración irracional consecuencia del evento (A), posteriormente (C) es la emoción activada por la auto declaración (B) y (D) refiere un entrenamiento sistemático en la discriminación evaluación y alteración de (B).

A continuación se presenta un ejemplo esquematizado del procedimiento de reestructuración cognoscitiva:

(A) Estímulos.

Espejos, prendas de vestir, fotografías, videos, báscula, comentarios alusivos al sobrepeso, comida, cinta métrica, reuniones sociales, relación sexual, enfermedades asociadas, sudor, etc.

(B) Respuestas:

Activación cognoscitiva:

monólogos	imágenes
Me veo horrible.	Imaginar que en una reunión observan sus áreas de mayor almacenamiento de grasa.
Para todos soy un inútil gordo.	Verse torpe al realizar una actividad.
Nadie me quiere por estar obeso.	Escenificar una relación en la cual no es aceptado.

(C) Activación emocional.

Ansiedad: Preocupación excesiva sobre determinadas áreas corporales, con alteraciones de sueño, fatiga, dificultad de concentración y tensión muscular.

Depresión: Disminución general de toda actividad, llanto, apatía, falta de expresividad o trastornos del sueño. A consecuencia del sobrepeso.

Ira: Caracterizada por reacciones súbitas, con fuerte irritación emocional que puede llevar a la pérdida del dominio sobre sí mismo. Por no controlar su sobrepeso.

(D) Intervención.**a) Discriminación:**

Reconocimiento de la sensación de malestar (ansiedad, depresión, ira, etc.).

Identificación de eventos privados (pensamientos, imágenes).

Repetición encubierta e instantánea de lo ocurrido

b) Evaluación:

De las bases lógicas, de las ideas irracionales y sistema de valores.

De la función adaptativa de imágenes y auto-declaraciones.

- Inatención selectiva.
- Percepción errónea.
- Focalización maladaptativa.
- Auto-activación maladaptativa.

c) Alteración:

Presentación de alternativas:

Enfatizando la auto-aceptación no contingente, sin importar la competencia en la ejecución.

Entrenamiento en discriminación y observación sistemática de las auto-declaraciones.

3.3.1.2. Condicionamiento encubierto.

Esta estrategia consta de tres elementos, para la supresión e implantación de escenificaciones cognitivas que ayuden al paciente en su rehabilitación permanente.

Para esto, es importante precisar que el condicionamiento encubierto se propone como una serie de procedimientos para manipular las imágenes internas del paciente, con el fin de modificar selectivamente ciertas conductas tanto encubiertas como observables.

Cautela (1983) menciona que en el caso de la sensibilización encubierta, esta se ha incluido como un procedimiento punitivo en el cual se presenta una consecuencia imaginaria altamente aversiva contingentemente a la escenificación imaginaria de una conducta desadaptativa. Así también en el caso del reforzamiento positivo encubierto, este autor refiere que es una técnica en la cual la persona se autorrefuerza imaginariamente tras la ejecución de la conducta adecuada, ya sea en la vida real o en la imaginación; por lo que consecuentemente, este procedimiento operante hace aumentar la probabilidad de la respuesta esperada. Por último, el modelamiento encubierto se comprende como un fenómeno de aprendizaje social, el cual se utiliza para el aprendizaje de nuevas conductas y para modificar conductas ya existentes mediante la observación imaginaria de comportamientos de otras personas, enfatizando las consecuencias que de ellos se siguen.

- 1) Sensibilización encubierta: Se basa en la repetición lógica y secuenciada de imágenes internas de una conducta problema (verse a sí mismo en un episodio de sobre ingesta), la cual es apareada con eventos simbólicos aversivos (personas burlándose de su forma de comer, posterior a la sobreingesta vómito en público, etc.).
- 2) Reforzamiento positivo encubierto: La forma de aplicación se realiza entrenando al paciente para que imagine que ejecuta una respuesta deseada (comer solamente lo sugerido, realizar deporte, etc.) y posteriormente cambie a imágenes reforzantes (buenos comentarios de parte de sus amistades referentes a su físico, verse en una reunión social con un vestuario entallado y agradable, etc.).
- 3) Modelamiento encubierto: Se dirige secuencialmente al paciente a la repetición simbólica de la conducta apropiada; es decir, imagina una persona modelo realizando una conducta meta previamente establecida (práctica deportiva,

realizando pausas de tiempo al comer, etc.) y tanto la persona modelo como él, obtienen un reforzador (un cuerpo atlético, verse delgado en las fotografías o videos, etc.).

3.3.1.3. Detención del pensamiento.

Según Rimm y Masters (1990) explican que la supresión de respuestas encubiertas, se presenta a través del mismo mecanismo implicado en la supresión de formas abiertas de conducta. Así entonces la utilización abrupta de la palabra “alto” se emplea como un elemento de castigo o distracción para romper de inicio la cadena de escenificaciones cognitivas. Estos autores explican que la palabra “alto” dicha intensamente, puede distraer al mismo tiempo que rivaliza con la ansiedad a causa de sus propiedades asertivas.

Por su parte Wolpe (1990) explica que la base probable del procedimiento de detención del pensamiento, es el establecimiento de un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo, para lo cual argumenta que es razonable pensar que este hábito inhibitorio de pensamientos episódicos y algunas veces obsesivos, es reforzado por la consecuencia de reducir la respuesta de ansiedad que trae cada intento satisfactorio de inhibición del pensamiento.

Consta de cinco pasos:

Paso 1) Establecimiento del principio escénico: una vez definida la escena, se discrimina el inicio que la establece (realizar un atracón el sábado por la noche, por ejemplo).

Paso 2) Interrupción del relato verbal de la escena: el paciente comienza a narrar un evento en el que la escena problema esté implícita (acudir a la reunión con sus amistades en un establecimiento de comida bufete y comer todo lo que más pueda, por ejemplo).

La intervención terapéutica se aplica con un grito súbito y fuerte “alto”, en el momento en que el paciente va a comenzar la parte de la narración en la cual pretende servirse de todos los platillos para iniciar la comilona.

Posteriormente se explica al paciente cómo el grito suprimió la escenificación, rompiendo la cadena cognitiva, lo cual ayuda a evitar el mantenimiento de dichas escenificaciones.

Paso 3) Interrupción del pensamiento (indicando con un dedo el inicio) de la escena:

se le indica al paciente que sólo piense la escena, que no la verbalice y que en el momento preciso en que inicie el episodio problema levante el dedo índice, para que el terapeuta grite “alto”.

Paso 4) Autointerrupción verbal de la escenificación pensada: el paciente piensa la escena y en la parte establecida como problema grita “alto”, suprimiendo él mismo el inicio del episodio.

Paso 5) Autointerrupción no verbal (indicando con un dedo la supresión) de la escenificación: se realiza nuevamente la escenificación y la supresión, con la diferencia de que el paciente ya no externa el grito “alto”, ahora lo ejecuta cognitivamente.

Es importante mencionar que al paciente se le presenta un modelamiento adicional, enfatizando lo imperioso de bloquear súbitamente la escenificación. Así también se le instiga a que practique la técnica el mayor número de veces que sea posible y que lo haga de preferencia en la hora y lugar en donde se presentaban estas cogniciones.

3.3.1.4. Solución de problemas.

Mahoney y Mahoney (1995) dicen que esta estrategia se compone de seis pasos; 1) especificación del área del problema, 2) registro de información, 3) identificación de patrones conductuales y ambientales, 4) generación de alternativas y soluciones, 5) valorar las ganancias o pérdidas consecuentes y 6) extender o sustituir la solución.

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

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

Así entonces, estos autores señalan cinco pasos en el proceso de solución de problemas, a) la orientación hacia el problema (lo cual propone un proceso exclusivamente motivacional, que implica reacciones cognitivo-afectivo-conductuales ante una situación

problemática que se presenta por primera vez), b) la definición y formulación del problema (lo que reside en la clarificación y comprensión de la naturaleza del problema), c) la toma de decisiones (que se establece al evaluar las opciones disponibles, para seleccionar la mejor de entre éstas) y d) la puesta en práctica de la solución y verificación (lo cual consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para establecer control en la situación problema).

Es importante aclarar que aun cuando existen diferencias en los pasos del proceso de solución de problemas que proponen los diferentes investigadores, en esencia se mantiene la misma dinámica de autocontrol cognitivo-conductual.

Ejemplo:

- 1) Realizar comilonas y consecuentemente salirse del plan alimenticio y ganar peso.
- 2) Registrar la fecha, hora, lugar, compañías y pensamientos contingentes a la sobreingesta.
- 3) Identificar las variables relacionales a la sobreingesta, (las reuniones del viernes, durante el programa favorito de la tarde, estando en casa solo y aburrido, etc.).
- 4) Opcionalmente acudir a la reunión después de haber comido, preparar un cóctel de frutas y ensaladas previamente para consumirlo durante el programa favorito, evitar estar en casa solo y aburrido, etc.
- 5) Valorar los beneficios de las nuevas conductas y la adaptación al cambio.
- 6) En caso de que la nueva conducta genere malestar, cambiar a otras conductas que promuevan el bienestar.

3.3.2. Nivel conductual.

Está compuesto de dos elementos, una técnica de autocontrol, la cual se divide en seis partes; a) forma de cocción de los alimentos, b) forma de consumo de los alimentos, c) reducción de la escala de provocación, d) interrupción de cadenas conductuales, e) establecimiento de respuestas de competencia y f) fortalecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas deseables. Y tácticas de implementación de conducta sociales asertivas (rechazo de alimentos de alto valor calórico, solicitud de menús hipocalóricos, responder a las críticas y responder a los cumplidos).

(Stuart, 1981; Rimm y Masters, 1990; Wolpe, 1990 y Fernández y Vera, 1998)

explican que el autocontrol desde el punto de vista de la práctica conductual no representa un asunto de fuerza de voluntad, sino que más bien es el resultado de juiciosas manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes de acuerdo con los principios establecidos del aprendizaje. Para lo cual se debe tomar ventaja del hecho de que la conducta se encuentra bajo el control de estímulos.

Así, estos investigadores exponen que para establecer este control de estímulos se debe promover: a) el cambio físico del ambiente; en lo que sea posible, de modo que este cambio beneficie la adquisición y mantenimiento de las conductas deseables, b) también la reducción de la escala de provocación de los estímulos que promueven conductas indeseables y c) asimismo sugieren el fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseables.

Para esto aclaran que en lo que respecta a los pacientes, deben determinar los eventos que sean recompensas potentes para administrarlas inmediatamente después de realizar la respuesta apropiada, además deben determinar aquellas respuestas deseables que compiten y por lo mismo inhiben y/o debilitan los comportamientos no deseables, también conviene que determinen las respuestas alternativas que puedan servir como saludables con el fin de mantener un repertorio más amplio de opciones, así mismo es de gran importancia la interrupción de la cadena de conductas que conducen a respuestas indeseables tan pronto como sea posible y por último es necesario aclarar que las metas y conductas aproximativas en los programas de autocontrol siempre deben ser de la más fácil obtención y de forma gradual.

Forma de cocción de los alimentos: Con eso se propone que eviten cocinar sus platillos con grasas; es decir, que utilicen formas de cocción en las cuales no se fría con aceite, manteca, mantequilla, etc. Para lo cual se enseña a cocinar algunos nutrientes asados, hervidos o cocidos al vapor. La intención al respecto, es por una parte la de evitar el consumo de calorías innecesarias y por otra parte la de condicionar el gusto por el consumo de alimentos bajos en grasa.

Es importante mencionar que los pacientes reciben información por parte del servicio médico nutricional de las necesidades calóricas que requieren por día, así como de los nutrientes necesarios (vitaminas, sales inorgánicas, líquidos, carbohidratos, proteínas y lípidos) para mantenerse en buen estado.

Forma de consumo de los alimentos: Se propone a los participantes realicen su alimentación cotidiana en base a los siguientes puntos.

- 1) Comer solamente cuando se tiene hambre, evitando comer con hambre excesiva. En caso de tener hambre en exceso comenzar con ensaladas.
- 2) Realizar la alimentación siempre en el mismo lugar de preferencia en el comedor, evitando conductas paralelas a ésta (leer, ver televisión, etc.).
- 3) Servir raciones pequeñas, manteniendo la idea de que no es necesario “limpiar el plato” y que la sesión alimenticia no forzosamente debe constar de (sopa, guisados, frijoles y postre).
- 4) Ingerir bocados pequeños, masticarlos hasta triturarlos al máximo y después de tragarlo, esperar aproximadamente 15 segundos para ingerir el siguiente.
- 5) Eventualmente hacer pausas de 30 a 50 segundos entre bocados (servir el siguiente platillo, asearse con la servilleta, etc.).
- 6) Eliminar el pensamiento erróneo de que a cada bocado del platillo corresponde un trozo de pan o tortilla.
- 7) A la mitad de la sesión alimenticia hacer una pausa, dejando de comer durante un mínimo de 3 minutos, (en caso de continuar con hambre proseguir con su ingesta).
- 8) Mantener atención en percibir la sensación visceral de saciedad.
- 9) Evitar la sobremesa, manteniendo cepillo y pasta dental para asearse inmediatamente después de haber tragado el último bocado.
- 10) La sesión de alimentación debe durar un mínimo de tiempo de 40 minutos.

Para que los pacientes comprendan la importancia que tiene el comer lento, reciben información relacionada con los mecanismos fisiológicos reguladores del hambre, de la saciedad y del tiempo de reacción del hipotálamo para realizar la codificación de estos eventos.

También se analizan y suprimen las falsas creencias respecto a valores de “bueno” o “malo”, en lo concerniente a dejar sobras de comida en la mesa y en lo referente a la cantidad y tipo de platillos de consumo que deben realizarse por sesión alimenticia.

Reducción de la escala de provocación: Esto implica la reducción gradual de los estímulos ambientales que promuevan respuestas indeseables.

- 1) Evitación sensorial con alimentos de alto valor calórico, no manteniendo estos en alacena, refrigerador; es decir, en casa o área laboral.
- 2) Realizar compra de alimentos de bajo valor calórico para mantenerlos en casa, siguiendo una lista elaborada previamente y estando saciado.
- 3) Evitar mantener en casa sobras de comida. En caso contrario congelar dichas sobras.

Para este punto, se proporciona información a los participantes respecto a la relación con los diferentes estados disposicionales que pueden tener los individuos al abrir el refrigerador y encontrar refrescos, pastel, etc. Es decir, se enfatiza que no se trata de un asunto de “fuerza superior de voluntad”, sino de realizar manipulaciones ambientales que permitan llevar a cabo el plan de control propuesto.

Interrupción de cadenas conductuales: Esto se hace en relación a la discriminación de las primeras conductas que llevan al consumo de alimentos de alto valor calórico y no planeados. Para lo cual se propone evitar o escapar de los eventos o situaciones que promueven dichas conductas.

- a) Algunas compañías sociales que instigan a la ingesta.
- b) Horas del día o noche, en que se presentan estados emocionales que promueven la ingesta no planeada.
- c) Comerciales televisivos o radiofónicos, entre otros.
- d) Estados de hambre excesiva, etc.

Consecuentemente a la valoración que se realiza de las variables involucradas en el consumo alimenticio no planeado, se definen las situaciones de riesgo y conductas iniciales que deben ser sustituidas.

Establecimiento de respuestas incompatibles: Para la realización de esto, en algunos casos se consideran las conductas que ya mantienen los pacientes en su repertorio y que potencialmente son opuestas a las conductas problema, en otros casos ellos aprenden nuevas conductas alternativas para hacer frente a las respuestas inconvenientes. Para esto, es importante que las nuevas conductas sean practicadas rutinariamente con el propósito de que se implanten definitivamente en los pacientes.

Algunos ejemplos de estas conductas son:

- a) Tomar clases de baile.

- b) Estudiar un idioma diferente.
- c) Visitar el gimnasio para realizar ejercicio, etc.

Fortalecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas deseables: Para realizar el reforzamiento correspondiente a la ejecución, se establecen con anticipación todas aquellas consecuencias que sean placenteras para el paciente, las cuales se puedan auto aplicar inmediatamente después de haber ejecutado las conductas meta. Para lo cual se realiza una lista de premios que se puedan aplicar a corto y mediano plazo, por ejemplo: Salir de compras, recibir felicitaciones, ir al cine, comprar vestuario nuevo, etc.

Cabe mencionar que la aplicación de esta técnica de autocontrol se realiza en forma diferencial según las habilidades que muestren los pacientes durante el proceso de intervención. Para lo cual se verifica que cada uno de los participantes haya comprendido las instrucciones correspondientes a cada punto de la técnica, así también ellos deben demostrar su destreza para generar alternativas y soluciones referentes a su caso en particular.

3.3.2.1. Implementación de conducta social asertiva.

Wolpe (1990) define la conducta asertiva como la expresión de emociones diferentes de la respuesta de ansiedad de un modo socialmente aceptable, lo cual implica muchas categorías de conducta emocional como por ejemplo: el defender los propios derechos en forma razonable y mesurada, sin permitir llegar a estados de violencia o agresión.

Este investigador explica que las intervenciones terapéuticas se dirigen a aumentar in vitro todos los impulsos que lleven al paciente a externar las respuestas verbales inhibidas, para que así recíprocamente se supriman las respuestas de ansiedad ante la incapacidad de externar sus derechos en forma mesurada. Mientras que in vivo la conducta motora del individuo es reforzada por sus conductas sociales favorables, (como lograr controlar una situación social) de modo que el contracondicionamiento de la respuesta de ansiedad y el condicionamiento operante del acto motor y verbal ocurren en forma simultánea, facilitándose mutuamente.

Así entonces el entrenamiento asertivo para el desarrollo de habilidades sociales, tales como el rechazar los alimentos de alto valor calórico, el solicitar menús hipocalóricos, el responder a los cumplidos y responder a las críticas, que reciben los participantes

aunado con las otras técnicas, permite que ellos sean capaces de enfrentarse a las situaciones sociales de evitación habitual y promueve la eliminación del déficit en la exteriorización de emociones intensas que ejecutan respecto a lo relacionado con su sobrepeso y la alimentación.

Los pasos que se siguen para el entrenamiento de habilidades sociales de asertividad son los siguientes:

- 1) El paciente debe representar su actuación en la situación social problema.
- 2) Ante el déficit se le proporciona retroalimentación verbal y específica y se le modela una conducta más deseable.
- 3) Posteriormente el paciente ensaya la respuesta sugerida.
- 4) Esta nueva respuesta es reforzada.
- 5) Se realiza la práctica de la nueva habilidad, hasta que el paciente reporte haberla ejecutado sin ansiedad en intercambios sociales.

Es importante mencionar que el programa de intervención se practica en forma simultánea, modificando tanto áreas cognoscitivas como implantando gradualmente elementos de autocontrol.

Para esto, la dinámica a seguir promueve que los participantes reciban información de: 1) qué es lo que se debe hacer, 2) porqué se debe hacer, 3) bajo qué circunstancias hacerlo, 4) cómo hacerlo, 5) dónde hacerlo, 6) qué elementos contextuales pueden utilizar para lograr realizar efectivamente la ejecución y 7) la generación de otras alternativas que lleven a la meta deseada; es decir, llegar a lo mismo en formas diferentes y en situaciones diferentes. Para lo cual, los pacientes también deben diseñar operacionalmente lo que deben hacer, planteándose la situación y la conducta hipotéticamente con sus propias palabras y en tiempos diferentes de la misma sesión.

Estas sesiones de trabajo se realizan en forma grupal o individual, dependiendo del número de participantes que acudan. La práctica se lleva a cabo en juego de roles, por exposición, en psicodramas y con lecturas.

3.4. Evaluación y ajuste de resultados.

Durante las semanas posteriores se van revisando los autorregistros, con el fin de valorar la ejecución que presentaron los pacientes ante las situaciones problema. Para lo

cual se coteja la información de los auto registros de línea base elaborados durante la primera semana de recopilación de información, con los auto registros elaborados posterior a la primera sesión de intervención, para establecer los parámetros de diferencia correspondientes al cambio de conducta, para promover los ajustes correspondientes tanto a las ejecuciones en el autocontrol, como en la alteración de sus pensamientos.

Por último, cabe mencionar que durante el tratamiento se sigue una rutina cíclica de intervención por sesión, basada en los siguientes elementos:

- 1) Registro del porcentaje de grasa corporal y peso actual.
- 2) Recolección de las tareas de la semana anterior realizando los ajustes correspondientes.
- 3) Según el caso, se lleva acabo la continuidad de los aspectos de la sesión anterior, si es que no se concluyó o en el caso de haber concluido se inicia la explicación de nuevos contenidos determinándose las tareas a realizar durante la sesión en curso y las tareas a realizar en casa.
- 4) Solución de problemas individuales que pudieran haber surgido durante la semana.

3.5. Coordinación de actividades con el grupo de trabajo.

El psicólogo promueve que el equipo de trabajo (médico, enfermera recepcionista y acondicionadora física), mantenga sesión permanente una vez al mes, para discutir y analizar los esquemas de trabajo en relación a los días y horarios en que prestan servicio, también para unificar criterios en lo que se refiere al reforzamiento de conductas que promuevan hábitos alimentarios convenientes para los pacientes, de adhesión a los planes alimentarios establecidos y del cumplimiento en la asistencia a las citas programadas.

La interacción laboral con el servicio médico, se fundamenta en aspectos relacionados tanto con los sentimientos y creencias que genera en los pacientes seguir el plan alimentario propuesto, como con las conductas de autocontrol que se implantan para mejorar la adhesión a dichos planes.

En lo que concierne a la relación laboral con la acondicionadora física, se le instruye en aspectos que motiven y refuercen en los pacientes la adhesión a la práctica de actividad física programada; como por ejemplo, mostrar atención personalizada a las

6 demandas de rutinas de ejercicio que presentan los participantes, tener un mural propio del grupo de actividad física, el animar a los participantes para que lleven un jugo de fruta el último día de práctica semanal y lo compartan o intercambien, plantear objetivos colectivos para mantener un fuerte gasto calórico, utilizar los nombres propios para comunicarse durante la clase, etc.

También se mantiene una constante supervisión con la recepcionista en lo concerniente al control de ingresos y egresos económicos, el establecimiento de citas programadas con los pacientes, en lo que respecta a la adecuada elaboración de documentos como la solicitud de atención de especialidades médicas para los pacientes que así lo requieren, la solicitud de análisis clínicos, etc.

La interacción laboral con la enfermera es mínima ya que este servicio permanece bajo la supervisión directa del médico, sin embargo su rutina es la de registrar el peso de los pacientes, medir los pliegues cutáneos para registrar el decremento de tejido adiposo, realizar la medición de grasa corporal con el sistema de impedancia bioeléctrica, tomar medidas de la presión arterial y apoyar en los primeros auxilios (de ser necesario).

Es importante señalar que en las reuniones grupales mensuales, todos los miembros evalúan los problemas que se presentan y proponen alternativas de solución; para lo cual, mantienen como fundamento el análisis y manejo de contingencias. Esto es posible ya que el equipo de trabajo ha recibido previamente un curso básico informativo y formativo de análisis conductual aplicado.

Ahora bien, en relación al proceso descrito, en el siguiente capítulo se especifican y analizan los resultados obtenidos de la intervención psicológica que se aplicó a una muestra de diez sujetos.

IV

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

4.1. Muestra.

La muestra que se presenta estuvo constituida por 10 sujetos del sexo femenino, de nivel socioeconómico medio. El nivel académico variaba de preparatoria terminada a profesional; respecto a la actividad social en que se desarrollaban, era el de amas de casa y empleadas. 9 de las sujetos estaban casadas, excepto la sujeto 10 que era madre soltera. El número de hijos que mantenía el grupo oscilaba entre 1 y 4.

El criterio de selección de la presente, estuvo en función de que:

1) Todas mantenían patologías asociadas con su obesidad, tales como hipertensión arterial, ortopédica y circulatoria, 2) habían realizado anteriormente dietas para la eliminación de grasa corporal, basadas en un ajuste calórico y otras con apoyo de medicamentos, 3) habían abandonado los programas dietéticos para el control de la obesidad, oscilando esta deserción de entre dos a cinco programas y 4) no tenían conocimiento de programas que modificaran su estilo de vida alimenticia, por lo cual habían fracasado recuperando el peso perdido.

La tabla: 1. presenta las características más representativas de la muestra.

Sujeto	Edad	Talla	Peso inicial	Peso deseado	Peso ideal	% sobrepeso	Tipo de obesidad
1	28	1.65	76.4	60kg.	57.94	31.86%	Leve
2	45	1.61	69.2	60kg.	55.72	24.19%	Leve
3	44	1.64	73.2	60kg.	57.39	27.54%	Leve
4	49	1.65	79.6	65kg.	57.94	35.38%	Leve
5	38	1.49	76.1	58kg.	47.3	60.88%	Moderada
6	45	1.59	75.3	60kg.	54.6	37.91%	Leve
7	51	1.57	81.2	60kg.	53.48	51.83%	Moderada
8	46	1.53	87.6	65kg.	51.25	70.92%	Moderada
9	48	1.51	68.5	60kg.	50.14	36.61%	Leve
10	31	1.65	71.4	60kg.	57.94	23.23%	Leve

4.2. Niveles de intervención.

Los siguientes resultados son referentes a la modificación de diferentes variables cognitivo-conductuales, como son:

- 1.- Sensibilización al cambio de hábitos nutricionales como objetivo principal en relación a la pérdida de peso exclusivamente.
- 2.- Reestructuración cognitiva respecto a monólogos privados distorsionados.
 - a) Creencias sobre obesidad.
 - b) Objetivos para bajar de peso.
 - c) Capacidades para bajar de peso.
 - d) Excusas para bajar de peso.
 - e) Pensamientos sobre comida.
 - f) Kilogramos perdidos.
- 3.- Preparación de los alimentos, (forma de cocción).
- 4.- Modificación del consumo alimenticio.
- 5.- Auto-control ambiental.
 - a) Alimentos de alto valor calórico y de fácil acceso.
 - b) Alimentación no planeada ante estímulos de presentación comercial.
 - c) Análisis de cadenas conductuales que obstaculizan la adecuada adhesión al plan nutricional propuesto.
- 6.- Integración de conducta asertiva.
 - a) Rechazo de alimentos de alto valor calórico.
 - b) Solicitud de menús hipocalóricos.
 - c) Responder a las críticas.
 - d) Responder a los cumplidos.
- 7.- Relajación muscular progresiva.

4.3. Adhesión al cambio de hábitos en relación a la exclusiva pérdida de peso.

La sensibilización que se aplicó para atender principalmente los hábitos nutricionales y para formalizar un nuevo estilo de vida alimenticia, fue uno de los aspectos más importantes del programa ya que en éste radicaba el cambio de expectativa en los sujetos en relación contraria a la urgente necesidad del decremento de peso.

En este punto es importante señalar el condicionamiento anterior que habían recibido los sujetos en relación a la exclusiva pérdida de peso en los programas en los cuales se habían involucrado anteriormente.

Al caso, la aplicación de reforzadores consecuentes a cualquier conducta centrada en el cambio de hábitos nutricionales más las intervenciones terapéuticas grupales e individuales informativas referentes al nuevo estilo de consumo alimenticio, llevó a los sujetos a una constante interacción de métodos y estrategias para aceptar involucrarse en el programa propuesto.

La tabla: 2. muestra las consecuentes diferencias del pretratamiento al postratamiento. En esta se ve una oscilación de 66.6% al 100% referente a la pérdida de peso y de 0% a un 33.3% en relación al interés que mantenían en la modificación de hábitos nutricionales, en lo correspondiente al pretratamiento. Con respecto al postratamiento, en el cual la oscilación del interés a la pérdida de peso fue del 7% al 20% y en lo concerniente a la modificación de hábitos nutricionales, fue del 80% al 93%.

En el pretratamiento la media porcentual a la atención en pérdida de peso fue de 78.3%, en relación a la modificación de hábitos, un 13.0%. Y en el postratamiento la media porcentual mostró un 13.6% en la atención a la pérdida de peso y 86.2% en la atención a modificar los hábitos nutricionales.

Tabla: 2. Diferencia en la atención a la pérdida de peso en relación a la modificación de hábitos nutricionales.

Pretratamiento.			Postratamiento.		
Sujetos	Perdida de peso	Modificación de hábitos	Sujetos	Perdida de peso	Modificación de hábitos
1	93.3%	6.6%	1	13.3%	86.6%
2	80.0%	20%	2	20.0%	80%
3	66.6%	33.3%	3	10.0%	90.0%
4	86.6%	13.3%	4	20.0%	80.0%
5	73.3%	26.6%	5	13.3%	86.6%
6	96.6%	3.3%	6	16.6%	83.3%
7	86.6%	13.3%	7	13.3%	86.6%
8	90%	10%	8	10%	90%
9	100%	0%	9	7%	93%
10	96.6%	3.3%	10	13.3%	86.6%

4.4. Reestructuración cognoscitiva.

En relación a esta área cognitiva, en el periodo de Pretratamiento se observaron una serie de variables relacionadas con los monólogos privados distorsionados, como lo son las interpretaciones populares respecto a las dietas, a las expectativas en el decremento de peso, a las causas de la obesidad y a las capacidades “fuerza de voluntad” para integrarse a un plan de control de peso y mantenimiento de éste, etc. La influencia familiar y de otros grupos sociales con quienes se convive.

También los tratamientos anteriores de control de obesidad en los cuales se involucraron, o el simple hecho de no desear analizar algunas veces las premisas racionales propuestas.

Es importante mencionar que dichos monólogos distorsionados se observaron como poderosos estímulos generadores de intensas conductas emotivas y conductuales.

El análisis de estas cogniciones ayudó a los sujetos a discriminar las creencias falsas que habían mantenido durante años, así como a identificar en éstas sus falsas atribuciones, sus formas dicotómicas y sus magnificencias erróneas.

El desplazamiento cognitivo se realizó en forma sumamente lenta y bajo el análisis y control tanto de la incidencia de los sujetos, como de la aplicación del cuestionario estructurado correspondiente; por ejemplo, el subir a la balanza y comenzar la generación de diálogos catastróficos, dicotómicos y tautológicos con algunos de sus compañeros obesos respecto a las expectativas de peso perdido.

La tabla 3. Muestra el porcentaje obtenido respecto a los monólogos privados sugeridos en el cuestionario, tanto en el Pretratamiento como en el postratamiento observándose en ésta que antes de la intervención el grupo mantenía una media porcentual en cogniciones erróneas referentes a la obesidad de 70.87%, referente a objetivos 76.35%, a las capacidades 69.2%, a las excusas 63.95%, a los pensamientos sobre comida 59.13% y a kilogramos perdidos 66.75%.

Posterior a la intervención estas mismas categorías mostraron una media porcentual en obesidad del 21.25%, en objetivos 24.37%, en capacidades 13.25%, en excusas 6.87%, en pensamientos sobre comida 8.75% y en kilogramos perdidos 7.5%. El rango diferencial porcentual es de: obesidad 49.62%, en objetivos 51.98%, en capacidades 55.95%, en excusas 57.08% en pensamientos sobre comida 50.38% Y en kilogramos perdidos 59.25%.

Así podemos observar una oscilación que presenta la tendencia más alta en los objetivos que los sujetos mantenían respecto al decremento de peso tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, sin embargo se observa que respecto a la tendencia más baja, en el Pretratamiento se encuentra la conducta de pensamientos sobre comida y en el postratamiento la conducta de excusas para bajar de peso.

También es importante reiterar que posterior a la reestructuración cognitiva, los sujetos se mostraban más tolerantes a la frustración que ejercía la báscula y más comprensibles ante cualquier posible retroceso en el proceso tanto de decremento de peso, como en la modificación de hábitos nutricionales y en la interacción social asertiva. Sus comentarios, (producto de sus cogniciones) enfatizaban más lo bien que se sentían en relación al programa a diferencia de la interacción con eventos indeseables.

Tabla: 3. Reestructuración cognitiva respecto a monólogos privados distorsionados.

		Pretratamiento									
		SUJETOS									
TOPICOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obesidad		75%	75%	69%	81%	75%	56%	81%	50%	71%	75%
Objetivos		82%	62%	75%	99%	81%	69%	87%	56%	88%	62%
Capacidades		87%	37%	73%	75%	62%	37%	56%	75%	94%	94%
Excusas		76%	7.5%	69%	56%	75%	56%	75%	87%	75%	62%
Pensamientos sobre comida		75%	62%	44%	87%	56%	81%	37%	56%	29%	62%
Kilogramos perdidos		93%	37%	38%	56%	93%	50%	62%	87%	87%	7.5%

Continúa tabla: 3.

		Postratamiento									
		SUJETOS									
TOPICOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Obesidad	12%	31%	25%	31%	6.2%	25%	19%	25%	25%	12%	
Objetivos	25%	25%	12%	37%	37%	31%	19%	12%	18%	25%	
Capacidades	12%	12%	12%	18%	12%	12%	12%	12%	19%	6%	
Excusas	0%	19%	6%	12%	6%	0%	19%	0%	0%	6%	
Pensamientos sobre comida	12%	19%	0%	6%	6%	18.7%	12%	6%	0%	6%	
Kilogramos perdidos	18%	6%	12%	12%	12%	0%	6%	6%	0%	0%	

4.5. Preparación de los alimentos.

La intervención al respecto fue literalmente fácil, ya que todos los sujetos al involucrarse en el programa mantenían la expectativa de un ajuste en su dieta.

No obstante es necesario mencionar que aunque los sujetos aprendieron a cocinar sin utilizar aceite, mantequilla, manteca, margarina, etc. No dejaron de consumir en su totalidad platillos carentes de éstos lípidos, observándose así que la variable directa a este consumo queda implícita en eventos en los cuales los sujetos no cocinaban sus propios alimentos.

La importancia de esta estrategia implicó evidentemente que los sujetos evitaron un aporte calórico significativo, al mismo tiempo que adquirieron habilidades en formas de cocción diferentes y condicionaron su gusto al consumo de platillos preparados sin freír.

Al respecto la tabla: 4. Presenta las variaciones porcentuales entre la forma de cocción con lípidos, (freír) y otras formas, (hervir, asar y vapor). De lo cual se obtuvo en la media porcentual del Pretratamiento un 52.6% en cocción de alimentos fritos, un 27% en cocción de alimentos hervidos, en alimentos asados un 14% y al vapor 5.5%. Así como

una media porcentual en el postratamiento de 0% en preparación de platillos fritos, en cocción de alimentos hervidos un 42%, asados un 34% y del 23.5% de cocción al vapor.

Tabla: 4. Preparación de los alimentos (forma de cocción).

Pretratamiento				
Sujetos	Fritos	Hervidos	Asados	Vapor
1	68%	20%	12%	0%
2	43.30%	30%	26.60%	0%
3	33.30%	20.80%	25%	20%
4	59.25%	29.62%	7.40%	0%
5	70.80%	29.16%	0%	0%
6	45.45%	42.42%	6.06%	6.06%
7	66.66%	22.22%	11.11%	0%
8	59.25%	18.57%	18.57%	3.70%
9	40%	32%	16%	12%
10	40%	26.66%	20%	13.33%

Postratamiento				
Sujetos	Fritos	Hervidos	Asados	Vapor
1	0%	44%	29%	27%
2	0%	57.14%	28.40%	14.14%
3	0%	33.57%	39.57%	26.88%
4	0%	56.33%	32.66%	10.93%
5	0%	55.28%	14.14%	30.57%
6	0%	43.66%	37%	23.10%
7	0%	16.30%	36.30%	40.66%
8	0%	33.96%	50.66%	15.30%
9	0%	38%	37.41%	24.28%
10	0%	42%	35%	23%

4.6. Modificación del consumo alimenticio.

La tabla: 5. Presenta la diferencia en la duración temporal de las tres sesiones alimenticias (desayuno, comida y cena), respecto al pretratamiento y postratamiento.

Esta estrategia que implicó incremento en el tiempo de consumo, promovió la adecuada discriminación de la sensación de saciedad al mismo tiempo que se estableció una conducta de inhibición recíproca de ansiedad en el consumo acelerado.

En esta tabla se observa un incremento significativo total de un 0%, al 23.3%. Y cualitativamente en la sesión alimenticia que implica un consumo “fuerte”, (comida del medio día). Donde la media porcentual incrementó de un 54.63%, a un 110.96%. Todo esto en relación a un tiempo establecido como ideal de 30 minutos.

En este punto es importante aclarar que en la mayoría de los casos, los intervalos del desayuno y cena presentaron una variación inferior, debido a que tanto los platillos como las raciones eran de bajo volumen y nivel calórico por ejemplo: fruta picada y leche, 120 grs. De carne magra y ensalada, etc.

Tabla: 5. Modificación del consumo alimenticio en tiempo.

Pretratamiento				Postratamiento			
Sujetos	Desayuno	Comida	Cena	Sujetos	Desayuno	Comida	Cena
1	16.7%	53.3%	33.3%	1	90%	133.3%	73.3%
2	43.3%	73.3%	40%	2	50%	123.3%	100%
3	20%	43.3%	23.3%	3	40%	96.6%	50%
4	36.6%	50%	13.3%	4	86.6%	113.3%	50%
5	26.6%	46.6%	50%	5	70%	90%	73.3%
6	36.6%	56.6%	26.6%	6	86.6%	103.3%	43.3%
7	16.6%	56.6%	33.3%	7	56.6%	93.3%	63.3%
8	30%	60%	20%	8	63.3%	133.3%	70%
9	26.6%	50%	33.3%	9	53.3%	126.6%	66.6%
10	0%	56.6%	36.6%	10	33.3%	96.6%	60%
Media	253%	5463.0%	3097.0%	Media	63%	111%	65%

Tiempo empleado en comidas	Pretratamiento		Postratamiento	
	< 30´	> 30´	< 30´	> 30´
	100%	0%		

La tabla: 6. Presenta el porcentaje diferencial por sesión alimenticia, entre el

pretratamiento y el postratamiento, en relación al número de bocados que realizaban los sujetos, con lo cual se observa una diferencia de la media porcentual del 24.7% en el desayuno, un 35% en la comida y de 22.4% en la cena.

Tabla: 6. Modificación del consumo alimenticio en bocados.

Pretratamiento				Postratamiento			
Sujetos	Desayuno	Comida	Cena	Sujetos	Desayuno	Comida	Cena
1	12%	31%	21%	1	60%	78%	42%
2	28%	47%	38%	2	31%	70%	68%
3	11%	26%	13%	3	29%	62%	31%
4	24%	31%	15%	4	58%	69%	31%
5	17%	30%	11%	5	47%	76%	42%
6	24%	38%	16%	6	58%	75%	38%
7	10%	36%	22%	7	36%	61%	40%
8	19%	41%	12%	8	39%	82%	43%
9	16%	36%	21%	9	29%	67%	40%
10	0%	40%	20%	10	21%	66%	38%
Media	16.1%	35.6%	18.9%	Media	40.8%	70.6%	41.3%

Así también; al igual que en el tiempo, en el número de bocados el mayor incremento se observó en la comida del “medio día” esto al parecer por la cantidad, y tipo de alimento.

En el caso del sujeto 10, se puede observar la carencia de consumo alimenticio en el desayuno, lo cual promovía la ingesta de golosinas en el área laboral o el consumo excesivo y rápido de las raciones de la comida del “medio día”.

Por otro lado la implantación de un incremento en el número de bocados se estableció en relación a:

- a) Ingestar trozos de alimento más pequeños que los habituales.
- b) Masticar el bocado hasta tritularlo y salivarlo adecuadamente.
- c) Tragar en su totalidad el bocado antes de ingestar el siguiente.

Como consecuencia cualitativa los sujetos discriminaron una mejor digestión, más facilidad al paso de bolo alimenticio por esófago, mayor facilidad al masticar y menor saturación de alimento en la boca.

La relación en el incremento del tiempo de consumo y de bocados llevó a los sujetos a establecer una discriminación en la sensación de saciedad no sólo en la respuesta visceral gástrica si no que también a nivel hormonal sanguíneo y oral ya que los sujetos refirieron desde la primer práctica sentirse saciados sin expansión gástrica y sin tener que consumir raciones abundantes como en ellos era costumbre.

4.7. Consumo calórico.

La tabla: 7. Muestra el valor de consumo calórico que los sujetos ingestaron por día, de lo cual se observa una diferencia que oscila de 2104.8 k. Calorías a 1856.4 k. Calorías en el pretratamiento, y una diferencia que oscila de 1937.2 k. Calorías a 1756.3 k. Calorías en el postratamiento.

Con una diferencia de la media en el pretratamiento de 1952.2 k. Calorías y de 1811.6 k. Calorías en el postratamiento mostrando una diferencia de la media entre el pretratamiento y postratamiento de 140.5 k. Calorías.

Tabla: 7. Consumo calórico.

Sujetos	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia calórica
1	2104.8 k. cal.	1867.8 k. cal.	236.9 k. cal.
2	1860.3 k. cal.	1778.9 k. cal.	81.4 k. cal.
3	1905.5 k. cal.	1780.0 k. cal.	124.6 k. cal.
4	1977.9 k. cal.	1846.7 k. cal.	131.8 k. cal.
5	1938.3 k. cal.	1824.1 k. cal.	105.1 k. cal.
6	1929.3 k. cal.	1756.3 k. cal.	173.0 k. cal.
7	1996.0 k. cal.	1801.5 k. cal.	194.5 k. cal.
8	2068.4 k. cal.	1937.2 k. cal.	131.1 k. cal.
9	1856.4 k. cal.	1756.3 k. cal.	100.1 k. cal.
10	1885.2 k. cal.	1767.6 k. cal.	117.6 k. cal.

4.8. Alimentos de alto valor calórico y fácil acceso.

VARIABLES tales como el refresco de la pareja, las golosinas de los hijos, las galletas en la alacena para los invitados, etc. Fueron el factor más exteriorizado por los sujetos

como un obstáculo para poder evitar al 100% alimentos de alto valor calórico en casa.

La tabla: 8. Muestra un considerable decremento porcentual de 507.12% de alimentos con alto valor calórico en la alacena, un 416.71% de estos alimentos en el refrigerador y de 40% en el área laboral, correspondientes al pretratamiento y postratamiento.

Es importante el caso del sujeto 10, con el cual se asocia la característica de un decremento del 0% en la alacena y 0% en el refrigerador; con el hecho de ser madre soltera y vivir solamente con su hija, ya que refería no enfrentarse a las demandas alimenticias de una pareja en el hogar como lo hacían las otras participantes.

Así también respecto a los sujetos 8, 9 y 10, se observó que por su desarrollo social laboral fueron quienes tuvieron que ajustar o aplicar el auto-control en un contexto fuera del hogar.

En este aspecto, para lograr un máximo de auto-control se presentó como una prioridad la expansión terapéutica con algunas familias, en especial con los cónyuges y otros familiares cercanos como hijos, hermanos, etc.

Tabla: 8. Alimentos de alto valor calórico y fácil acceso

Pretratamiento			
Sujetos	Alacena	Refrigerador	Área laboral
1	68.57%	52.77%	0%
2	57.77%	56.41%	0%
3	75%	56.25%	0%
4	68.42%	53.12%	0%
5	82.85%	60.60%	0%
6	58.60%	42.30%	0%
7	67.74%	50%	0%
8	62.85%	64.51%	40%
9	60%	54.05%	60%
10	42.86%	50%	80%

Postratamiento

Sujetos	Alacena	Refrigerador	Área laboral
1	11.42%	5.55%	0%
2	20%	33.33%	0%
3	22.22%	6.25%	0%
4	21.05%	9.37%	0%
5	17.14%	18.18%	0%
6	6.45%	15.38%	0%
7	9.67%	6.66%	0%
8	14.28%	9.67%	20%
9	13.33%	18.92%	10%
10	0%	0%	30%

4.9. Alimentación no planeada ante estímulos comerciales.

En este caso tanto en el pretratamiento, como en los inicios del tratamiento se observó que los sujetos mantenían una conducta de consumo comercial no planeada; es decir, algunas veces salían a la calle y comían (ya sea instigados por el olor de ciertos alimentos, la presentación de estos, la invitación de comerciantes, por el tipo de anuncios o por mera costumbre). Así entonces, para debilitar estas variables se promovió salir a la calle sin hambre, para lo cual los sujetos tenían que considerar los horarios en que habían comido, algunas veces consumían una ensalada antes de salir a la calle y otras tantas veces tenían que llevar un “maletín” (manzanas, peras, etc.), todo esto aunado a la reflexión de no debemos comer si no tenemos hambre.

Respecto a los comerciales televisivos, radiofónicos o de revistas, los sujetos realizaron escalas de intensidad reactiva para posteriormente recibir desensibilización según el caso, la tabla: 9. Muestra una diferencia en la media del pretratamiento de 81.2%, respecto a la media establecida en el postratamiento de 18.7% lo cual muestra una diferencia significativa del 62.5%. Así también se observan oscilaciones de 92.3% a 66.66% en el pretratamiento y de 33.3% al 7.6% en el postratamiento.

Otras variables implicadas al respecto fueron, el número de veces que los sujetos salían a la calle o la programación que veían o escuchaban, así como las ofertas comerciales.

Tabla: 9. Alimentación no planeada ante estímulos de presentación comercial.

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pretratamiento	86%	81%	80%	92%	86%	67%	86%	67%	89%	80%
Postratamiento	14%	19%	20%	8%	14%	33%	14%	33%	11%	20%
Diferencia porcentual.	71%	62%	60%	85%	71%	33%	71%	33%	78%	60%

4.10. Adhesión al plan nutricional propuesto.

La tabla: 10. Presenta los cambios producidos en relación a la adhesión al plan nutricional propuesto, los valores porcentuales diferenciales en el inicio y final del tratamiento oscilan de 8.3% a 41.6%, esto debido a las diferencias Inter.-sujeto; es decir, las variables situacionales propias de cada sujeto como: la facilidad de preparar sus platillos, la interacción familiar, la facilidad de acceso a los alimentos y otras más fueron el factor base de dicha oscilación.

Respecto al incremento de la media porcentual total de la muestra, (24.1%) se observa que en todos los casos los sujetos mostraron una adecuación y adhesión al plan nutricional, si bien no en su totalidad si en forma considerable (excepto los sujetos 3 y 5, los cuales cambiaron al 100%).

Este cambio se presentó a consecuencia de proponer flexibilidad en dichos planes y por la intervención constante en la modificación de su conducta cognitiva y de auto-control.

Un elemento importante fue el establecimiento de una conducta analítica implantada en los sujetos, en función de cuantificar y cualificar el consumo energético tanto de carbohidratos, como de proteínas y lípidos. Llegando a la conclusión de un control absoluto en el consumo de carbohidratos simples y de lípidos. También cabe mencionar que para tal propósito los participantes, aprendieron a desarrollar la ecuación correspondiente para saber su gasto de energía por día, esto en función de su complejidad y actividad física rutinaria.

Tabla: 10. Adhesión al plan nutricional propuesto.

Sujetos	Iniciando tratamiento	Finalizando tratamiento	Porcentaje de diferencia
1	87.50%	95.83%	8.33%
2	50%	79.17%	29.17%
3	83.34%	100%	16.66%
4	60.41%	87.50%	27.09%
5	58.33%	100%	41.67%
6	75%	81.25%	6.25%
7	54.16%	89.58%	35.42%
8	58.33%	75%	16.67%
9	62.50%	91.67%	35.17%
10	58.33%	83.34%	25.01%

4.11. Inserción de conductas asertivas.

Las gráficas: 1, 2, 3 y 4, muestran las conductas asertivas en diferentes eventos.

Los descensos mostrados del pretratamiento al postratamiento, verifican el éxito obtenido en la aplicación del programa de asertividad, ya que la diferencia porcentual del pretratamiento al postratamiento tanto en descenso de la conducta no asertiva, como en incremento de asertividad fue de: 42.57% en el rechazo de alimentos de alto valor calórico de 34.09% en la solicitud de menús hipocalóricos, de 65.91% al responder a los cumplidos y de 30.88% al responder a las críticas.

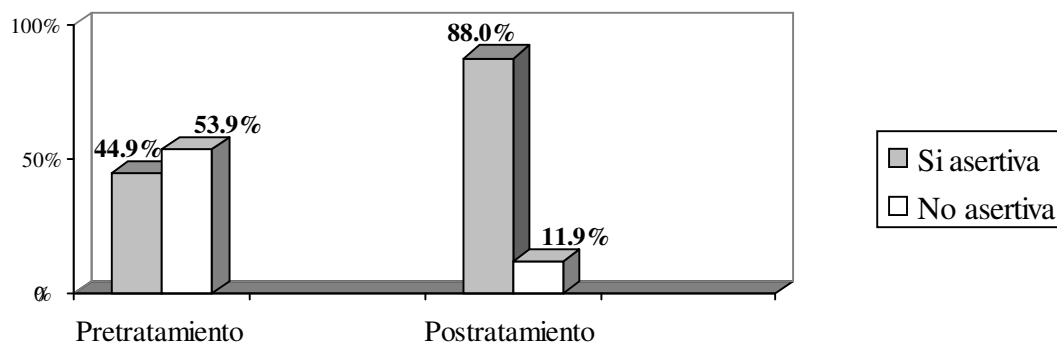


Figura: 1. Rechazo de alimentos de alto valor calórico.

Es importante enfatizar que algunos sujetos ya mantenían cierto desarrollo de estas habilidades aunque esto dependía del tipo de conducta asertiva a aplicar.

Esta serie de gráficas muestra las diferencias interactivas en las habilidades asertivas según el tipo de conducta a desarrollar o a aplicar.

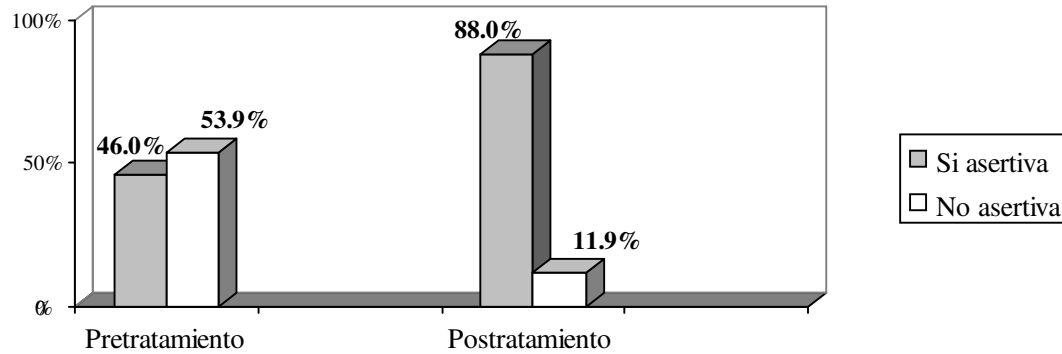


Figura: 2. Solicitud de menús hipocalóricos.

Algunas de las variables funcionales que limitaban el desarrollo de las conductas asertivas eran: el estatus familiar o social de los instigadores; por ejemplo, la suegra, los padres, el esposo. Observándose así que estos instigadores eran poderosos estímulos reactivos de respuestas de ansiedad, según la historia de reforzamiento de los sujetos muestra.

Otra variable era la carencia de estructuras en su repertorio de lenguaje, para proponer o defender sus derechos.

También otro aspecto era el asistir con frecuencia a eventos sociales en los cuales se exponían más a los instigadores.

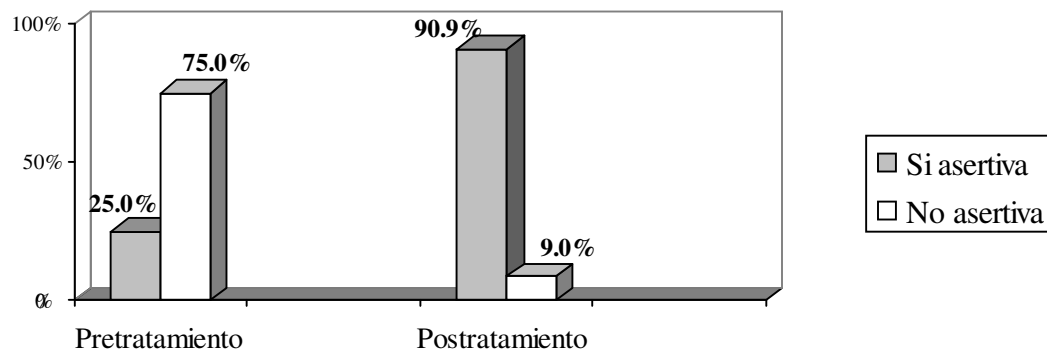


Figura: 3. Responder a cumplidos.

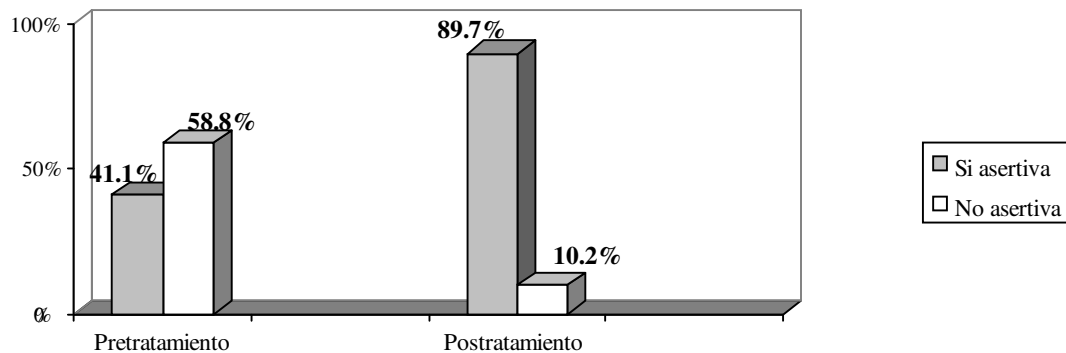


Figura: 4. Responder a las críticas.

4.12. Relajación muscular progresiva.

En lo correspondiente a la relajación muscular progresiva, los sujetos aprendieron el método de relajación, manteniendo una práctica constante de cinco veces por semana. Actividad que se realizaba al término de las sesiones de acondicionamiento físico y tenía una duración de 20 minutos.

Cabe mencionar que todos los sujetos referían mantener una sensación corporal y emocional relajada, con lo cual al final de las sesiones ellas mostraban una respiración uniforme y sin signos de tensión en la frente, boca, ojos o en la voz.

Al caso y como complemento cada sujeto recibía una vez por semana relajación muscular en el área de extremidad superior con equipo de vibración (hombros, cuello y cara) durante un lapso de 30 minutos.

Por último se implementó una serie de ejercicios rápidos (2 minutos), enfatizando la importancia de la respiración, con el fin de que se aplicaran en situaciones que fueran generadoras de ansiedad en los sujetos.

4.13. Alteración de algunas conductas de ansiedad y sobredependencia.

El inventario de Willoughby y la escala S.S. de Bernreuter que se aplicaron para detectar áreas comunes de ansiedad reactiva, problemas de baja autosuficiencia o sobredependencia y dificultades en la autoaserción.

Lo cual mostró una tendencia común en los sujetos (muestra), respecto a la sensibilidad emocional en general, con esto se logró dar mayor apoyo a las perturbaciones de determinadas situaciones, con lo cual estos alcanzaron mayor seguridad en sí.

Cabe aclarar que por medio del inventario de auto-suficiencia de Bernreuter se logró observar que el contorno familiar, la falta de asertividad y la baja auto-estima, hacía difícil el seguimiento de instrucciones de algunos sujetos.

Así también se observaron y modificaron sus auto-verbalizaciones internas, las cuales habían llevado a estos a mantener una serie de coverancias fuera de esquemas adaptativos socialmente.

Las diferencias evaluativas del pretratamiento al postratamiento, mostraron un descenso en su reactividad ante estímulos generadores de ansiedad interpersonal.

4.14. Modificación porcentual del sobrepeso de la muestra.

En la presente tabla: 11. Se puede observar la modificación del sobrepeso de la muestra y el nivel de grasa corporal, según medición por impedancia bioeléctrica. Observándose oscilaciones de descenso en el sobrepeso del 12.9%, al 32.2%. Y de 27.9%; es decir, 17.4 Kg. De grasa corporal a un 40.9%; es decir 31.0 Kg. De grasa corporal.

Tabla: 11. Modificación del peso de la muestra.

Sujetos	Peso inicial	Peso final	Peso deseado	% Sobrepeso inicial	% Sobrepeso final	% Descenso sobrepeso
1	76.4 Kg.	64 Kg.	60 Kg.	31.9%	10.5%	21.4%
2	69.2 Kg.	62 Kg.	60 Kg.	24.2%	11.3%	12.9%
3	73.2 Kg.	62.1 Kg.	60 Kg.	27.5%	8.2%	19.3%
4	79.6 Kg.	68 Kg.	65 Kg.	37.4%	17.4%	20.0%
5	76.1 Kg.	66 Kg.	58 Kg.	60.9%	39.5%	21.4%
6	75.3 Kg.	60 Kg.	60 Kg.	37.9%	9.9%	28.0%
7	81.2 Kg.	64 Kg.	60 Kg.	51.8%	19.7%	32.2%
8	87.6 Kg.	76 Kg.	65 Kg.	70.9%	48.3%	22.6%
9	68.5 Kg.	60 Kg.	60 Kg.	36.6%	19.7%	17.0%
10	71.4 Kg.	61 Kg.	60 Kg.	23.2%	5.3%	18.0%

Tabla: 12. Medición por impedancia bioeléctrica

Sujetos	% Grasa corporal	Kg. Grasa corporal
1	29.10%	17.7 Kg.
2	29.0%	18.6 Kg.
3	28.80%	18.0 Kg.
4	29.7%	18.9 Kg.
5	30.1%	19.6 Kg.
6	29.0%	18.4 Kg.
7	32.6%	20.1 Kg.
8	40.9%	31.0 Kg.
9	37.5%	21.6 Kg.
10	27.9%	17.4 Kg.

4.15. Resultados de seguimiento.

Se realizó una fase de seguimiento a los seis meses después de finalizar el tratamiento, en éste se recopiló información de datos conductuales reportados por los sujetos los cuales mostraron diferencias poco significativas al respecto.

En relación al peso corporal la tabla: 13. Presenta las diferencias que tuvo cada sujeto.

Tabla: 13. Medida del peso en un seguimiento posterior a los 6 meses.

Sujetos	Peso al finalizar el programa	Peso a los seis meses	Cambios
1	64		Ausencia
2	62	62	Mantenimiento
3	62.1	61.3	Decremento
4	68		Ausencia
5	66	64	Decremento
6	60	60	Mantuvo
7	64	64	Mantuvo
8	76	76	Mantuvo
9	60	61	Incremento
10	61	59	Decremento

Como se puede observar tanto en el caso del sujeto 1, como del sujeto 4 no se pudo realizar el seguimiento ya que ambos no se encontraban radicando en la localidad.

Respecto al sujeto 9 se observó un incremento del 4.95%; es decir, realizó un exceso en el consumo calórico de 7725 K. calorías en los seis meses.

En lo concerniente a los sujetos 2, 6, 7, y 8 como se puede observar lograron el mantenimiento al parecer no sólo de peso corporal si no que también en sus hábitos nutricionales. Así también en lo que respecta a los sujetos 3, 5 y 10. Se

Puede observar que continuaron un decremento lento y gradual.

La importancia de este aspecto está en relación a que la muestra mantenía una historia de reforzamiento de fracaso, ya que todas ellas habían estado involucradas en diferentes tratamientos para el control de la obesidad atendiendo exclusivamente la pérdida de grasa corporal.

En resumen, el presente capítulo muestra que la intervención psicológica tanto a nivel cognoscitivo, como conductual y social que se aplicó a los sujetos, logró alterar los hábitos inadecuados que mantenían y promovían en ellos la obesidad.

Ahora bien, el siguiente capítulo trata los aspectos relacionales entre la formación profesional recibida y la actividad laboral que se ha venido practicando en lo relacionado a la intervención psicológica para la modificación de hábitos inadecuados que promueven desórdenes de la alimentación, en este caso concretamente los relacionados

con la promoción y mantenimiento de la obesidad.

V

FORMACIÓN PROFESIONAL Y ACTIVIDAD LABORAL

Durante el proceso de formación profesional se adquieren conocimientos para detectar y alterar fenómenos psicológicos, en lo que concierne a excesos y déficits comportamentales, así como para reorganizar los contextos en que se desarrollan los individuos, los cuales pueden ser directa o potencialmente elementos que afecten su condición biológica.

Así, la práctica profesional en lo relacionado a la modificación de la conducta se basa en aplicar las herramientas de observación, de análisis y las técnicas de modificación de conducta.

Es por esto que para formalizar un programa de modificación hábitos alimentarios insanos o inadecuados en obesos se consideran los siguientes puntos:

- 1) Contextualizar el problema como un fenómeno psicológico.
- 2) Considerar el diseño, recopilación y aplicación de los instrumentos para la detección de relaciones funcionales.
- 3) La aplicación de técnicas terapéuticas para la eliminación e implantación de hábitos.

5.1. Contextualización del problema como un fenómeno psicológico.

En la preparación académica el alumno adquiere habilidades para analizar diferencialmente los elementos conductuales que llevan al individuo a mantener hábitos específicos ya sean benéficos o perjudiciales para su biología o su sistema cognitivo.

Así entonces, esta formación se aplica en la práctica realizando una observación operacional para descartar o adjudicar al campo de intervención psicológica, el problema en cuestión.

Bajo esta premisa se promueve la atención cognitivo conductual, en un programa de intervención múltiple para habilitar hábitos alimentarios que convengan a las personas con problemas de obesidad.

Al caso, cabe mencionar que actualmente existe un gran número de propuestas para el tratamiento de la obesidad y que la mayoría de éstas, no consideran los hábitos

alimenticios de los obesos como un factor determinante en el mantenimiento del sobrepeso, por lo cual este tipo de intervención mantiene resultados favorables temporalmente, al mismo tiempo que involucra en el paciente una actitud pasiva respecto a la manipulación de variables conductuales que promueven la obesidad.

5.2. Diseño, recopilación y aplicación de instrumentos para la detección de relaciones funcionales.

Una constante en el proceso de formación es tanto la elaboración de autorregistros y cuestionarios de entrevista, como la utilización de instrumentos de evaluación como escalas y pruebas psicológicas estandarizadas, para realizar una adecuada detección de las variables involucradas en las conductas a determinar.

Gracias a que se mantiene una constante supervisión en el adecuado diseño y utilización de diferentes instrumentos de evaluación, es que en la práctica profesional se logran establecer criterios objetivos de análisis para proponer la terapéutica a seguir.

Lo anterior ha permitido mantener una constante observación secuencial y nuclear de todas las variables que influyen en el cambio de hábitos alimenticios, durante todo el proceso de intervención. Permitiendo la predicción de factores asociados a las demandas de los pacientes y a los resultados obtenidos.

5.3. Aplicación de las técnicas terapéuticas.

Este aspecto como los anteriores, es igualmente considerado como punto prioritario por la institución educativa, ya que se provee al estudiante de un gran arsenal de procedimientos y herramientas para promover la modificación de la conducta en un mínimo de tiempo.

También se orienta al alumno con todos los elementos necesarios para que durante la práctica profesional, genere alternativas de aplicación de las técnicas de modificación conductual.

Cabe mencionar la importancia, la necesidad y los beneficios del manejo de contingencias. Ya que en base a esta práctica de análisis y alteración operacional el practicante mantiene una constante supervisión y puede generar hipótesis realistas y objetivas respecto a las causales en la alteración de la salud, así como promover eventos

que mantengan esta salud sin tener que echar mano de conceptos mentalistas

Definitivamente todos los elementos académicos que ofrece la carrera profesional permiten que la práctica laboral se ofrezca con calidad, decoro y con tecnología de vanguardia. Esto permite que el egresado se mantenga en un mercado competitivo, con buenas expectativas de desarrollo laboral.

Sin embargo, algunos aspectos que se observan en el proceso de la práctica laboral no se contemplan dentro de la formación académica, por lo cual en el siguiente capítulo se presentan algunas propuestas para completar u optimizar el desarrollo integral del alumno en esta área de trabajo.

VI

CONTENIDOS PARA COMPLETAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y PARA MEJORAR LOS RESULTADOS

En definitiva, las herramientas adquiridas durante la formación profesional han sido suficientes en lo que se refiere al campo de intervención psicológica, en lo concerniente a la supresión e implantación de conductas que beneficien a los pacientes con problemas de obesidad. Sin embargo, dado que parte de la actividad que se desarrolla es la de modificar los hábitos alimentarios en los participantes, (por lo cual constantemente se hace alusión a los alimentos y sus características energéticas) se ha incursionado en conceptos propios del campo de la nutriología, en especial en aspectos tanto de calorimetría, como del aporte nutricional de los micronutrientes y macronutrientes. Esto con el fin de atender las dudas básicas que presentan los participantes en el programa, ya que comúnmente durante las sesiones de intervención psicológica en la modificación de conducta; estando ausente el médico, los pacientes solicitan se les aclaren dudas referentes al contenido calórico y nutrimental de algunos alimentos.

También se ha incursionado en conocimientos de fisiología, en particular en los relacionados específicamente con el hambre y la saciedad.

Esto ha servido como elemento didáctico para que los participantes comprendan y reflexionen acerca de su velocidad de consumo alimentario, los intervalos de ayuno y su relación con los diferentes elementos biológicos comprometidos en la solicitud de aporte calórico, (el cual en algunas ocasiones se presenta en forma apremiante y en otras solamente en forma apetitiva).

Es importante mencionar que tanto el manejo de conocimientos básicos de nutrición como los referentes a la fisiología del hambre y saciedad, permiten una mejor relación con los pacientes, ya que ante el esclarecimiento de sus dudas relacionadas a estos tópicos, ellos muestran mayor aceptación de las propuestas, más confianza en las indicaciones que se les sugieren y en algunos casos cierta tranquilidad ante falsas ideas de una potencial descompensación nutricional. Evidentemente, esto promueve mejor adhesión al programa en su totalidad.

Por otro lado, ha sido de gran ayuda comprender aspectos biológicos básicos relacionados con la obesidad, como lo son los tipos de obesidad según el porcentaje de exceso de grasa corporal, las enfermedades asociadas a este padecimiento, la relación del porcentual de grasa con el morfotipo y el incremento de grasa corporal según el aporte calórico, la actividad física y el metabolismo. Ya que esto permite una comprensión más completa de esta problemática.

Ahora bien, es importante nuevamente aclarar que en lo concerniente a la formación profesional recibida no se ha presentado ninguna limitante ya que en el plan de estudios de la facultad se contemplan tanto los aspectos teóricos y prácticos desde una concepción amplia, plural y profunda, así como la solidez científica ante las demandas actuales de nuestra sociedad.

Sin embargo, podría ser de gran utilidad que en el plan curricular se implementara la materia de nutrición ya que esto permitiría que el practicante comprendiera cómo afectan los excesos o déficit de nutrientes, al comportamiento y a los estados de ánimo.

Al caso, Mahoney (1988) dice que desafortunadamente en psicología los programas convencionales para el entrenamiento profesional, rara vez ofrecen cursos de nutrición y conducta, exponiendo así la necesidad de que el terapeuta de la conducta reciba en su formación profesional información nutricional. Para esto argumenta que el déficit o exceso en ciertos nutrientes se relacionan con estados emocionales; por ejemplo, explica que en una serie de estudios experimentales, han degenerado las envolturas de mielinas y esto ha conducido a alteraciones afectivas como la depresión. También este autor ejemplifica el hecho de que algunas dietas populares para la reducción de peso, (que se aplican por un gran número de médicos) en las cuales se eliminan los carbohidratos, se promueve la ketosis lo que consecuentemente genera una condición de acidosis en el paciente, dando como resultado final la depresión en el funcionamiento del sistema nervioso central. En consecuencia, conductualmente esto implica depresión, ansiedad y confusión.

Otro aspecto provechoso sería, que el estudiante recibiera información en lo referente a los aspectos legales y delimitaciones que configuran su práctica profesional.

Por ejemplo para lo que concierne en este caso a la participación profesional para el control de la obesidad, la Secretaría de Salud promovió la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, publicada en el Diario Oficial de la

Federación el 7 de diciembre de 1998. Define que las personas obesas deberán ser atendidas en forma integral por un grupo multidisciplinario, compuesto por el servicio médico, el servicio nutricional y el servicio psicológico. Para lo cual en el caso de éste último; se aclara que, su participación comprende: 1) el manejo para la modificación de hábitos alimentarios, 2) el apoyo psicológico y 3) la referencia a psiquiatría, cuando el caso lo requiera.

Por último, sería de gran utilidad que durante su preparación, el estudiante llevara acabo prácticas en grupos multidisciplinarios, con el fin de que comprendiera y se familiarizara con las formas en que otras áreas científicas se involucran entre sí para atender problemas, con esto también el estudiante comprendería en forma práctica los elementos que configuran su intervención, delimitando así su participación en lo que se refiere a la dimensión psicológica.

Para finalizar; en el siguiente capítulo se concluye y reflexiona, exponiendo parte de las experiencias gratificantes que conllevó la intervención psicológica para el control permanente de la obesidad.

VII CONCLUSIÓN

Los resultados del presente programa, reflejan la potencia que conlleva la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de desordenes alimenticios, como lo es la obesidad. Ya que este enfoque psicológico contempla diversas variables en diferentes dimensiones espacio-temporales.

Al respecto, se debe agregar que la atención que recibieron los sujetos (muestra), varió de sujeto a sujeto; es decir, esta intervención se aplicó en diferentes fechas y horarios, variando también la aplicación ordinal de algunas estrategias según la historia de reforzamiento y las diferencias ínter sujeto. Estas diferencias también se correlacionaron con las diferencias porcentuales según el tópico del programa de intervención en cada sujeto.

Otra variable relacional a estas diferencias ínter sujeto, se observó en el tiempo de aplicación en cada tópico del programa ya que mientras la integración de asimilación o aprendizaje de algunas estrategias eran “fáciles” para algunos sujetos, en otros se mostraban grandes dificultades para poderlas establecer en su repertorio conductual.

Otro elemento importante fue el cambio entre la expectativa escéptica que mantenían al inicio del tratamiento y el convencimiento incondicional que mostraron al final de la intervención. Ya que los sujetos hacían énfasis en sus hábitos nutricionales más que la pérdida de peso, adjudicando cualquier alteración en el decremento de su peso a ciertas interacciones sociales o por falta de atención de ellos.

El aspecto más importante al caso, es el cambio de vida que generó el modificar el estilo de alimentación de los sujetos ya que el reporte que dieron estos al final del tratamiento y en el seguimiento, mostró gran mejoría en su auto-aceptación personal corporal, en su interacción social, en ciertas habilidades motrices y en sus expectativas de desarrollo personal en general.

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

REFERENCIAS

- Anguera, M. (1991). La observación: adecuación de su utilización. En: M. T. Anguera (Ed.), *Manual de prácticas de observación*. (11-18). México, D.F.: Trillas.
- Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (II): Modificación de las conductas de salud. En: I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez (Eds.), *Manual de psicología de la salud*. (328-339). España, Madrid: Pirámide.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la salud. En: L. Oblitas y E. Becoña (Comps.), *Psicología de la salud*. (53-65). México, D.F.: Plaza Valdes.
- Arnold, P. y Leonard, K. (1991). Aplicaciones a la salud. En: P. Arnold, y K. Leonard (Eds.), *La psicología aplicada moderna*. (107-110). España, Madrid: Pirámide.
- Ballester, R. (1997). Introducción a la Psicología de la Salud. España.: Promolibro.
- Baron, R. (1993). Nutrición. En: Krupp (Ed.), *Diagnóstico clínico y tratamiento*. (209-271). México, D.F.: Manual moderno.
- Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L.Oblitas y E. Becoña (Comps.), *Psicología de la salud*. (11-52). México, D.F.: Plaza Valdes.
- Beneit, P. (1994) Conductas de salud. En: J. Latorre y P. Beneit (Eds.), *Psicología de la Salud*. (27-39). Argentina.: Lumen.
- Bouchard, M. A. Ladoucer, R. y Granger, L. (1981). Análisis conductual. En: Marc-Andrè, B. Robert, L. y Luc, G. (comps), *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. (39-64). Madrid.: Debate.

- Buela, G., Sierra, J. C y Carrobles, J. A. (1995). *Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual*. Revista Latinoamericana de Psicología, (27), 25-40.
- Cautela, J. (1983). Condicionamiento encubierto: Supuestos básicos y Procedimientos. En: D. Upper y J. Cautela (Eds.), *Condicionamiento encubierto*. (11-23). España, Desclee de Brouwer, S.A.
- Corona, G. Antonio. (1998). *El gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética*. Revista de Psicología y Ciencia Social, (2), 3-14.
- Cote, R. y Plante, J. (1981). Condicionamiento operante. En: Marc-Andrè, B. Robert, L. y Luc, G. (Comps), *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. (131-146). Madrid.: Debate.
- Delgado, F. (1983). Condicionamientos clásico y operante: estructuras fundamentales de la terapia de conducta. En: Franzel, D. (Ed.), *La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas*. (49-58). México, D.F.: Trillas.
- DiMatteo, M. (1991) Cooperating with health recommendations: what determines health – related behavior?. En. M. DiMatteo (Ed.), *The Psychology of health, illness, and medical care*. (83-117). California.: Brooks Cole.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia racional emotiva. México, D.F: Pax.
- Fernández, M. y Vera, M. (1998). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En: J. Buceta y A. Bueno (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. (281-305). España, Madrid: Pirámide.
- Gómez, P. (1998). *Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?* Revista de Psicología y Ciencia Social, (2), 27-33.

- Guyton, A. y Hall, J. (1998). Equilibrios dietéticos; regulación de alimentación; obesidad e inanición; vitaminas y minerales. En: A. Guyton, y J. Hall (Eds.), *Tratado de fisiología médica*. (969-990). México, D.F.: Interamericana Mc. Graw-Hill.
- Landa, P. (1999). *El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud*. Revista de psicología y Ciencia Social. (3), 3-14
- López, J. (1997). Nutrición inadecuada. En: J. López (Ed.), *Enseñanza dinámica sobre nutrición y salud en la escuela y en el hogar*. (206-224). México, D.F.: Trillas.
- Mahoney, M. (1988). Las terapias de condicionamiento encubierto: Contracondicionamiento, detección del pensamiento y control "Coverante" En: M. Mahoney (Ed.), *Cognición y modificación de conducta*. (88-97). México, D.F.: Trillas.
- Mahoney, M. y Mahoney, K. (1995). Control permanente de peso. México, D.F.: Trillas.
- Mc. Laren. (1992). Obesidad. En: Laren, Mc. (Ed.), *La nutrición y sus trastornos*. (307-332). México, D.F.: Manual moderno.
- Morales, F. (1999) La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales. En: F. Morales (Ed.), *Introducción a la psicología de la salud*. (133-191). México.: Paidós.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En: A. Nezu, y C. Nezu (Eds.), *Manual de técnicas de terapia y Modificación de conducta*. (527-553). Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Raich, E. y Rosa, M. (1998). *Definición, Evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal*. Revista de Psicología y Ciencia Social, (2), 15-26.

- Rimm, C. y Masters, C. (1990). Métodos operantes en el auto-control y control aversivo. En: C. Rimm y C. Masters (Eds), *Terapia de la conducta*. (302-324, 385-438). México, D.F.: Trillas.
- Roa, A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología clínica y de salud*. (502-569). España.: CEPE.
- Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989) Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En: J. Urbina (Ed.), *El psicólogo: formación y ejercicio*. (473-481). México, D.F.: UNAM.
- Saldaña, C. (1991). Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En: G. Buela Casal, y V. E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. (99-118). España, Madrid: Siglo XXI.
- Saldaña, C. (1994). Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En: Fernández-Ballesteros, R. (comps), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. España, Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. y Garcia, E. (1997). Tratamiento multicomponente de la obesidad crónica: terapia de la conducta, dieta y actividad física. En: D. Maciá y F. Mendez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. (208-226). Madrid España. Ed. Pirámide.
- Salinas, J. (1995) “*El psicólogo en la atención a la salud*”. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Mex., México.
- Secretaría de salud. (1998). *Norma Oficial Mexicana Nom-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad*. Pagina consultada: www.anestesia.com.mx/promenal/nom-obes.html

Sheridan, C y Radmacher, S. (1992). Health Psychology, the biomedical model. USA.: Wiley.

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

Stuart, R. (1981). Compórtese delgado consérvese delgado. México, D.F.: Diana.

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

Wolpe, J. (1990). Terapia aversiva y algunos síndromes especiales. En: J. Wolpe (Ed.), *Práctica de la terapia de la conducta*. (247-261, 278-279, 319-330). México, D.F.: Trillas.

ANEXO 1.
FICHA DE IDENTIDAD.

ANEXO 2.
CUESTIONARIO DE SOBREPESO
(ANÁLISIS FUNCIONAL).
En: Fernández y Vera (1998).

1. Antecedentes familiares de obesidad:

- ¿Hay alguna persona obesa en tu familia?.

SI NO

- ¿Quién?.

_____.

_____.

- ¿Qué hace para solucionarlo?.

_____.

_____.

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

SI NO

- ¿Quién?.

_____.

_____.

- ¿Qué ha hecho para solucionarlo?.

_____.

_____.

2. Evolución histórica del peso e intentos de reducirlo:

2.1. Gravedad del problema:

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

_____.

_____.

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

_____.

2.2. Comienzo y evolución del sobrepeso:

- ¿Cuándo comenzó el problema de sobrepeso?.

_____.

_____.

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

- Si has tenido oscilaciones:

¿De cuantos kilos han sido?.

_____ Kg.

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

¿A qué crees que son debidas estas oscilaciones?.

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

2.3. *Tratamientos anteriores:*

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

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

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

SI NO

- ¿Cuál?.

- ¿Qué resultados te han dado esos tratamientos?.

- ¿Cuántos kilos perdiste con ellos?.

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

- ¿Por qué crees que este programa va a ser distinto?.

- ¿Qué es lo que te atrae de él?.

3. Especificación del problema:

3.1. Tipo y cantidad de comida y bebida:

- Aproximadamente, ¿cuántas calorías vienes consumiendo al día?.

_____Kcal.

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

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

– () Mantequilla y aceites.

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

– () Huevos.

– () Pescados.

– () Pan.

– () Dulces.

– () Legumbres.

– () Verduras.

– () Frutas.

- () Refrescos.
- () Bebidas alcohólicas.
- De 1 a 5 señala la forma en que sueles comer los alimentos:
 - () Fritos.
 - () Cocidos.
 - () A la plancha.
 - () Al horno.
 - () Al vapor.

- ¿Cuales son tus platos y alimentos preferidos?.

_____.

_____.

- ¿Con qué frecuencia los consumes?.

_____.

_____.

- ¿Cuáles son tus bebidas predilectas?.

_____.

_____.

- ¿Cuántas veces las consumes al cabo del día?.

_____.

_____.

3.2. Duración o tiempo empleado en comer:

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

_____.

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

Lento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rápido

- Específicamente, suponiendo que 1 es lento y 10 es rápido, asigna una puntuación a la forma que tienes de comer en las situaciones siguientes:
 - () En casa, sentado a la mesa y estando acompañado.
 - () En casa, sentado a la mesa y estando solo.
 - () En casa, pero no en la mesa (por ejemplo, en el sofá viendo la televisión, en la habitación, etc.) y estando acompañado.
 - () En casa, pero no en la mesa y estando solo.
 - () En un comedor universitario estando acompañado.
 - () En un comedor universitario estando solo.
 - () En auto servicios de buffet libre estando acompañado.
 - () En auto servicios de buffet libre estando solo.
 - () En auto servicios normales estando acompañado.
 - () En auto servicios normales estando solo.
 - () En bares estando acompañado.
 - () En bares estando solo.
 - () En restaurantes estando acompañado.
 - () En restaurantes estando solo.
 - () En celebraciones sociales, como bodas, bautizos y cumpleaños.
 - () Otras.

3.3. Frecuencia:

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

4. Estímulos asociados con la conducta de comer:

- ¿Dónde sueles comer?
_____.

- ¿Siempre en el mismo sitio, o sueles cambiar?
 - _____.
- Vuelve a las situaciones a las que asignaste tu estilo rápido-lento de comer y escribe en cuáles de ellas comes más y/o más productos “prohibidos”.
 - _____.
 - _____.
 - _____.
 - _____.
 - _____.
- ¿Cuántas veces a la semana comes en esos sitios?
 - _____.
- Señala de 0 al 10 aquellas situaciones en las que no puedes resistir el comer aunque no tengas hambre:
 - () Cuando se presenta delante algo apetitoso.
 - () Cuando estás preparando la comida.
 - () Cuando aún te queda algo en el plato.
 - () Para que no sobre nada de lo que se ha puesto en la mesa.
 - () Cuando la comida sabe muy bien.
 - () Cuando ya ha llegado la hora del aperitivo y/o la hora de la comida.
 - () Cuando estas viendo algún programa de televisión.
 - () Cuando estás estudiando.
 - () Con la cerveza de medio día y/o el cubata de media noche.
 - () Otras.
- Vuelve a esas situaciones y señala cuántas veces a la semana te ocurre eso:
 - _____.
 - _____.
 - _____.

- En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada de hambre y 10 es muchísima hambre, escribe con que cantidad de hambre realizas tus comidas:
 - Desayuno. ()
 - Almuerzo. ()
 - Merienda. ()
 - Cena. ()

 - ¿Sueles “saltarte” alguna de esas comidas?.
- SI NO
-
- ¿Cuáles?.
- _____.
-
- ¿Has notado si hay estados de ánimo, como el aburrimiento, la depresión, la ansiedad, etc., que te lleven a comer y/o a beber?.
- SI NO
-
- ¿Cuáles?.
- _____.

5. Evaluación de conductas encubiertas:

5.1. Autofrases:

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

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

5.2. *Objetivos o metas:*

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

- ¿Cuántos kilos esperas perder cada semana?.

- ¿Cuántos kilos quieres perder en total?.

- ¿Cuánto tiempo piensas que mantendrás las pérdidas?.

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

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

Rápido Fácil

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

SI NO

- ¿Qué otro?.

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

SI NO

- ¿Y el no perder peso una semana?
SI NO
- ¿Qué harías si algo de lo anterior ocurriera?

- ¿Te pillas a ti mismo/a a veces fantaseando acerca de atiborrarte de alguna comida predilecta cuando acabe el programa?
SI NO
- ¿De cuál?

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

- ¿Qué crees que conseguirías si pierdes peso?

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

5.3. Nivel de motivación.

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

Beneficios (pros):

Sacrificios (Contras):

6. Evaluación de la actividad física:

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

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

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

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

ANEXO 3.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY.

En: Wolpe J. (1990).

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

Nombre:_____.

Fecha:_____

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

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

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

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

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

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

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

1. ¿Se pone nervioso al presentarse en público? 0 1 2 3 4
2. ¿Se preocupa cuando pasa por experiencias humillantes? 1 2 3 4
3. ¿Tiene miedo a caer cuando esta en un lugar alto? 1 2 3 4
4. ¿Se hieren fácilmente sus sentimientos? 1 2 3 4
5. ¿Se queda usted en un rincón en las reuniones sociales? 1 2 3 4
6. ¿Se siente usted feliz y triste alternativamente sin saber por qué? 1 2 3 4
7. ¿Es usted tímido? 1 2 3 4
8. ¿Se distrae con frecuencia? 1 2 3 4
9. ¿Se desalienta fácilmente? 1 2 3 4
10. ¿Dice usted las cosas al color del momento y luego se arrepiente? 1 2 3 4
11. ¿Le gusta estar solo? 1 2 3 4
12. ¿Llora fácilmente? 1 2 3 4
13. ¿Le molesta que haya gente que lo mire trabajar aun cuando lo hace bien? 1 2 3 4
14. ¿Le hiere mucho que lo critiquen? 1 2 3 4
15. ¿Cruza usted la calle para evitar encontrarse con alguien? 1 2 3 4

16. En una reunión o recepción, ¿evita usted encontrarse con la persona más importante que se halle presente? 1 2 3 4
17. ¿Se siente usted desgraciado con frecuencia? 1 2 3 4
18. ¿Titubea usted para ofrecerse como voluntario en una discusión o debate en clase?
1 2 3 4
19. ¿Está solo con frecuencia? 1 2 3 4
20. ¿Pierde naturalidad ante sus superiores? 1 2 3 4
21. ¿Le falta confianza en sí mismo? 1 2 3 4
22. ¿Le preocupa su aspecto personal? 1 2 3 4
23. Si ve usted un accidente, ¿hay algo que le impida ofrecer su ayuda? 1 2 3 4
24. ¿Se siente usted inferior? 1 2 3 4
25. ¿Le cuesta trabajo decidirse hasta que el momento de la acción ha pasado? 1 2 3 4

ANEXO 4.

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

En: Wolpe J. (1990).

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

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

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

13. Sí No ¿Desea arriesgarse solo en una relación de resultados dudosos?
14. Sí No ¿Encuentra que la conversación le ayuda más que la lectura para formular sus ideas?
15. Sí No ¿Le gustaría ir de compras solo?
16. Sí No ¿Necesita su ambición estímulos ocasionales a través de contactos con gente de éxito?
17. Sí No ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones solo?
18. Sí No ¿Preferiría hacer todos los preparativos necesarios para un viaje al extranjero en vez de ir a un viaje arreglado de antemano?
19. Sí No ¿Le afecta mucho el elogio o la censura de mucha gente?
20. Sí No ¿Por lo general evita pedir consejos?
21. Sí No ¿Considera que guardar las costumbres y las maneras sociales es un aspecto esencial de la vida?
22. Sí No ¿Quiere que haya alguien con usted cuando recibe malas noticias?
23. Sí No ¿Le incomoda ser “diferente” o poco ordinario?
24. Sí No ¿Prefiere tomar decisiones apresuradas solo?
25. Sí No Si fuera a iniciarse en el trabajo de investigación, ¿preferiría ser ayudante en el proyecto de otro en vez de trabajar independiente?

26. Sí No Cuando esta deprimido, ¿trata de encontrar a alguien que le levante el ánimo?
27. Sí No ¿Ha preferido estar solo la mayor parte de tiempo?
28. Sí No ¿Prefiere hacer viaje con alguien que se encargue de todo lo necesario en vez de correr la aventura de viajar solo?
29. Sí No ¿Por lo general, hace usted las cosas en vez de que alguien le muestre cómo hacerlas?
30. Sí No ¿Le gusta especialmente tener atención de sus conocidos cuando está enfermo?
31. Sí No ¿Prefiere encarar solo las situaciones peligrosas?
32. Sí No ¿Por lo general puede darse cuenta de sus errores sin que se los señalen?
33. Sí No ¿Le gusta hacer amigos cuando va a lugares nuevos?
34. Sí No ¿Puede dedicarse durante mucho tiempo a una tarea fatigosa sin que alguien lo empuje o aliente?
35. Sí No ¿Tiene periodos de soledad?
36. Sí No ¿Le gusta conocer opiniones de los demás antes de tomar una decisión importante?
37. Sí No ¿Le molestaría cualquier trabajo que lo hiciera vivir aislado unos cuantos años, por ejemplo, de guarda bosques, etc.?

38. Sí No ¿Prefiere un juego a un baile?
39. Sí No ¿Trata comúnmente de hacerse cargo de otras responsabilidades?
40. Sí No ¿Hace amigos con facilidad?
41. Sí No ¿Puede ser optimista cuando otros se deprimen mucho por usted?
42. Sí No ¿Trata de seguir su propio camino incluso si tiene que luchar por eso?
43. Sí No ¿Le gusta mucho estar con otra gente?
44. Sí No ¿Obtiene tantas ideas en el momento que lee como las que obtiene durante una discusión posterior a la lectura?
45. Sí No En los deportes, ¿prefiere participar en competencias individuales más que en juegos de equipo?
46. Sí No ¿Enfrenta generalmente sus problemas por sí solo, sin buscar ayuda?
47. Sí No ¿Encuentra más diversión o buen humor en las cosas cuando está en grupo que cuando está solo?
48. Sí No ¿Le disgusta encontrar su camino en lugares extraños?
49. Sí No ¿Puede trabajar feliz sin elogio sin reconocimiento?
50. Sí No ¿Piensa que el matrimonio es esencial para su felicidad?

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

Clave Bernreuter (La respuesta subrayada cuenta un punto).

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

**ANEXO 5.
AUTORREGISTROS
CONDUCTUALES.**

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.
Nombre: _____.

Hora: _____ Lugar: _____.

Compañía social: _____.

Actividad que realizaba: _____.

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

Inicio:	

Desarrollo del evento:	

Final:	

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.

Nombre: _____.

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

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

ANEXO 6.
Cuestionario cognitivo de auto frases.

Creencias sobre obesidad

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

Objetivos para bajar de peso

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

Capacidades para bajar de peso

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

Excusas para bajar de peso

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

Pensamientos sobre comida

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

Kilogramos perdidos

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

ANEXO 7.
AUTORREGISTRO ABC.

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.
 Nombre: _____.

Hora: _____ Lugar: _____.

Compañía social: _____.

Actividad que realizaba: _____.

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

(A) Situaciones.

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

(C) Sentimientos y conductas consecuentes.

ANEXO 8.
DIARIO ESTRUCTURADO DE
ESCENIFICACIONES
COGNITIVAS.

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

Nombre:_____.

Fecha:_____

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

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