



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER DE AUTOCONTROL PARA  
TRABAJADORES MEXICANOS CON  
SOBREPESO U OBESIDAD**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
MARIA LARISSA LÓPEZ ARROYO**

**DIRECTORA DE LA TESINA:  
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**COMITÉ DE TESIS:**

**Dr. Samuel Jurado Cárdenas  
Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo  
Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha  
Mtra. Nelly Flores Pineda**



Ciudad Universitaria, D.F.

Agosto, 2015.



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.

## Dedicatorias

Dedico esta tesina con amor para todas las personas que padecen sobrepeso u obesidad...

esta es una enfermedad posible de controlar.

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Universidad Insurgentes por todo el conocimiento que me han brindado.

A la Facultad de Psicología de la UNAM y a la División de Educación Continua, por darme las herramientas para realizar este documento.

A mi directora de tesis, la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por todo su apoyo y el aprendizaje que me ha dejado. Al comité de tesis por su apoyo y conocimientos.

A todos mis profesores a lo largo de mis estudios, por ser una guía en mi vida y darme los conocimientos que hoy me hacen estar aquí, especialmente a Miguel Ángel Medina, Briam Limón y José Carlos Cravioto.

A mi papá por enseñarme el valor del estudio, por darme el carácter, la fuerza y educación para ser una mejor persona y esforzarme en la vida. A mi mamá por su esfuerzo, por amarme tanto, por cuidarme, acompañarme cada día y confiar plenamente en mí. Este logro no sería posible sin ustedes, gracias.

A mis hermanos Orson y Benny, ustedes son mi mayor motivación para esforzarme día con día y terminar esta tesina.

A mi Tía Mónica por su amor y apoyo, por guiarme y creer en mí. Por ser una gran mujer. No hay palabras para definir mi gratitud por lo que haces por mí, Gracias.

A mis abuelos Benny, Lulú, Damián y Peya (q.p.d.) por su amor, su compañía y darlo todo por nosotros.

A mis tíos Lupita, Lulú, Mary, Peya, Bere, Benny, Noé, José, Marcos y Oscar quienes siempre han estado a mi lado ayudándome a crecer.

A mi prima Dánae por estar siempre conmigo y ser una hermana para mí. A todos mis primos: Naomi, Astrid, Alan, Eduardo, Fred, Yael, Damián, etc.

A César por su cariño y apoyo incondicional. A Oralia y Juan por tanto apoyo y compañía.

A mis amigos Aline, Mariana, Maribel, Arturo, Rafael, Erick, Alejandro, David, Tomás, Roberto y José por estar a mi lado y todo su cariño.

Gracias.

## ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
CAPÍTULO I. SOBREPESO Y OBESIDAD	6
1.1 Características generales	6
1.1.1 Definición	6
1.1.2 Clasificación	7
1.1.3 Causas	8
1.1.4 Consecuencias	13
1.2 Sobrepeso y obesidad en México	14
1.2.1 Prevalencia	14
1.2.2 Estrategias en México	16
1.2.3 Salud en el trabajo	17
CAPÍTULO II. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	21
2.1 Factores psicológicos y psicopatología	21
2.2. Emoción	23
2.3 Ansiedad	25
2.4 Estrés	27
2.5 Depresión	28
2.6 Baja autoestima y distorsión de la imagen corporal	29
2.7 Trastorno por atracón	32

CAPÍTULO III TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	35
3.1 Tratamiento psicológico	35
3.1.1 Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC)	36
3.2 Tratamiento nutricional	42
3.2.1 Nutrición	43
3.3 Actividad física	49
3.4 Tratamiento médico	51
3.4.1 Fármacos	51
3.4.2 Técnicas quirúrgicas	52
CAPÍTULO IV TALLER DE AUTOCONTROL PARA TRABAJADORES MEXICANOS CON SOBREPESO U OBESIDAD	55
Justificación	56
Objetivo general	57
Objetivos específicos	57
Descripción	58
Actividades	59
Conclusiones	67
Referencias	71
Anexos	
Anexo 1. Criterios de evaluación	
Anexo 2. Manual	
Anexo 3. Autorregistro semanal de comidas	
Anexo 4. Contrato conductual	
Anexo 5. Tablas de contenido calórico	

## Resumen

México es el país con mayor índice de obesidad en el mundo. Las causas que desencadenan y mantienen esta enfermedad son de origen multifactorial, por ello, es necesario crear estrategias multidisciplinarias para disminuir su prevalencia. El estilo de vida de la mayor parte de los trabajadores mexicanos actualmente demanda gran cantidad de tiempo en actividades laborales; viven de prisa y esto dificulta la planeación alimenticia y realización de actividad física. Como resultado, en las organizaciones, personas con sobrepeso son discriminadas, incapacitadas y despedidas. Los altos costos de intervención y las consecuencias físicas y psicológicas que conlleva padecer tal enfermedad ha creado la necesidad de intervenir por medio de la psicología. Es necesario proporcionarle al trabajador soluciones y herramientas psicoemocionales para que logre adquirir autocontrol y solucione su problema de sobrepeso.

Palabras clave: obesidad, autocontrol, trabajadores mexicanos, multidisciplinas, organizaciones.

## Abstract

Mexico has the highest rate of obesity in the world. The causes that trigger and maintain this disease are multifactorial. It is necessary to create multidisciplinary strategies to decrease high prevalence. Most of the Mexican workers currently take a lot of time in work activities; they are living in a hurry and this makes a bad meal planning and performing physical activity. As a result, in organizations overweight people are discriminated against, disabled and face problems. The high costs of intervention and the physical and psychological consequences that entails developing such disease, has created the need for intervention from psychology. It is necessary to provide to the worker psychoemotional tools and solutions to achieve self-control and solve their weight problem.

Keywords: obesity, self-control, mexican workers, multidisciplinary, organizations.

## Introducción.

A lo largo de la historia y desde épocas antiguas el exceso de peso y la alimentación han tenido distinto significado y aceptación; el sobrepeso ha sido un fenómeno de importancia en la historia de la humanidad y ha estado presente en la mayor parte del mundo (Calado, 2010; Monereo, Iglesias, y Guijarro, 2012). La palabra obeso proviene del latín obedere, de las raíces Ob que significa sobre, o que abarca todo; y edere que significa comer, es decir, “alguien que se lo come todo” (Monereo, et. al 2012).

En el juramento hipocrático se habla del sentido humanitario resaltando la importancia de preservar la vida, brindar ayuda a quien la necesita y de la responsabilidad profesional que esto conlleva (Nava y Medina, 2007). Es importante además de la búsqueda de conocimientos objetivos, medibles y cuantificables brindar ayuda identificando las necesidades emocionales y específicas de cada persona para la intervención en esta enfermedad (Vázquez, 2006).

Aspectos fisiológicos, ambientales y psicológicos, están involucrados en tal padecimiento (American Psychological Association APA, 2013). René Descartes en el siglo XVII nombró dualismo a la relación y equilibrio existente entre la mente y el cuerpo. En el siglo XIX la psicología es considerada ya una ciencia y con ello comienza la búsqueda de respuestas a los procesos de salud-enfermedad investigando la influencia de la mente en el funcionamiento corporal y en diversas formas de comportamiento (Monroy, 2006).

Se ha identificado dentro de los factores psicológicos que trastornos alimenticios, depresión, ansiedad, estrés y autoestima desempeñan un papel predominante en el desarrollo y curación del paciente (Weitzner, 2008a; Calado, 2010; Sigh, 2014; APA, 2013 & Sominsky & Spencer, 2014). En la actualidad el sobrepeso y la obesidad son enfermedades de alta prevalencia; la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2014) estima que más de 1 000 millones de personas en el mundo padecen sobrepeso. La obesidad es considerada como la segunda causa de muerte prevenible después del tabaquismo (Guzmán, Del Castillo, García, 2010; OMS, 2014).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012 registra más de 47 millones de mexicanos con sobrepeso. En el 2015 de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) México supera a Estados Unidos encabezando la lista como el país con mayor índice de obesidad tanto en niños como en adultos en todo el mundo.

El contexto sociocultural que se vive actualmente (estilo de vida, comunicación mediática, materialismo y sentido de pertenencia) ha llevado al ser humano a olvidarse de que posee un cuerpo que debe amar y cuidar, lo cual conlleva a un descuido de salud que da pie a que enfermedades se manifiesten y permanezcan a pesar de los avances y conocimientos científicos que se puedan tener de ellas; por ello, es necesario resaltar el carácter humanitario en la ciencia y en la forma de vivir (Nava y Medina, 2007; Weitzner, 2008b y Calado, 2010).

Es importante disminuir las cifras de personas con sobrepeso y obesidad primordialmente con la intención de devolverle a la persona afectada una mejor calidad de vida y mayor satisfacción con su persona (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005 y Nava y Medina, 2007). La Organización para la Cooperación y Desarrollos Económicos (OCDE, 2014) refiere que disminuir la prevalencia beneficiará al país aminorando los gastos de intervención tanto a nivel individual, empresarial como gubernamental.

Como profesionales de la salud mental es nuestro deber proporcionarle a las personas las herramientas psicoemocionales y conocimientos necesarios para saber controlar y manejar el área psicológica involucrada en dicha enfermedad.

El primer capítulo de esta tesina aborda la clasificación, etiología, prevalencia y datos relevantes sobre el sobrepeso y la obesidad en el mundo y nuestro país. El segundo capítulo describe los factores psicológicos predominantes que se han visto involucrados directa e indirectamente con dicha enfermedad. En el tercer capítulo se menciona el tratamiento y las técnicas utilizadas por la psicología, la nutrición y la medicina para la disminución, control y manejo del padecimiento. En el cuarto capítulo se presenta la propuesta de un taller de intervención para trabajadores mexicanos, la cual está basada en herramientas psicoemocionales desde una perspectiva cognitivo-conductual para facilitar el autocontrol de peso y promover un estilo de vida saludable en cada participante.

## CAPÍTULO I. SOBREPESO Y OBESIDAD

En este capítulo se describen las principales características que desencadenan y mantienen la enfermedad. Se analiza la alta prevalencia como un fenómeno social de origen multifactorial que interfiere en el desarrollo individual, empresarial y nacional en México y cuales han sido las principales estrategias implementadas para prevenir y dar tratamiento a tal padecimiento.

### 1.1. Características generales

#### 1.1.1 Definición

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Valdés, 2011; Monereo, et al. 2012 y Suárez, 2013). La acumulación de grasa en el organismo es el resultado de un desequilibrio entre la cantidad de calorías que se consumen por medio de la alimentación, la energía que se gasta por los procesos metabólicos y la actividad física que se realiza de manera habitual; ocasionando un aumento en los depósitos de la grasa corporal (tejido adiposo). Como consecuencia se obtiene una ganancia de peso en la persona (Barquera et al. 2003; Chinchilla, 2003; Bersh, 2006; OCDE, 2012; Monereo et. al 2012 y OMS, 2014).

Esta enfermedad se ha categorizado dentro de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, y la diabetes) en conjunto con las demás causan el 80% de las muertes en el mundo (38 millones de muertes prematuras al año) (OMS, 2014). Por su alto grado de incidencia es de gran preocupación para todas las naciones pues del mismo modo en que luchan contra la desnutrición y las enfermedades infecciosas, luchan también contra el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENSANUT,2012; OMS, 2014 y OCDE, 2014).

### 1.1.2 Clasificación

De acuerdo con La Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010, 2014) y la OMS, (2014) la obesidad y el sobrepeso se clasifican de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) el cual es un indicador de relación entre el peso y la talla en los adultos; también existen clasificaciones según la distribución de la grasa y las causas del sobrepeso (Ver Tablas 1, 2 y 3 adaptadas de acuerdo a lo reportado por Chinchilla, 2005; Moreno, 2005; Monereo et al. 2012; NOM-008-SSA3-2010, 2014 y OMS, 2014).

Tabla 1.  
Clasificación de la obesidad respecto al IMC en adultos de 25 a 60 años.

Tipo	IMC
Normalidad	18,5-25,9
Sobrepeso (obesidad grado I)	26-29,9
Obesidad grado II	30-34,9
Obesidad grado III	35-39,9
Obesidad grado IV (mórbida)	>40

Tabla 2.  
Clasificación de la obesidad de acuerdo con su distribución.

Nombre	Localización predominante de grasa.
Homogénea	Se localiza en todo el cuerpo.
Periférica	Se localiza en la cadera y extremidades.
Central	Se localiza principalmente en el abdomen. (Se asocia con una mayor probabilidad de enfermedades médicas).
Nombre	Según el tamaño y número de adipocitos (depósitos de grasa).
Hipertrófica	Por aumento del tamaño de los adipocitos. Generalmente se da en la edad adulta.
Hiperplástica	Por aumento de número de los adipocitos. Es mas frecuente en la infancia y tiene mayor riesgo.

Tabla 3.

Clasificación de la obesidad de acuerdo a las causas.

Nombre	Causas
Endógena	Se relaciona con problemas metabólicos como factores hormonales, genéticos e hipotalámicos y en ocasiones se debe a ciertos fármacos. Se presenta en el 10% de los casos.
Exógena	Cuando existe una relación directa entre el exceso de calorías que se consume y el gasto energético. Se presenta en 90% de los casos.

### 1.1.3 Causas

La causa fundamental del exceso de peso es el desequilibrio entre las calorías ingeridas y gastadas (Chinchilla, 2005 y Monereo et. al 2012). Este desequilibrio energético se atribuye a la interrelación de causas físicas; ambientales; y psicológicas (Barquera et al 2003; Suárez, 2013; APA, 2013; Secretaria de Salud, 2014 & OMS, 2014).

Antes de profundizar en cada causa es importante resaltar la perspectiva biopsicosocial, esta teoría parte de la idea de que “Gen no es destino”, se dice que la exposición al agente patógeno no tiene necesariamente que desarrollar una enfermedad, pues esto dependerá del grado de vulnerabilidad del organismo, en el caso del peso se relaciona con los hábitos saludables (dieta, consumo de drogas, práctica deportiva, horas de sueño, etc.) el ajuste psicológico y el entorno social de cada individuo, por tanto, aunque exista predisposición genética es posible curar la enfermedad con la modificación del ambiente (Carlson, 2006; Guzmán et al. 2010 & López, S. 2011).

#### Físicas

La aparición de esta enfermedad se favorece por dos variables individuales

principales que son el factor genético y los procesos metabólicos de cada organismo (Suarez, 2013). La carga genética puede ser transmitida de padres a hijos, si un padre es obeso es posible que el 50% de los hijos lo sean, si dos lo son existe un 80% de probabilidad de que los hijos padezcan obesidad (Chinchilla, 2005). Se ha encontrado relación con 20 genes cuya alteración o desequilibrio intervienen de manera directa en el sobrepeso, así como en alteraciones alimenticias, en la personalidad y otras funciones fisiológicas; sin embargo, no se ha demostrado la existencia de un gen específico por lo que se considera un efecto poli genético (Ogden, 2005; Moreno et al. 2005; Korbman, 2007; Calado, 2010 & NOM-008-SSA3-2010; 2014).

Se ha observado también que la influencia genética sobre el índice de masa corporal es importante, esto refiere que existe entonces, la probabilidad de que el IMC esté relacionado con la familia, pues padres e hijos comparten tanto ambiente como la constitución genética (Valdés, 2011).

Las alteraciones del metabolismo también pueden favorecer la acumulación de grasa, esto se puede deber a que se generan fallas en el funcionamiento de las hormonas corporales, procesos relacionados con la absorción de nutrientes, el control de hambre y la saciedad (Ogden, 2005; Carlson, 2006; Suárez, 2013 & Sigh, 2014).

El gasto energético del metabolismo es reducido en los obesos, pues aunque el individuo ingiera una cantidad normal de calorías por día, existe poco gasto de calorías en los procesos metabólicos, lo cual favorece el ahorro y la acumulación de grasa como reserva energética; esto se puede deber también a la falta de calor en el cuerpo por alteraciones en la termogénesis (gasto calórico para elevar la temperatura corporal), alteraciones de la glándula tiroides, desajustes hormonales, entre otros (Moreno et al. 2005; Bersh, 2006 y Suárez, 2013).

El tejido adiposo tiene la función de almacenar la grasa de nuestro cuerpo; ahí se

encuentran diversas hormonas y la reserva energética necesaria para sobrevivir al ayuno, protegernos del frío y agresiones externas. Este tejido interactúa con el resto de los órganos ayudándonos a preservar la vida y las funciones vitales regulando procesos de la ingesta de alimentos, la reproducción y la inmunidad de nuestro cuerpo (Chinchilla, 2003; Monereo et. al 2012). Un sujeto delgado puede tener 35 millones de adipocitos y en un sujeto obeso se pueden alcanzar los 125 millones (Moreno et al. 2005). El adipocito puede no solo incrementar su tamaño, si no inducir la aparición de nuevos adipocitos (Hurtado y Riveros, 2012).

## Ambientales

La influencia del medio en el que el ser humano se desarrolla a lo largo de su vida es un factor predominante en la probabilidad de padecer sobrepeso (Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez, & Nigh, 2013). Los medios de comunicación, la zona geográfica donde se vive y las personas con las que interactúa son también puntos a considerar cuando se evalúa tanto las causas que desencadenan la enfermedad como la permanencia de la misma (Contreras, 2000; Bersh, 2006 & Marín, Sánchez, & Maza, 2014).

En una submuestra de 23 pares de gemelos finlandeses, donde la diferencia media de peso entre el gemelo obeso y el hermano delgado era de 16 kg en hombres y de 19 kg en mujeres, los resultados apoyan que con las mismas características genéticas es posible permanecer delgado o estar obeso por la influencia del ambiente (Guzmán et al. 2010).

La OCDE, (2014) refiere que el estilo de vida moderno ha logrado que la sociedad occidental sea más sedentaria. La industria alimentaria facilita la adquisición de comida rápida o altamente procesada que es caracterizada por su alto contenido en grasa y calorías, lo que al mismo tiempo provoca que las personas tarden menos en cocinar, comer, y desplazarse para realizar estas actividades cotidianas (Contreras, 2000; Tumba, Centis, Marzocchi, El Ghoch, & Marchesini, 2013).

En México, con la firma del Tratado de Libre Comercio en 1994, la producción agrícola nacional ha disminuido; como consecuencia, se logran adquirir alimentos más baratos pero con menor valor nutricional. De acuerdo a lo anterior, se ha originado un cambio sustancial en la dieta tradicional mexicana que se basaba primordialmente en el consumo de maíz, frijol y chile, siendo sustituida por el consumo de alimentos industrializados, baratos y de alto contenido calórico (Marín, Sánchez, & Maza, 2014).

Tumba et al. (2013) refiere en un estudio que el entorno social tiene efectos sobre el consumo de alimentos. En comparación con comer solos, las personas comen un 35% más cuando se come con otra persona, un 75% más con tres personas, y el 96% más con un grupo de siete o más. Las luces brillantes, colores brillantes y música rápida animan a la gente a comer más rápido, la música lenta hace que la gente siga comiendo en promedio 11 minutos más.

Personas con obesidad refieren que la incapacidad para bajar de peso está comúnmente ligada a la falta de “fuerza de voluntad” la cual según Korbman, (2007) proviene de una connotación social. De acuerdo con Guzmán et al. (2010) en México el ambiente incita a la ingesta excesiva favorecido por la idea de celebrar todo comiendo debido al contexto cultural y las tradiciones que cada grupo social adopta como propias, por ejemplo: bodas, cumpleaños, fiestas, reuniones de trabajo, fin de cursos, éxitos deportivos, visitas a familiares o amigos, etc.

Juez (2005) y Tumba et al. (2013) mencionan que el comportamiento hacia la comida comienza en los primeros años de vida. Los padres, como proveedores de alimentos y modelos a seguir tienen una fuerte influencia en la alimentación de sus hijos, su peso y estilo de vida. Braz, Comodo, Del Petrette, Del Petrette y Fontaine (2013) refieren que las conductas alimenticias se enseñan y por tanto, es una conducta aprendida, por ello, esta sujeta a modificaciones por aprendizaje (Marín, Sánchez & Maza, 2014). Desde pequeños en ocasiones se enseña a

comer todo lo que hay en el plato, incluso se premia a los niños por comer todo lo que se les sirve y se les castiga si no lo hacen (Carlson, 2006; Calado, 2010 & Guzmán et al. 2010).

En un estudio realizado en Yucatán sobre hábitos alimentarios desde un enfoque de género realizado por Marín, Sánchez, & Maza (2014) se identificó que el estado civil de las mujeres es un aspecto determinante para la obesidad. Se demostró que el incremento de peso en una mujer casada tiene relación directa con el número de hijos, ya que, de acuerdo con sus creencias, esta condición las induce a sobrealimentarse. También se identifica que mujeres casadas, además adquirir un estilo de vida sedentario tienen inclinación al "descuido" personal cuyas manifestaciones aparecen al llegar al matrimonio.

En la actualidad ambos géneros comienzan a preocuparse cada vez más por su forma física, estereotipando con ello lo delgado como bueno y lo "gordo" como malo (Yaryura, Neziroglu, Perez, y Borda, 2003). La presión ejercida de los medios de comunicación y la publicidad promueve la necesidad de tener un cuerpo esbelto (López, 2011).

El vivir en una sociedad de consumismo y competencia, en el caso de los obesos, produce que las personas comiencen a preocuparse por disminuir su peso para encontrar valoración social, éxito y reconocimiento dejando en segundo termino la salud física y estabilidad emocional (Weitzner, 2008a). Por esta razón, se inicia la búsqueda de soluciones "milagrosas" esperando resultados en poco tiempo y con el menor esfuerzo posible con ayuda de fajas, cremas, pastillas y aparatos que finalmente no llenan las expectativas puestas en ellos y solo generan más frustración y auto-rechazo (Nava y Medina, 2007).

Se ha dicho que la obesidad es asociada con características negativas como la pereza, el desaliño y el descuido (Calado, 2010). Se atribuyen características negativas a siluetas gruesas y adjetivos positivos a las más delgadas. En un

estudio realizado en Londres a 180 niños y niñas entre 4 y 11 años de edad, se encontraron actitudes negativas a figuras con obesidad en los niños de mayor edad. Estudiantes estadounidenses, dicen preferir como pareja a una persona drogadicta o ciega, que a una obesa. Curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios (Guzmán et al. 2010).

#### 1.1.4 Consecuencias

Debido a las múltiples variables que desencadenan y mantienen el sobrepeso y a la alta prevalencia, esta enfermedad actualmente se ve como una característica común y las consecuencias se agravan por la poca información que tiene la población en general sobre la manera de prevenirlas (Arredondo et al. 2013).

El resultado de este padecimiento trae consigo el tener que vivir en condiciones que generan un desequilibrio energético importante y por eso son múltiples las enfermedades que pueden desarrollarse en las personas con obesidad (OMS, 2014) (Ver tabla 4, tabla adaptada de acuerdo a lo reportado por Bersh, 2006; Nava y Medina, 2007; Arredondo et al. 2013; OMS, 2014 y NOM-008-SSA3-2010, 2014).

Tabla 4.

Posibles consecuencias del sobrepeso y la obesidad

Sistema afectado	Enfermedad o alteración
Aparato circulatorio	Hipertensión arterial, enfermedades cardíacas e infarto del miocardio.
Endocrino-metabólico	Resistencia a la insulina, diabetes, intolerancia a la glucosa, exceso de producción de insulina.
Sistema reproductor	Infertilidad y complicaciones en el embarazo.
Sistema músculo esquelético	Osteoartritis, gota, enfermedades irritativas.

Tabla 4. (Continuación).

Sistema afectado	Enfermedad o alteración
Cáncer	Colón, endometrio, mama, próstata.
Sistema nervioso central	Embolia, trombosis, infartos cerebrales.
Aparato digestivo	Hernia hiatal y trastornos funcionales digestivos.

## 1.2 Sobrepeso y Obesidad en México

### 1.2.1 Prevalencia

La obesidad es una enfermedad de alta prevalencia, ha sido considerada epidemia desde 1998 (OMS, 2014). En el mundo se registran más de 1 000 millones de personas con sobrepeso (OMS, 2014). La Secretaría de Salud señala que en el 2012 existían en México 20.52 millones de mujeres mayores de 20 años (72%), 16.96 millones de hombres mayores de 20 años (66%) y 5.6 millones de niños en edad escolar (26%) con sobrepeso u obesidad.

Existen aproximadamente 47 millones de adultos con sobrepeso en el país; 7 de cada 10 mexicanos presentan sobrepeso y de éstos la mitad presentan obesidad (ENSANUT, 2012 y Secretaría de Salud, 2014). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2015 México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad tanto en niños como en adultos.

El índice de mortalidad es doce veces mayor en jóvenes de 25 a 35 años, y tres de cuatro camas en los hospitales las ocupan pacientes con sobrepeso u obesidad (Secretaría de Salud, 2014). La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE, 2008) refiere que si la mayoría de los obesos buscaran

atención el sistema de salud sería insuficiente pues no habría infraestructura ni recursos para brindar atención a toda la población (ENSANUT, 2012).

El nivel educativo también es una variable a considerar ya que personas con menor nivel educativo presentan mayor sobrepeso y obesidad (OCDE, 2014). La prevalencia en cuanto a género también es significativa ya que se presenta principalmente en mujeres.

Existen de igual manera variaciones importantes en el número de personas con obesidad entre un Estado y otro dentro de nuestro país (López y Rodríguez, 2008). Esto se debe a las variaciones demográficas caracterizadas por la disminución de la población infantil, una alta proporción de personas en edad reproductiva, incremento en el número de adultos mayores, el tipo de clima y agricultura de cada Estado (Bersh, 2006 y OCDE, 2014).

En el país el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad ha ido en descenso, sin embargo sigue siendo un alto porcentaje de la población (ENSANUT, 2012; ver figura 1).

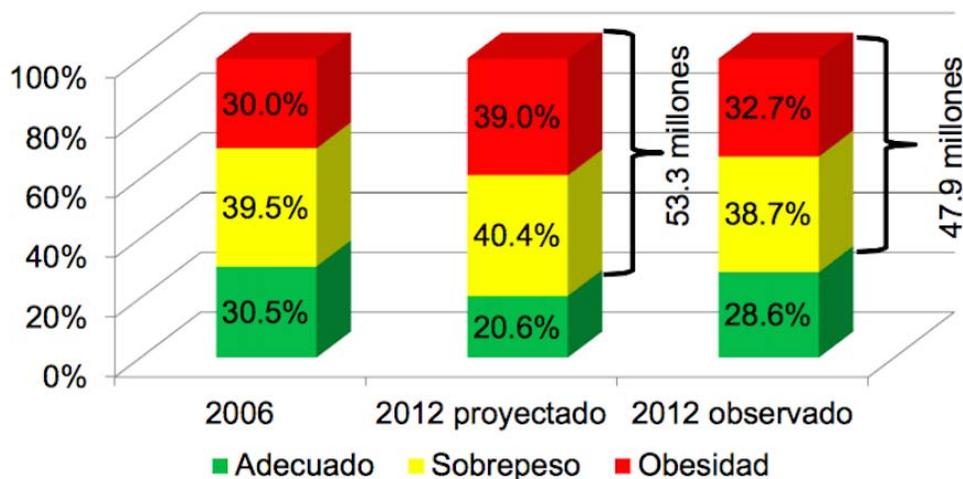


Figura 1. Fuente: ENSANUT, 2012. Porcentaje de sobrepeso y obesidad proyectado y observado para el 2012.

### 1.2.2. Estrategias en México

En México los programas que están enfocados a generar modelos de atención orientados a la prevención del sobrepeso y la obesidad se rigen bajo los siguientes documentos: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La Ley General de Salud y La Norma Oficial Mexicana, en este caso para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad; los documentos anteriores contribuyen a formar el marco normativo en la atención y la prevención de la enfermedad (Contreras et al. 2014).

La OMS (2014) define a la salud como el estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo que permite un desarrollo del mismo. De acuerdo con esta definición la salud debe ser considerada un patrimonio individual que debe preservarse y es responsabilidad tanto del individuo como del gobierno de nuestro país; el cual esta comprometido a capacitar a los ciudadanos para prevenir este tipo de enfermedades (Secretaria de Salud, 2014).

En el país se podrían evitar anualmente hasta 47,000 muertes por enfermedades crónicas. Las defunciones evitadas podrían aumentar hasta 55,000 si las diferentes intervenciones combinaran una estrategia integral de tratamiento (OCDE, 2014).

Es necesario evitar que enfermedades y muertes prevenibles limiten las posibilidades de desarrollo de nuestro país (Bersh, 2006). La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE, 2008) refiere que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud trabajan en conjunto con nuestro gobierno para crear programas encargados de diseñar y coordinar campañas de prevención. Estas campañas son impartidas en los centros de salud, hospitales, planteles escolares y espacios públicos brindando conocimientos sobre nutrición y

alimentación sana, las cuales son algunas de las principales causas que provocan el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2014).

Los programas más representativos para combatir el sobrepeso actualmente en nuestro país son:

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.

El Programa de Prevención y Control de la Obesidad en el DF.

La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso Obesidad y la Diabetes.

Un estudio realizado en México por Contreras, Camacho, Manzur, Patiño y Ruano (2014) analiza la relación entre los programas de salud, su contenido y la respuesta de los participantes. Se analizaron diferentes documentos emitidos en el ámbito nacional y regional que tenían como objetivo luchar contra la obesidad. Se observa que efectivamente la atención de la salud y prevención de la obesidad están clasificadas como una garantía individual, sin embargo, al hacer una comparación entre lo establecido en los documentos en comparación con los resultados obtenidos, existe falta de coherencia en su implementación y los resultados esperados. Por tanto, refieren la necesidad de dar minucioso seguimiento en el proceso de implementación de dichos programas preventivos para lograr los objetivos planteados en las políticas nacionales de salud.

### 1.2.3 Salud en el trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2015) refiere que en el mundo laboral hasta nuestros días es poca la atención que se brinda a la forma de alimentación de los trabajadores durante jornadas laborales. Los principales temas de interés para los empleadores y los sindicatos suelen ser la seguridad, los salarios y la garantía del empleo.

Dentro de las organizaciones, la obesidad forma parte de la vida cotidiana y es fuente de discriminación para muchos empleados. Guzmán et. al. (2010) refieren que la persona obesa sufre constante humillación, las personas tienden a pensar que las sujetos con sobrepeso no tienen voluntad, habiendo empleadores que toman este tipo de argumentos para rechazarlos, pues creen que esto habla mucho de su desempeño laboral (Levay, 2014).

Facilitar el acceso de los trabajadores a comidas sanas y balanceadas es tan importante como protegerles contra sustancias químicas nocivas o el ruido. Un estudio de la OIT explica que la buena alimentación de los trabajadores contribuye a aumentar la productividad, incrementar la motivación del personal, prevenir los accidentes y reducir los gastos médicos. El hecho de brindar una alimentación adecuada a los trabajadores puede incrementar la productividad nacional en un 20% y el hecho de aumentar en uno por ciento el número de kilocalorías genera un alza del 2.27% de la productividad global de la fuerza de trabajo (OIT, 2015).

A nivel mundial se ha observado que una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral (Cruz et al. 2013). El 25% de las incapacidades laborales son por causas relacionadas con la obesidad lo cual genera gastos mayores al 22% de los ingresos familiares (OMS, 2014).

Algunas estrategias de prevención en las organizaciones han sido ofrecer a su personal comidas balanceadas gratuitas o el acceso a alimentos “de la calle” de mejor calidad, los países o empresas que no pueden financiar un comedor, en ocasiones proporcionan a su personal bonos con los que pueden comprar comidas sanas, o facilitarles el acceso a alimentos sanos a través de la venta de productos en la propia empresa (OIT, 2015). Sin embargo, el referido estudio de la OIT (2015) concluye que la mayoría de los programas de comidas de las empresas no alcanzan los objetivos deseados. En muchos casos, en el mundo laboral se obstaculiza la buena alimentación por la falta de alimentos sanos y variados.

En muchos lugares de trabajo hay máquinas distribuidoras con las que los empleados compran alimentos de baja calidad alimenticia y alto contenido calórico. Muchos países y empresas siguen apegados al principio heredado del período de postguerra, según el cual se debe "saciar el apetito" de la fuerza de trabajo, es decir, buscan ofrecer una gran cantidad de comida, no necesariamente comida saludable. En algunas partes, los trabajadores no tienen suficiente dinero para comprar alimentos y no pueden alimentarse durante su jornada laboral (OIT, 2015).

En el caso de un trabajador enfermo, su productividad se disminuye y con ello también se ve alterada la economía familiar, tanto por el ausentismo laboral como por el probable desempleo (CCINSHAE, 2008). Se identificó además que la mitad de la población mundial, sufre deficiencia de hierro, deficiencia que causa debilidad, falta de energía y coordinación. Los hombres y las mujeres que carecen de hierro tienen una capacidad de trabajo y una fuerza física reducidas en un 30%. En Asia del Sur, la deficiencia de hierro genera una pérdida de 5 mil millones de dólares en términos de productividad, por lo cual en la fuerza laboral mexicana también podría ser un factor importante a considerar para el desarrollo del factor humano (OIT, 2015).

En las instituciones se realizan esfuerzos en asistencia e investigación sobre la obesidad, su manejo y prevención; sin embargo, no existen, programas o abordajes multidisciplinarios coordinados dentro de las instituciones ni entre ellas. Es necesario un esfuerzo de investigación que integre distintas instituciones y capacite a las personas para realizar estas tareas (CCINSHAE, 2008).

Los institutos nacionales pueden contribuir planificando estrategias óptimas para hacer frente a la epidemia y facilitar los esfuerzos de pérdida de peso promoviendo hábitos saludables. Es esencial desarrollar procedimientos para ayudar a las personas a adoptar un estilo de vida saludable (Tumba et al. 2013).

La OIT, (2015) concluye lo siguiente en el Programa sobre Condiciones de Trabajo y Empleo:

Existe un claro vínculo entre una alimentación de calidad y una productividad elevada. El ofrecer una alimentación decente a los trabajadores no sólo es importante a nivel social y desde una perspectiva de viabilidad económica, sino que es una práctica rentable para las empresas. El suministro de comidas de calidad adecuada en el lugar de trabajo es una solución con la que todos salen ganando: el gobierno, los empleadores y los trabajadores.

De acuerdo con el contenido del capítulo observamos que el sobrepeso es una de las principales enfermedades que se padece en nuestro país y como prioridad nacional se debe preservar la salud de cada mexicano. Se debe dar tratamiento al sobrepeso estando seguros de que el costo-beneficio de tal inversión siempre será favorable para todas las partes involucradas.

La facilidad de adquirir alimentos poco saludables, la falta de planeación alimentaria, el poco tiempo para preparar alimentos y el desconocimiento de como llevar una alimentación balanceada han logrado que cada día más trabajadores mexicanos tengan sobrepeso, lo cual limita su desarrollo siendo susceptible a padecer enfermedades, disminuye la productividad de la organización a la que pertenece y para el país en general genera gastos en el tratamiento del paciente y hasta nuestros días es poca la atención que se brinda para prevenir esta enfermedad.

La propuesta del taller va dirigida al sector empresarial con la intención principal de que las organizaciones inviertan en la prevención y la disminución del sobrepeso incrementando la salud y satisfacción del factor humano de su empresa y con ello disminuir gastos a causa de enfermedades concomitantes de mayor gravedad y evitar de cualquier manera muertes prevenibles.

## CAPÍTULO II. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.

En este capítulo se menciona la relación existente entre la psicología y la obesidad de acuerdo a diversas teorías e investigaciones.

En el desarrollo de la obesidad se incluyen múltiples aspectos psicológicos y comportamentales en el individuo, los cuales producen efectos y consecuencias psicosociales que van desde el aislamiento social, sentimientos de minusvalía hasta el desagrado por la propia persona (Calado, 2010). Durante muchos años se ha observado que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer, por ello, los aspectos psicológicos implicados son un punto clave en la existencia y mantenimiento de la obesidad y el sobrepeso (Guzmán, et al 2010).

### 2.1 Factores psicológicos y psicopatología

La psicología aborda la obesidad y el sobrepeso considerando la personalidad, las conductas, emociones y cogniciones con su vinculación social, clínica y cultural, todos ellos son factores que estimulan el consumo de alimentos (Guillén, 2014). Por ello, resulta relevante el brindar atención y tratamiento para la salud mental con la intención de que la persona logre disminuir y/o mantener un peso sano (Guzmán, et al 2010; Suárez, 2013).

Como consecuencia de las múltiples variables psicológicas determinantes en esta enfermedad, hasta el momento no se han podido catalogar dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), en la Organización Mundial de la Salud (OMS), ni en la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (Sánchez 2010) pues se argumenta no estar relacionada con ningún síndrome psicológico o conductual de características propias (Vázquez, 2006). No obstante, se ha comprobado que psicopatologías como ansiedad, depresión, estrés, trastornos

alimenticios o de personalidad, una baja autoestima, distorsión de la imagen corporal y algunas adicciones como el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco, desempeñan un papel importante a la hora de analizar estos padecimientos (Chinchilla, 2003; Bersh, 2006; Weitzner, 2008b; Calado, 2010; Ramírez, 2010; Monereo et al. 2012 & APA, 2013).

Funciones y estructuras cerebrales se han relacionado con desencadenar estados disfóricos que conducen a una conducta de sobreingesta (Carlson, 2006; Sánchez, 2013 & Sigh, 2014).

Lafuente (2011) refiere que existe una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes obesos, ya que se ha encontrado que mientras mayor es el (IMC) mas problemas psicológicos presenta el paciente. Comúnmente suelen creer que hay algo mal en ellos y pueden tener conflicto con la identidad, la obesidad sirve como defensa manifestando un sentido de seguridad y fuerza contra sentimientos distorsionados, por ello, son recurrentes los atracones alimenticios para ganar confianza y alivio como mecanismo tranquilizador (Valdés, 2011).

Se ha vinculado la obesidad con la relación con los padres, esto puede deberse a un distanciamiento y/o poca comunicación o contacto. El subir de peso también se ve ligado a un alto nivel de exigencia y perfeccionismo por parte de los padres. Se ha dado a la comida un significado simbólico de “ayuda” para llenar el vacío emocional con la idea de incorporar el amor de una persona alimentándose vorazmente ó como medio para mostrar enojo (Valdés, 2011).

En un metanálisis realizado por Sánchez (2010) se encontró que los trastornos psiquiátricos más frecuentes son los trastornos de personalidad, los más comunes son: personalidad histriónica y pasivo-agresivo. Las alteraciones del ánimo y trastornos de ansiedad también son frecuentes en pacientes obesos. Se dice que las personas que comen en exceso presentan rasgos masoquistas, demandando autocastigo utilizando la comida como medio de agresión hacia sí mismo ó

también como una forma de provocar a otro, para que éste reaccione de forma violenta y explosiva (Last, 2000 encontrado en Valdés, 2011). Sánchez (2010) observó que pacientes con obesidad en ocasiones tienden a ser impulsivos, presentan dificultad para modular sus afectos y pensamiento dicotómico (todo o nada) junto a conductas autodestructivas y baja autoestima.

La base de la teoría psicosomática refiere que el individuo al padecer alguna alteración psicológica que no puede manejar (emociones perjudiciales ó sentimientos no expresados) estas se revelarán a través de tensiones corporales y se verá afectado el organismo produciéndose un desgaste físico, ante el cual se iniciará un proceso de enfermedad (sobrepeso u obesidad en este caso) (Nava y Medina, 2007 & Baumgardner, 2010).

Vázquez, (2006) clasifica la obesidad en tres tipos de acuerdo con su vinculación psicológica:

Obesos cuyo sobrepeso no está relacionado con ninguna patología o trastorno psicológico.

Obesos constitucionales, cuya obesidad está relacionada en todo su desarrollo, se caracteriza por muchos otros rasgos de personalidad disfuncional.

Obesos reactivos, se asocia su sobrepeso con algún evento traumático o situaciones de estrés.

## 2.2 Emoción

La emoción es el conjunto de sensaciones subjetivas que preparan al organismo para realizar las conductas que exige el ambiente y por los objetivos determinados de cada persona. La expresión de las emociones permite a los demás predecir determinado comportamiento lo cual, en nuestra cultura tiene alto significado en los procesos de relación interpersonal para las personas (Ceja y Castillo, 2012).

En el caso de la obesidad, las formas de expresión de las emociones y el afecto,

son aprendidas de la familia y reafirmadas por la sociedad de acuerdo al entorno en que se vive, por lo anterior se dice que si se creció en un entorno de maltrato y violencia, y se vive en una sociedad violenta y agresiva, la mente y el cuerpo responderán a tales agresiones como mecanismo de defensa (Nava y Medina, 2007).

Las personas con sobrepeso tienden a ser perfeccionistas, permanecen en constante búsqueda de lo que “deben ser”. No les es fácil aceptar comentarios desaprobatorios o bromas ya que son altamente críticas consigo mismas. Generalmente se sienten insatisfechos, aburridos, cansados, tristes, y la comida les ayuda momentáneamente a mitigar estos sentimientos. Suelen tener baja tolerancia a la frustración y en ocasiones pueden percibir el futuro de una manera pesimista (Valdés, 2011).

Los obesos tienden a vivir con un alto nivel de culpabilidad, por no ser como deberían, por no bajar de peso, por romper la dieta, por comer lo que les gusta, por dejar de comer, por no platicar lo que les pasa, etc. Es por ello, que todas esas emociones siguen en su cuerpo esperando salir de alguna manera, manifestándose en peso y talla, obstaculizando a las personas, pues les impide hacer cosas y tomar decisiones, formular proyectos de vida y establecer relaciones con los demás (Vázquez, 2006; Weitzner, 2008b, Nava y Medina, 2007 y Valdés, 2011).

Vázquez, (2006) clasifica tres tipos de alimentación asociados al ajuste emocional:

La primera: resaltando la actividad oral como medio de adaptación ante la presencia de ansiedad, tensión, tristeza y frustración.

La segunda: constituye al hambre y la alimentación como forma de reemplazar situaciones de excitación, depresión ó ira.

La tercera: la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Sigh (2014) proporciona hallazgos neurobiológicos comparando investigaciones en animales y humanos sobre la naturaleza adictiva hacia la comida, alimentarse en exceso, y la obesidad. Se encontró que fallas en el hipotálamo, la carencia de leptina, la dopamina y falta de serotonina, intervienen siendo factores que promueven la obesidad. También se ha dicho que los alimentos que consumimos afectan nuestro estado emocional al producir diferentes reacciones a nivel hormonal y cerebral (Ogden, 2005; Weitzner, 2008a & Suárez, 2013). Se ha propuesto que las personas con sobrepeso consumen una mayor cantidad de alimentos con altas cantidades de calorías y grasa en comparación con personas que tienen peso promedio debido a que este tipo de alimentos generan emociones agradables en el organismo (Ceja y Castillo, 2012).

### 2.3 Ansiedad

La ansiedad es el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que desde el nacimiento responden y ocurren ante la presencia de un peligro, este peligro puede ser externo (amenazas del medio) ó interno (miedos e ideas subjetivas ). Si la ansiedad es de alta intensidad, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a enfrentar la amenaza, se transformará en un peligro agregado (Carlson, 2006, Suárez, 2013).

La relación entre ansiedad y obesidad se ha observado en la alimentación y en el acto de masticar, en donde se requiere desgarrar y triturar la comida lo cual se ha percibido como una actividad de cierto modo agresiva que se vincula con una forma de reducir la ansiedad de forma rápida y pasajera para las personas que tienen dificultad para expresar sus pensamientos y emociones (Guzmán et al. 2010).

Para reducir la ansiedad se debe eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible (Tapia, 2006 y Suárez, 2013). Cuando la causa que produce la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua. La

ansiedad más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente, este tipo de ansiedad provoca un aumento de peso al ingerir mayor cantidad de alimento en momentos de angustia recurrentes (Guzmán et. al. 2010).

En un estudio, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos se evaluó la asociación entre obesidad, ansiedad y depresión en un grupo de 200 mil personas. Los resultados del estudio demuestran que existe una relación entre ansiedad, depresión y obesidad independientemente de los factores acompañantes, ya sean enfermedades, hábitos de estilo de vida o factores psicosociales. Esta asociación no es igual en hombres y en mujeres. En los varones, es la obesidad grave (IMC mayor a 40 kg/m<sup>2</sup>) la que se asocia a ansiedad y depresión. Sin embargo, en las mujeres este aumento se observa ya a partir del diagnóstico de sobrepeso (esto es, a partir de un IMC superior a 25,9 kg/m<sup>2</sup>) (Ramírez et al. 2010).

Las causas más frecuentes que despiertan ansiedad son el miedo a: ser abandonado, a no controlar los propios impulsos, a perder la estabilidad laboral y económica, perder el control de la propia vida, no lograr metas personales o estándares sociales, a la repetición de acontecimientos traumáticos. Si en algunas personas la ansiedad se reduce comiendo el individuo comenzará a subir de peso, esto producirá un círculo vicioso pues este aumento de peso será un motivo de alarma y preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se comerá como mecanismo compensador (Guzmán et al. 2010).

Personas con obesidad suelen centrar su atención en la comida como un medio para evitar acercamiento ó intimidad (Tapia, 2006). Temen a la propia sexualidad y se generan sensaciones de angustia, el sobrepeso conlleva a una sensación de poco atractivo físico y sexual, así evita enfrentarse con situaciones de angustia. Con la comida se protegen antes de enfrentar relaciones en donde se sienten vulnerables como en la niñez, comen para sentirse aceptados (como cuando eran

niños y su mamá los obligaba a comer y expresaba aprecio por esta conducta) (Valdés, 2011).

Nava y Medina (2007) refieren que el origen de la obesidad comienza como una necesidad de afecto, contacto, carencias amorosas y afectivas; que debido a la dificultad de expresarlo solo pueden tranquilizar esa necesidad y carencia afectiva a través de la comida. De este modo ha aprendido a “premiarse” y refugiarse en el alimento cuando sucede algo que no saben como enfrentar y por ello viven temerosos, solos, ansiosos, enojados y tristes. Se plantea una relación bidireccional donde la ansiedad y la depresión pueden distorsionar la conducta alimentaria y facilitar el sedentarismo (Guzmán et al. 2010).

## 2.4 Estrés

El estrés de acuerdo con Lastra (2014) es la respuesta que nuestro cuerpo manifiesta de acuerdo con la ansiedad que presenta por amenazas reales o imaginarias del ambiente como accidentes, caídas, golpes, cambios de temperatura, preocupación por el presente o el futuro, enfermedades o pérdidas. El estrés excesivo o crónico puede desencadenar o exacerbar una gran variedad de enfermedades y trastornos, como los trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Sigh, 2014; Sominsky & Spencer, 2014).

El estrés influye en el apetito, en nuestro impulso por comer y en los tipos de alimentos que se eligen, lo cual da mayor propensión a la obesidad pues un estado de estrés general altera nuestro sistema nervioso y hormonal produciendo una hormona llamada cortisol, esta hormona regula el equilibrio del cuerpo en situaciones de alarma, y con ello se promueve la ganancia de peso ya que libera glucosa para que podamos utilizarla en situaciones de peligro, si esta glucosa no es utilizada se almacena en nuestro cuerpo en forma de grasa (Suárez, 2013 & Sigh, 2014). También se ha comprobado que el estrés interfiere con la digestión a través del retraso en la absorción de glucosa y el tránsito gastrointestinal (Suárez,

2013; Sominsky & Spencer, 2014).

Sominsky & Spencer (2014) analizan la vinculación entre las hormonas, el estrés y la regulación de alimentación desde edades tempranas. Manifiestan que un equilibrio adecuado entre el cuidado de los padres y los tratamientos médicos neonatales vinculados con las hormonas y regiones cerebrales implicadas podrían prevenir la obesidad, por lo anterior, futuras investigaciones deberán dirigirse a la comprensión de los mecanismos con los que el estrés interactúa en relación a la conducta alimentaria en niños y adultos, desarrollando también tratamientos conductuales y farmacéuticos para prevenir el exceso de peso por factores hereditarios y de nacimiento.

## 2.5 Depresión

La depresión también puede acompañar a la obesidad, es una alteración que se refleja en sentimientos de tristeza que se caracterizan por pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida o aumento de apetito, pensamientos de muerte o suicidio, cambios en el nivel de actividad, alteraciones del sueño así como en funciones cognitivas (DSM-IV-TR, 2002; Korbman, 2007, Weitzner, 2008a & Lafuente, 2011).

La depresión puede afectar la elección de alimentos y el metabolismo (Suárez, 2013). Las personas que experimentan estados de ánimo depresivos regularmente muestran preferencia por consumir "comidas reconfortantes" como medio para aliviar sus sentimientos y emociones negativas, el consumo crónico de alimentos con alto contenido calórico, como ya se ha mencionado conduce a la obesidad, que a su vez promueve la vulnerabilidad a la depresión, por lo tanto, la obesidad y la depresión son afectadas de manera bi-direccional (Sigh, 2014).

Estudios refieren que jóvenes obesos regularmente son rechazados por sus pares, suelen ser ridiculizados y expuestos a burlas y maltratos, y esto provoca depresión. Suelen ser apáticos en sus estudios, o por el contrario ser demasiado

dedicados por lo que tienen problemas para socializar y son rechazados (Ramírez, 2010).

Se ha observado que tanto mujeres como hombres con obesidad presentan ideas y pensamientos de ineficacia que se asocian con síntomas depresivos, estos síntomas son principalmente *sentirse poco útil como persona, sentirse solos en el mundo, con poco control de su vida, con un vacío emocional, inadaptados, inseguros de sí mismos, con una pobre opinión de sí mismos, que sienten que no pueden lograr lo que se proponen, que no valen la pena y que les gustaría ser otra persona...* (Vázquez, 2006, pp. 127).

En ocasiones ocultan sus problemas emocionales realizando conductas para complacer a los demás mostrándose simpáticos y alegres, sin embargo, pueden ser estas, conductas compensatorias hacia el enojo y la ira que no se permiten expresar, por lo que se deprimen frecuentemente y recurren a la sobrealimentación como defensa y consuelo. Les es difícil reconocer sus sentimientos por lo que ponen las necesidades de los demás ante las suyas. Temen al rechazo, y culpan al sobrepeso por ello (Valdés, 2011).

Según estudios mujeres adolescentes con obesidad en comparación con las de peso normal tienen menos posibilidades de casarse, regularmente no terminan sus estudios, y tienen empleos con menores ingresos (Ramírez, 2010). Se dice también que personas que habían perdido peso tras una cirugía de bypass preferían estar sordas, disléxicas, diabéticas, tener una enfermedad cardíaca o acné antes que volver a su antiguo peso (Ogden, 2005).

## 2.6 Baja autoestima y distorsión de la imagen corporal

La autoestima es una evaluación que el individuo hace de si mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación que indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso (Alvarado, Guzmán, y González, 2005 y Korbman, 2007).

La imagen corporal es como el sujeto percibe una o varias partes de su cuerpo e incluso el cuerpo en su totalidad, de acuerdo a experiencias y aprendizajes previos (Yaryura et. al 2003). En personas con distorsiones de imagen corporal, las partes de su cuerpo llegan a ser diferentes de la apariencia real; lo cual provoca que modifique su comportamiento en distintas áreas de su vida integrando factores cognoscitivos, conductuales y emocionales (Guzmán et al. 2010 y Calado 2010). La autoestima se encuentra ligada altamente con la satisfacción de la imagen corporal (Ramírez, 2010).

En pacientes con obesidad, se ha encontrado que son tres los factores más determinantes de la insatisfacción corporal los cuales son: el género (mujeres), la presencia del trastorno por atracón y los bajos niveles de autoestima. Así mismo, es la insatisfacción corporal la que promueve los síntomas bulímicos, la sobreingesta por conflictos emocionales y el estrés observado en individuos que buscan tratamiento para el control de peso (Vázquez, 2006).

En dos investigaciones realizadas en niños mexicanos, se encontró que las niñas desde muy corta edad tienen el deseo de una imagen corporal delgada y se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas). Los obesos son discriminados y considerados poco atractivos, carentes de autodisciplina, flojos, sucios, poco populares, menos trabajadores, poco exitosos, torpes y feos, además se juzga de manera más negativa a las mujeres obesas que a los hombres (Ramírez, 2010 y Guzmán et al. 2010).

En los medios de comunicación, redes sociales y distintos grupos el hacer dieta, estar en forma, hacer ejercicio, mantener el cuidado de las calorías, evitar las grasas y azúcares es lo mayormente aceptado (Alvarado et al. 2005). Este culto al cuerpo provoca un aumento en la presión, la ansiedad y el estrés de cada persona, pues al sentir que no se cumplen con los parámetros establecidos para “ser aceptados” la autoestima y la imagen corporal se ven afectadas, manifestando principalmente: sentimientos de ser incompetente, pasividad, apatía, sensibilidad excesiva, aislamiento, destructividad, frustración, deseos de satisfacer

a los demás, autocrítica, subestimación de sus capacidades, su esfuerzo, constancia y desconfianza en las relaciones interpersonales (Korbman, 2007; Weitzner, 2008b & Calado, 2010).

Se realizó un estudio donde se mostró a un grupo de niños, cinco tarjetas con imágenes, tenían que ordenarlas de acuerdo al nivel de desagrado que sentían con respecto a la imagen. Las tarjetas mostraban: un niño minusválido, un niño con la cara desfigurada, un niño con muletas y una pierna ortopédica, otro con el antebrazo izquierdo amputado y otro obeso. En todos los casos la figura del niño obeso era la que menos agradaba (Ramírez, 2010).

Vázquez, (2006) concluye que la mayor parte de los pacientes con obesidad tienen una elevada insatisfacción corporal y les genera sentimientos negativos hacia todas o algunas zonas específicas en su cuerpo; personas con esta enfermedad creen tener principalmente un estómago, muslos, glúteos y/o caderas demasiado grandes, lo que refleja en una mayor insatisfacción con su cuerpo.

De acuerdo con Yaryura et. al (2003) y Calado (2010) las características principales para tener una imagen corporal positiva y una buena autoestima son:

Disfrutar de los logros

Autopercepción positiva

Responsabilidad en acciones

Satisfacción por las aptitudes

Aceptación del propio cuerpo

Desarrollo psicológico equilibrado

No tener sentimientos de inferioridad

Sentirse motivado la mayor parte del tiempo

Una percepción clara y verdadera de su cuerpo

Estrategias de afrontamiento eficaces en conflictos

Entender que el aspecto físico dice poco del valor de la persona

## 2.7 Trastorno por atracón

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no resultan infrecuentes a la hora de hablar de obesidad (Abilés, 2013). Se caracterizan por manifestar conductas obsesivas por el control, cuidado del peso y la figura, ingerir alimento sin control, obsesión por la comida iniciando dietas que duran solo pocos días (DSM-IV-TR, 2002; Ramírez, 2010).

En el la obesidad el más frecuente es el trastorno por atracón (TxA) en el cual los síntomas principales son la incapacidad de controlar la cantidad de comida que se ingiere, comer a gran velocidad, comer aunque se esté saciado, comer mayor cantidad de la que se usualmente se ingiere, comer solo o a escondidas, sentimientos de culpa, depresión, conducta antisocial y baja autoestima (DSM-IV-TR, 2002).

Estudios reflejan que los pacientes obesos con TxA tienen menos autoestima y mayor sintomatología depresiva que las personas obesas sin TxA y más trastornos psiquiátricos como trastornos de personalidad (Vázquez, 2006). Personas que los padecen refieren que sus atracones son desencadenados por estados emocionales adversos (disfóricos) y al comer adquieren una sensación de mejoría emocional que tiende a ser pasajera. El 30% de los pacientes que acuden a tratamiento de cirugía bariátrica cursan con criterios para el diagnóstico del TxA y su respuesta al tratamiento generalmente es menor, lo cual podría deberse a que sufren más depresión, ansiedad, impulsividad y mayor comorbilidad psicopatológica que los obesos sin TxA (CCINSHAE, 2008).

Vázquez (2006) realizó una investigación con 340 mexicanos con obesidad que ingresaron al “Programa de Atención al Paciente con Obesidad”. Este tenía como objetivo determinar la existencia de diferencias entre individuos obesos con trastorno por atracón (TxA) e individuos obesos sin TxA (controles) con la ayuda del *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) como instrumento. Las subescalas a evaluar fueron: impulso hacia la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia,

perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interjectiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social.

La prevalencia de TxA, es mayor en los individuos con obesidad mórbida (IMC > 40), sin embargo, los síntomas no difieren entre sí en relación al peso que presentan o grado de obesidad, esto sugiere entonces que los pacientes que padecen TxA tienen el mismo estrés y sintomatología independientemente del peso que presenten. La prevalencia entre sexos es notoria en este trastorno ya que es más común en mujeres (Chinchilla, 2003; Weiztner, 2008a y Sánchez, 2010).

Mujeres con TxA presentan mayor impulso hacia la delgadez, reflejando más ansiedad al ingerir azúcares o carbohidratos, tienen pensamientos sobre hacer dieta la mayor parte del tiempo, se sienten extremadamente culpables después de comer demasiado, les aterroriza subir de peso, exageran o intensifican la importancia de su peso, desean ser más delgadas y si suben un kilo de peso, les preocupa seguir subiendo (Vázquez, 2006).

La controversia con los resultados obtenidos en la investigación de Vázquez, (2006) es que la utilización de dietas y la preocupación por la comida, el peso y la figura, pareciera que al individuo con TxA no le importan, sin embargo, vive en constante preocupación. La cuestión es si el atracón es causa de conductas restrictivas, o bien, si las conductas restrictivas y la preocupación por el peso llevan al individuo a atracarse como consecuencia de tal restricción.

La investigación de los trastornos alimenticios es fundamental para conocer nuevos enfoques de tratamiento para la reducción de los atracones, pues puede ser útil para habituar al paciente hacia una dieta sana o inducir la elección de alimentos saludables en las personas con sobrepeso (Meuele & Vogele, 2013).

Como se observa son múltiples las variables psicológicas que pueden intervenir en este padecimiento y limitar la pérdida de peso. Como seres humanos la conducta y el pensamiento son algo cambiante, la psicología provee herramientas para la planeación y toma de decisiones objetivas promoviendo la salud mental y un equilibrio entre lo que se siente, se piensa y se realiza en la vida cotidiana respecto a la conducta alimenticia y salud en general.

Hasta nuestros días, en nuestro país es poca la difusión y el tratamiento psicológico que se brinda a las personas con sobrepeso y obesidad en la mayoría de las estrategias y planes de tratamiento, lo cual podría ser una variable importante a comparar en futuras intervenciones.

Este taller tiene como objetivo utilizar la psicología en esta enfermedad por medio de una intervención con técnicas innovadoras, utilizando recursos estructurados basados en enfoques psicológicos especializados en el tratamiento y disminución del peso y la obesidad; utilizando también recursos creativos e introspectivos que el participante posee de manera individual.

## CAPÍTULO III TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.

Valdés, (2011) destaca que *“El tratamiento de la obesidad necesariamente, tiene que ser un programa a largo plazo, en donde el conocimiento de sí mismo y el cambio de hábitos sea un cambio duradero”* (p.65).

Se ha sugerido que las técnicas para el tratamiento del sobrepeso y/o la obesidad deben provocar el menor riesgo y los menores efectos secundarios posibles con relación al beneficio esperado (Ramírez, 2010 y OMS, 2014). Deberán evaluarse las distintas alternativas disponibles, conforme a las necesidades del paciente, identificando enfermedades asociadas y comorbilidades que afecten su salud y tratarlos de manera integral o por separado dependiendo el caso (Barquera, 2003; Korbman, 2007; NOM-008-SSA3-2010,2014 y Lafuente, 2011).

### 3.1 Tratamiento psicológico

Se ha dicho que la obesidad debe tratarse de forma similar a otras enfermedades como el alcoholismo y el tabaquismo, donde la eliminación total del alcohol y del tabaco es un aspecto fundamental del tratamiento. En el caso de la obesidad, las personas deben ingerir alimento como una cuestión de supervivencia, normalmente todos los días. Es decir, diariamente las personas tienen que tomar decisiones sobre qué, cuándo y cuánto comer (Meuele & Vogeles, 2013). Por ello, el manejo de la obesidad es más complejo debido a que no es posible eliminar los alimentos del entorno de la persona obesa (CCINSHAE, 2008).

Dentro de la psicología el tratamiento para la obesidad que hasta ahora ha dado los mejores resultados es la terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Ogden, 2005), en este enfoque se enfatiza y se brindan herramientas para una pérdida de peso y un mantenimiento posterior, por lo cual, será el enfoque utilizado para esta propuesta de intervención (Chinchilla, 2003 y La fuente, 2011).

### 3.1.1 Tratamiento Cognitivo- Conductual (TCC)

El tratamiento se basa en el principio de que las emociones del ser humano, su personalidad, pensamiento y lenguaje están determinados por los principios de aprendizaje con base en experiencias pasadas (Valdés, 2011). Este enfoque parte de la teoría de que los problemas emocionales son el resultado de un aprendizaje maladaptativo, y la terapia cognitivo-conductual ayuda al paciente a reaprender dichas conductas erróneas (Ogden, 2005).

En las intervenciones cognitivo-conductuales se tiene el objetivo de generar cambios permanentes en la conducta, por medio de diversas técnicas de intervención, por ello, las técnicas de tratamiento consisten en brindar estrategias de afrontamiento en situaciones de conflicto así como un nuevo estilo de vida (Chinchilla, 2005; Korbman, 2007; Ramírez, 2010 y Valdés, 2011).

Esta corriente psicológica se inicia en los años setentas, basándose en el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Skinner (Vázquez, 2006). En este enfoque se atribuye gran importancia a las variables cognitivas en el control de la conducta humana, destacando su importancia en el desarrollo, mantenimiento y modificación conductual.

Existen varias teorías para llevar a cabo este tipo de terapia, como por ejemplo, la terapia racional emotiva de Ellis donde se dice que los procesos cognitivos disfuncionales son representados en actitudes y creencias irracionales que llevan a conclusiones falsas; la terapia cognitiva de Beck la cual se basa en seleccionar conductas en las cuales hay que intervenir (éstas conductas serán los objetivos terapéuticos) y el aprendizaje por modelamiento de Albert Bandura donde un observador puede incorporar una conducta compleja por medio de la observación de esa conducta modelo (Vázquez, 2006 y Valdés, 2011).

Se propone el seguimiento de tres etapas en el tratamiento conductual (Valdés, 2011):

1. Identificación del problema.
2. Clasificación de los problemas específicos, en categoría de exceso o carencia.
3. Determinar a quién y como afecta tal exceso o carencia, con la finalidad de determinar un planteamiento para un nuevo estilo de vida.

Deben tomarse en cuenta otras variables que puedan intervenir en la conducta que se intenta modificar (ambiente, clima, emociones, otras enfermedades) con la intención de evitar que limiten el cambio en la conducta clave (Vázquez, 2006; Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006 y Abilés, 2013).

En un estudio, se pudo observar que al aplicar técnicas de autocontrol y reestructuración cognitiva en once pacientes obesos, nueve de ellos lograron disminuir su peso, uno logro mantenerlo y solo uno lo incremento (Alvarado et al. 2005).

El terapeuta adopta un papel directivo, con procedimientos activos y sigue pautas estructuradas (Valdés, 2011). El trabajo clínico que el psicólogo puede desempeñar en este ámbito es facilitando información, corrigiendo expectativas, mostrando cuanto peso es posible perder, enseñando un cierto autocontrol alimentario, promoviendo cambios en el estilo de vida, en las relaciones interpersonales y proponiendo un modo distinto de relacionarse con el propio cuerpo (Alvarado et al. 2005; Chinchilla, 2005 y Korbman, 2007). Estudios han encontrado que el tratamiento grupal es más efectivo, debido a que el grupo genera empatía, apoyo social y competitividad (Abilés, 2013).

Esta terapia resulta recomendable para pacientes con obesidad leve o moderada en los que el objetivo es una pérdida de peso de al rededor de 15 kg. En pacientes con mayor índice de obesidad se puede trabajar pero se requiere tratamiento farmacológico, dietético y posiblemente quirúrgico (Chinchilla, 2003; Korbman,

2007 y Monereo et al. 2012).

Es importante individualizar las estrategias cognitivo-conductuales a las necesidades de cada paciente, se debe enfatizar la importancia nutricional y de ejercicio físico. Los psicólogos deben investigar la motivación del paciente para ingresar a un programa de reducción de peso y la disposición del paciente para implementarlo (Vázquez, 2006). Se deben identificar claramente las conductas inapropiadas en relación con la comida y otros aspectos psicológicos relevantes que indirectamente pueden desempeñar un papel importante (relaciones interpersonales, estrés, autoestima, autoconfianza, relaciones familiares o laborales, conflictos sexuales, etc.) (Ogden, 2005).

El paciente puede tener resistencia al cambio y la característica clave es que el paciente compare las ventajas e inconvenientes de su comportamiento. Se intenta crear disonancia cognitiva y que ésta repercuta en el aumento de la motivación (Lafuente, 2011).

Lafuente (2011) refiere que en las primeras fases de la terapia cognitivo-conductual (TCC) los problemas más fáciles de reconocer son la imagen corporal, la belleza y la salud, pero no la disfuncionalidad de sus interacciones con las personas y las diversas áreas de su vida cotidiana, por lo que éste puede ser un momento adecuado para trabajarlos; los hábitos de alimentación inadecuados todavía permanecen sin modificar, hasta que se adquiera un mejor control de la comida que permita observar la forma en que canaliza habitualmente sus afectos. Con frecuencia, el paciente no tiene conciencia de estas dificultades y de sus efectos.

Es importante que los programas sean multidisciplinarios (programas de nutrición, ejercicio, reestructuración cognitiva, cambio de actitudes, etc.) para que esto aumente las perspectivas del tratamiento diseñando para cada paciente y sea un programa adecuado a su situación. Es recomendable realizar una entrevista y un análisis de la motivación hacia el tratamiento, así como el establecimiento de

metas entre el paciente y el terapeuta con la intención de hacer del tratamiento un cambio de estilo de vida y no solo un cambio a corto plazo (Ogden, 2005; Chinchilla, 2005; Korbman, 2007 y Lafuente, 2011).

Enfocado esto a la obesidad se intenta intervenir en los hábitos de alimentación (qué, dónde, cuándo y cómo comer), los niveles de actividad física y la reestructuración cognitiva. Vázquez, (2006); Ogden, (2005); Lafuente, (2011); Valdés, (2011); Abilés, (2013) y Lastra, (2014) refieren que las técnicas de intervención para la obesidad y el sobrepeso desde una perspectiva cognitivo conductual son:

**Automonitoreo:** Sirve para incrementar el conocimiento del comportamiento y relaciona las conductas con situaciones y resultados, para ello, se utilizan: técnicas de autocontrol, autoobservación, registro de comidas, emociones y de situaciones desencadenantes, y el establecimiento de metas realistas a corto y largo plazo.

**Control de estímulos.** Cuando una persona identifica los estímulos que controlan su conducta, es capaz de estructurar el ambiente para incrementar la probabilidad de que la conducta deseada se presente. Los estímulos externos se pueden controlar por medio de la compra de alimentos, hábitos alimentarios y evitando la asociación de la comida con los lugares, personas o sentimientos que motivan este impulso.

Ayuda a la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y la alimentación, para evaluar el progreso en la modificación de los hábitos.

Se deben identificar y evitar en lo posible la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso procurando comer sentado y despacio. Separar sus comidas de otras actividades como ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos, etc. Ayudará a que el paciente esté completamente consciente del acto de comer y sin distracciones.

**Reestructuración cognitiva.** Se utiliza para identificar ideas irracionales, ayudando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas optimistas y realistas sobre su peso e imagen corporal como: conocer la relación entre las emociones y la ingesta, sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas., incrementar la autoestima e imagen corporal, valoración de las fortalezas, desarrollar la autoeficacia reforzando los logros, etc.

**Relaciones interpersonales y apoyo de grupo.** El tratamiento ayuda a las personas a mejorar sus estrategias interpersonales por medio de la comunicación asertiva, a modo que puedan conseguir sus propósitos incluyendo el apoyo de familiares y amigos ó personas con los mismos objetivos (Fernández,1999).

**Manejo del estrés.** Se desarrollan estrategias de relajación para favorecer la resolución de problemas y toma de decisiones adecuadas por medio de técnicas psicocorporales como la meditación, terapias de relajación progresiva, manejo del estrés, regulación de afectos, etc. Con el objetivo de enfrentarse con éxito a episodios de alimentación excesiva (Lastra, 2014).

**Autorreforzamiento.** Las recompensas, pueden ser usadas para estimular al paciente una vez que ha logrado sus objetivos, especialmente aquellos difíciles de obtener.

Una recompensa efectiva es algún objeto o situación sencilla que el paciente desea y se compagina con la obtención de su objetivo. Algunos ejemplos pueden ser la compra de un objeto, o recompensas intangibles; por ejemplo, visitas a amigos, una tarde libre, viajes o cualquier otra cosa que resulte agradable para el paciente. El paciente se recompensará sin que sea la misma comida, sino que deberá aprender a tener otras alternativas como premios, esto ayuda a romper la asociación de premio-alimento.

**Cambios de actitud al comer.** Estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de los alimentos.

Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan y lleven su mensaje al cerebro, toma entre 15 y 20 minutos que el cerebro obtenga esta información. Otra medida consiste en comer anticipadamente bastantes vegetales para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no luzcan insignificantes.

**Mantenimiento y prevención de recaídas.** Es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento, se utiliza la reevaluación y retroalimentación de cambios producidos y mantenidos.

Es recomendable continuar sesiones de seguimiento que reafirmen lo aprendido y evalúen si están reapareciendo conductas anómalas (Korbman, 2007). Una de las formas con las que se puede conseguir mejores resultados en el mantenimiento de los logros es continuar el contacto con el terapeuta mediante diferentes formas: telefónica, correo electrónico o favoreciendo la capacidad de autorregulación del paciente (Lafuente, 2011).

Los criterios de éxito terapéutico no sólo deben contemplar la reducción de peso, sino realizar un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, creando un estilo de vida menos sedentario, integrando el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas de conducta y las lleve a su vida cotidiana con un mayor bienestar y eficacia (Chinchilla, 2005). La proporción de cuanta psicoterapia es necesaria en los pacientes dependerá de la comorbilidad física y psicológica, motivación, conflictos y situaciones personales (Lafuente, 2011).

### 3.2 Tratamiento nutricional

La alimentación es una conducta dirigida a conseguir la energía que requiere nuestro organismo para sobrevivir a las demandas del medio (Prospéro et. al 2013). La alimentación es un proceso de elección de alimentos voluntario, consciente y educable determinando por factores individuales y culturales (hábitos, clima y apetencias) esto influye no sólo en aspectos fisiológicos si no también en los factores socioculturales y psicológicos influidos por señales visuales, olfativas y gustativas (Calado, 2010 y Monereo et al. 2012).

Tumba et al. (2013) refieren que las personas tienden a comer de más cuando hay más alimento disponible y mayor variedad de opciones de comida, esto es debido a tantos estímulos, lo cual provoca que la conciencia de los alimentos consumidos se elimine.

Debido a que nuestro organismo evolucionó dentro de un ambiente con escasez de alimentos, los genes promueven el almacenamiento de los nutrientes en forma de grasa y energía en nuestro cuerpo al no utilizarlo en actividades que lo requieran (Prospéro et. al 2013). Comer es una necesidad que requiere tiempo y planeación. Una de las causas de que la obesidad siga incrementando día con día es que el capitalismo ha llevado a las personas a generar estilos de vida y alimentación que promueven el sedentarismo en la vida cotidiana y en las jornadas de trabajo, por ello, la industria alimentaria ha creado los lugares de comida rápida, el horno de microondas, la comida enlatada, etc. (Nava y Medina, 2007 & Marín, Sánchez & Maza, 2014).

Se ha comprobado que los diferentes tipos de alimentos interfieren en los centros de recompensa y funciones del cerebro (Monereo et al. 2012). Se ha observado que los nutrientes intervienen en el estado de ánimo, aumentando o disminuyendo la ansiedad, somnolencia y fatiga; en sentimientos positivos y negativos, y sobre el estado de alerta, vigilia, y el tiempo de reacción (Sigh, 2014).

Los alimentos muy apetecibles activan las mismas regiones cerebrales de recompensa y placer que están activos en la adicción a las drogas, lo que sugiere una adicción a la comida que lleva a comer en exceso y a la obesidad (Weitzner, 2008b; Suarez, 2013 & Sigh, 2014). También se activan los centros de recompensa y placer, afectando tanto el estado de ánimo como la ingesta de alimentos con base en la experiencia, y la toma de decisiones como qué, cuándo y dónde comer (Weitzner, 2008b & Sigh, 2014). Por ello, mejorar tanto hábitos alimenticios como la estabilidad emocional del paciente se ve influida por la alimentación (Próspero et. al 2013).

### 3.2.1 Nutrición

La nutrición es el conjunto de procesos involuntarios, automáticos e inconscientes mediante los cuales el ser vivo utiliza, transforma e incorpora a sus propias estructuras los nutrientes que recibe mediante la alimentación, con el objeto de tener energía, construir y reparar las estructuras orgánicas y regular los procesos metabólicos (p 107 Calado, 2010).

En la actualidad lo más recomendado por los especialistas es adquirir hábitos de alimentación balanceados y saludables evitando realizar dietas restrictivas que hagan al paciente caer en la rutina y que dicha dieta provoque atracones posteriores (Chinchilla, 2005 y Suárez, 2013).

Los distintos grupos alimenticios de acuerdo con Korbman, (2007) se clasifican según su composición y aporte nutricional. En la Tabla 5 se muestra una adaptación de lo mencionado por el autor.

Tabla 5.

Funciones principales de los grupos alimenticios (Korbman, 2007).

Grupo alimenticio	Función principal	Ejemplos
Proteínas	Dan estructura a la piel, el cabello, las uñas, los músculos y el tejido conectivo (tendones, ligamentos y cartílagos). Aceleran el metabolismo del cuerpo. Llevan oxígeno a todas las células y eliminan productos de desecho en la sangre.	Carne sin grasa, pollo, pescado, huevos, leche y derivados bajos en grasa; además de semillas, frijoles, garbanzos, lentejas una extensa variedad de nueces.
Carbohidratos	Son la principal fuente de energía para el funcionamiento de nuestro organismo, si se abusa de ellos pueden ocasionar sobrepeso.	Cereales, granos, legumbres, frutas y productos lácteos.
Lípidos (grasas)	Dan mucha energía, crean membranas y hormonas indispensables para el organismo. Permiten que las vitaminas sean absorbidas y transportadas a través de la sangre, nos protegen de la falta de insulina.	<p>Polisaturadas: carne de res y de cerdo.</p> <p>Transaturadas: comida “chatarra” como papas fritas, frituras y golosinas.</p> <p>Monosaturadas: aceite de oliva</p> <p>Poliinsaturadas: aceite de semillas de girasol.</p>

Tabla 5. (Continuación).

Grupo alimenticio	Función principal	Ejemplos
Minerales	Principales componentes de huesos y dientes, regulan las funciones de las células, controlan el movimiento de los impulsos de los nervios. Llevan oxígeno a diferentes partes del cuerpo y recogen el bióxido de carbono.	Pescado, espinacas, acelgas, las verdolagas, germen de trigo, queso, granos enteros, yema de huevo, verduras de color verde oscuro.
Vitaminas	No son una fuente de energía (calorías), ayudan a liberar, utilizar y almacenar la energía de los macronutrientes. Apoyan el sentido de la vista, y actúan como antioxidantes para preservar las funciones celulares. Además, se utilizan tanto para curar como para prevenir enfermedades.	solubles en agua: naranja, toronja, limón y lima; fresa, melón, jitomate, brócoli, espinaca y papa; granos y carne. solubles en grasa: huevo, hígado, aceite vegetal y cereal.
Agua	Conserva estable la temperatura del cuerpo, mantiene los químicos en concentraciones apropiadas, transporta los nutrientes y el oxígeno a las células, y eliminar los desechos. Sirve para amortiguar las articulaciones y proteger los órganos y tejidos.	Se recomiendan de seis a ocho vasos de agua diariamente para un adulto.

Una adecuada nutrición debe estar equilibrada, completa y variada para cubrir las necesidades energéticas de acuerdo a cada organismo, favoreciendo con la alimentación un crecimiento y desarrollo normales, la prevención de una serie de enfermedades y se eviten carencias entre los distintos nutrientes (Calado, 2010).

## El plato del bien comer

La Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2005, 2015) promueve la educación para la salud alimentaria con ayuda de profesionales en el área, brinda opciones practicas de acuerdo a las posibilidades y necesidades de la población mexicana por medio de “El Plato del Bien Comer”. Llevando cotidianamente esta alimentación se podrá mantener un peso adecuado. Se debe recalcar el hecho de que no existen alimentos buenos o malos, lo que existe es una dieta correcta cuando en la alimentación se incorporan alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida (Ramírez, 2010).

Las grasas y azúcares que aportan energía y que son considerados como condimentos al igual que la sal, por lo que hay que consumirlos con moderación para no sufrir enfermedades como la diabetes, obesidad e hipertensión. La NOM-043-SSA2-2005 (2015) ejemplifica la combinación y variación de alimentos (ver figura 2).

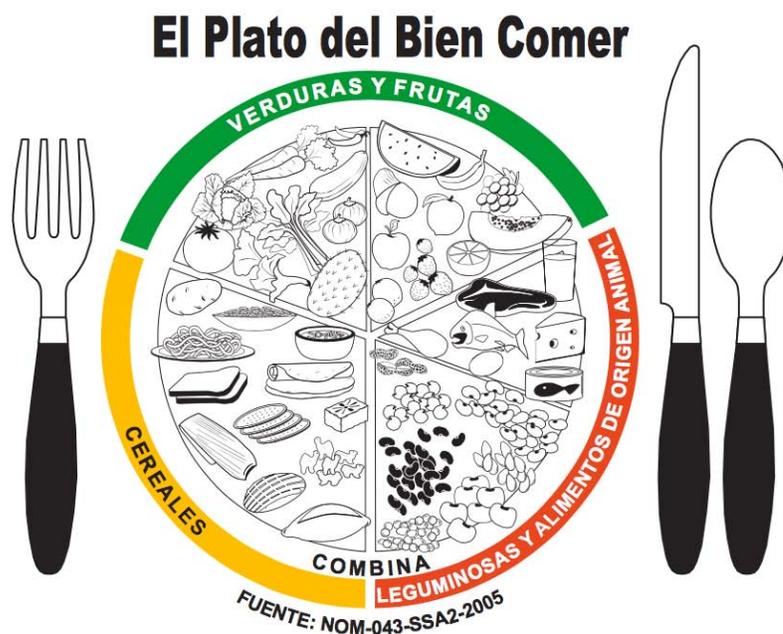


Figura 2. El plato del bien comer (NOM-043-SSA2-2005, 2015).

Las recomendaciones generales que promueve esta norma son (Ramírez, 2010 y NOM-043-SSA2-2005, 2015):

Moderar el consumo de grasas, azúcar y sal

Comer la mayor variedad posible de alimentos

Mantener en lo posible los horarios de comidas

Incluir al menos un alimento de los tres grupos en cada comida

Comer cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios

Tomar por lo menos ocho vasos de líquido al día de preferencia agua potable

Guía nutricional para disminuir el peso corporal.

Toda pérdida de peso debe considerarse como un éxito y por seguridad se recomienda evitar pérdidas mayores de 1 kg por semana (Korbman, 2007). Para lograr una reducción del peso corporal en un periodo de 3 a 12 meses se recomiendan planes alimentarios bajos en energía, entre 1000 a 1200 kcal/24h dependiendo del grado de obesidad del paciente y de la disciplina que tenga para modificar su estilo de vida (Barquera et al. 2003).

Alrededor del 50% de la población hace dieta o tiene la idea de hacerla con el objetivo principal de perder peso, las personas con obesidad a menudo hacen dietas con pérdidas de peso importantes pero al cabo de poco tiempo ese peso se ha recuperado y en ocasiones hasta incrementado (Vázquez, 2006) por ello, al hablar de una modificación en peso no se debe dejar de lado la importancia de cambiar los hábitos como el exceso de ingesta o el valor nutricional de los alimentos.

De acuerdo con Korbman, (2007) y Suárez, (2013) se ha realizado una adaptación en caso de que no se cuente con un especialista en nutrición o afín (Ver tabla 6) se pueden distribuir y consumir los alimentos de la siguiente manera:

Tabla 6.

Guía nutricional para disminuir el peso corporal.

Alimentos	
Cantidades libres	<p>Verduras: rábanos, pepinos, lechuga, acelgas, apio, berro, brócoli, calabaza, cilantro, alcachofas, nopales, col, coliflor, espárragos, hongos, espinacas, chayote, ejote, flor de calabaza, huitlacoche, perejil, pimiento morrón, tomate, verdolagas, jitomate, etc.</p> <p>Condimentos: salsas picantes, hierbas de olor, vinagre, chile.</p> <p>Bebidas: café, té, agua de limón, agua mineral.</p> <p>Huevo: al gusto.</p>
Cantidades moderadas	<p>Harinas: pan, tortilla, harina de soya.</p> <p>Cereales: arroz, frijol, habas, lentejas.</p> <p>Lácteos: queso fresco, requesón, leche fresca.</p> <p>Carnes y mariscos: carnes grasosas (carnitas, tocino, chicharrón, longaniza), carnes magras de res, carnero, ternera, pollo, gallina, pavo, pato, hígado, camarones, jaibas, sardina, etc.</p> <p>Frutas dulces: mango, ciruela, durazno, plátano, naranja.</p> <p>Grasas: aceite, mantequilla, crema, mayonesa, cacahuete, nuez, piñones, almendras, pepitas, mole.</p>
Solo en ocasiones	<p>Azúcares y carbohidratos refinados (procesados): azúcar, caramelos, chocolates, fruta en almíbar o cristalizada, helados, flan, miel, cajeta, mermeladas, merengue, piloncillos, refrescos, galletas, pastas, pan dulce, pasteles, avena, hojuelas de maíz y maicena.</p>

Se recomienda consultar un especialista en salud, como nutriólogo, endocrinólogo o bariatra que haga un plan alimenticio personal. Las recomendaciones anteriores pueden servir de guía en caso de que aún no se cuente con alguno de confianza (Ver tabla 6) (Barquera et al. 2003; Chinchilla 2003 y Suárez, 2013).

El agua debe ser la bebida de preferencia de la persona que trata de controlar su peso ya que hidrata sin aportar calorías y acelera el metabolismo (Suárez, 2013).

Amigo & Fernández (2013) recomiendan que si se acostumbra a beber vino, se limite su consumo a una copa al día, también se debe evitar el consumo de las bebidas endulzadas como los refrescos y jugos artificiales, pues cuando se ingieren de modo regular, producen alteraciones en el metabolismo que reducen la capacidad para sentirse saciado, por lo tanto, se tiende a comer más.

La fructosa de bebidas endulzadas también se encuentra en la fruta, sin embargo, cuando se consume directamente a través de este tipo de alimentos sólidos resulta muy beneficiosa porque se ingiere en menor cantidad y contiene una gran cantidad de fibra que en este caso, sí favorece la saciedad (Suárez, 2013).

Estudios reflejan que pacientes obesos al momento de ser evaluados tienden a ingerir menor cantidad de alimento. Así mismo, cuando saben que se debe reducir el consumo de grasas o algún tipo de alimento resulta contraproducente pues lo siguen consumiendo y algunas veces más de lo habitual (Carlson, 2006).

### 3.3 Actividad física

Como ya se ha mencionado el sobrepeso y la obesidad se originan cuando se tiene más energía de la que se gasta y ésta es almacenada en el tejido adiposo en forma de grasa (Monereo et al. 2012) el gasto de esta energía se da en dos formas, la primera es por medio del metabolismo y la segunda por la realización de alguna actividad física o ejercicio (Carlson, 2006, Suárez, 2013 y NOM-008-SSA3-2010, 2014).

Chinchilla, (2005) y Calado, (2010) concuerdan en que la actividad física puede ser una alternativa a los atracones pues resulta una herramienta útil para reducir el impulso de comer debido a que dicho impulso desaparece en media hora y mientras pase ese tiempo el ejercicio puede ser un buen distractor (Calado, 2010). También es importante que en la vida cotidiana se hagan diversas actividades en

movimiento como caminar, subir escaleras, tareas domesticas, etc.

El cuerpo esta compuesto de diversas células con la función principal de realizar la actividad necesaria para mantenerse con vida, una vida sedentaria de constante tiempo en la televisión o la computadora altera su funcionamiento creando enfermedades (Chinchilla, 2003). Además, la actividad física disminuye los niveles de cortisol (hormona del estrés) lo cual promueve una mayor facilidad para conciliar y mejorar la calidad del sueño (Suárez, 2013) lo cual sitúa a la persona en una condición más favorable para iniciar el día siguiente.

La cantidad y calidad del sueño también es importante para el control del peso porque modera el apetito, el hambre y la saciedad; y sirve también para controlar los estados emocionales de ansiedad y depresión (Amigo & Fernández, 2013).

En un estudio realizado por Gordon et. al. (2008) se comparó la pérdida de peso de 4995 mujeres y hombres estadounidenses durante 15 años (1986) utilizando como variables: edad, sexo, raza, estado civil, educación, tabaquismo y consumo de calorías. En los resultados se observa que la diferencia de peso fue significativa entre las personas que habituaron la caminata a su vida cotidiana en comparación con las que no lo hicieron.

Se deben identificar cuales con los aspectos motivantes para realizar actividad física (Chinchilla, 2005) estos pueden ser: pasar un momento agradable en equilibrio con el organismo, saber que es algo que se realiza para mejorar salud y la apariencia física, el compartir experiencias con personas que tienen objetivos similares y se esfuerzan del mismo modo por conseguirlos, etc. El elegir de manera libre la actividad agrado, comenzará a desarrollar habilidades provocando sentimientos de satisfacción por estar en forma; experimentar los cambios favorables, ayudará a facilitar la tarea y brindar mejores resultados (Gordon, 2008; Ramírez 2010; Secretaria de Salud, 2014; NOM-043-SSA2-2005, 2015).

*“La salud no se mide en el tamaño del cuerpo sino en el bienestar físico, mental y social”... (pp. 119 Calado, 2010).*

De acuerdo con Gordon, (2008); Ramírez (2010); la Secretaria de Salud, (2014) y la NOM-043-SSA2-2005, (2015) los programas de ejercicio físico se apoyan en los siguientes puntos:

Una frecuencia de entre tres a cinco veces por semana.

Una duración inicial de unos 15 minutos para llegar poco a poco hasta los 30 a 60 minutos.

Una intensidad que no sobrepase entre 50 y 69% de la frecuencia cardiaca máxima.

Se ha mostrado que el ejercicio físico puede tener efectos positivos sobre el mantenimiento de la pérdida a largo plazo, con ello también mejorará el estado de ánimo de la persona pues el ejercicio promueve la liberación de endorfinas y esto produce una sensación de felicidad (Amigo & Fernández, 2013).

### 3.4. Tratamiento Médico

Dentro de las técnicas medicas para el tratamiento de esta enfermedad, se utilizan principalmente dos, en primer lugar la administración fármacos y como segundo lugar los procedimientos quirúrgicos (Carlson, 2006 & Chinchilla, 2005).

#### 3.4.1 Fármacos

El uso farmacológico debe ser utilizado solo complementando la dieta y ejercicio físico para conseguir perder peso y mantenerlo con el tiempo (Monereo et al.

2012). De acuerdo con la OMS (2014) el fármaco ideal será el que cumpla con los criterios: se administre vía oral, tenga pocos o ningún efectos secundarios, produzca una pérdida de grasa corporal, actúe sobre la grasa visceral, tenga un efecto prolongado en el tiempo, sea barato y no sea tóxico.

Se sugiere primordialmente en pacientes con un IMC >30 kg/m<sup>2</sup> y en los casos de obesidad extrema IMC >40 kg/m<sup>2</sup> (Monereo et. Al. 2012). En este punto debemos resaltar que los fármacos no curan la obesidad, sólo contribuyen a mejorar los resultados dentro de un tratamiento integral, ya sea suprimiendo el apetito, mejorando la adherencia al plan alimentario o bloqueando la absorción de grasa, no sustituye al tratamiento integral con modificación de la dieta y el estilo de vida (Fabricatore & Wadden, 2003).

Es conveniente que el médico oriente al paciente sobre las indicaciones y contraindicaciones del fármaco que le indique, así como su seguridad, tomando en cuenta su costo y efectividad. Únicamente se deberá prescribir fármacos aprobados para este uso por la Secretaría de Salud. Enfatizar en los pacientes el alto riesgo de recaídas y la importancia de regresar por apoyo cuando perciban incrementos de peso que estén fuera de control después de haber alcanzado un peso saludable (Barquera et al. 2003).

### 3.4.2 Técnicas quirúrgicas

La cirugía bariátrica es el conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, consiste en interferir en la digestión y/o lograr que el sujeto coma menos y esto de cómo resultado una disminución del peso corporal (Bersh, 2006, Monereo et al. 2012 y Abilés, 2013).

Los procedimientos frecuentemente utilizados son: *técnicas restrictivas* las cuales reducen el volumen del estomago produciendo perdida de peso (por la disminución de comida que se ingiere), un ejemplo de estas son la banda gástrica

ajustable y la gastroplastia tubular; también se encuentran las *técnicas malabsortivas* como la derivación pancreática que provoca una mala absorción de la comida a nivel intestinal eliminándose los nutrientes por las heces; finalmente están las *técnicas mixtas*, éstas son las más utilizadas por obtener una mayor perdida de peso, combinan procedimientos de restricción y malabsorción y se conocen cómo *bypass* gástrico ó derivación biliopancreática (Chinchilla, 2005 y Abilés, 2013).

La cirugía bariátrica, es la técnica más invasiva para tratar la obesidad (Fabricatore & Wadden, 2003). Es utilizada principalmente para personas con obesidad mórbida (IMC mayor a 40 kg/m<sup>2</sup>) o en pacientes que padecen otras enfermedades como diabetes e hipertensión que estén entre los 18 y 60 años de edad.

Es el tratamiento más eficiente para el mantenimiento a largo plazo para personas con obesidad mórbida y es recomendable bajo términos en los cuales el paciente: haya padecido obesidad durante 5 años o más, realizó dieta y ejercicio sin obtener éxito, no padece alcoholismo crónico, no presenta trastornos psiquiátricos graves, ni drogadicción o cáncer no controlado (Monereo et al. 2012). Los pacientes sometidos a estas cirugías alcanzan perdidas hasta del 40%-60% (Hurtado y Riveros, 2012).

Estudios clínicos han demostrado que la cirugía bariátrica logra mantener la pérdida de peso por largo tiempo; además de la restricción en la cantidad de alimento y a la absorción de nutrientes, esto se ha atribuido al "síndrome de dumping" el cual se caracteriza por que los pacientes experimentan náuseas, calambres y otros síntomas gastrointestinales después de comer alimentos con alto contenido de azúcar y/o grasa. Por ello, es probable que los pacientes aprendan a evitar estos alimentos, mientras que los pacientes sin la operación pueden continuar comiéndolos y por lo tanto se puede recuperar el peso (Fabricatore & Wadden, 2003).

Sánchez, (2010) refiere que los candidatos a cirugía bariátrica suelen presentar síntomas depresivos principalmente en los más jóvenes, en mujeres y/o en personas con severos desordenes de alimentación. En el metanálisis realizado, se refleja que aproximadamente 25% de los candidatos a cirugía reciben tratamiento por un profesional de salud mental y de un 12% al 38% reportaron usar medicación psiquiátrica. Entre el 3% y el 20% de los candidatos a cirugía han sido excluidos del tratamiento quirúrgico a causa de presentar complicaciones psiquiátricas.

De acuerdo a lo reportado en este capítulo el tratamiento multidisciplinario es necesario ya que existen factores desencadenantes específicos en cada disciplina y campo de estudio. Por un lado la psicología permite modificar la conducta del participante por medio de un nuevo aprendizaje que facilitando modificar hábitos permanentes respecto a la conducta alimentaria y otras áreas de su vida; la nutrición fomenta una alimentación adecuada con base en las necesidades específicas de su cuerpo y la medicina se especializa en la parte física (enfermedades concomitantes, cirugía bariátrica, farmacología, acumulación de grasa, hipotiroidismo, etc.) la capacitación permitirá comprender el desarrollo de su problema de peso y saber como resolverlo.

Propuesta:

“Taller de Autocontrol  
para Trabajadores Mexicanos  
con Sobrepeso u Obesidad”

María Larissa López Arroyo

## Justificación

México está clasificado como el primer país con obesidad y sobrepeso en el mundo tanto en adultos como en niños (OPS, 2015); esta enfermedad es causada por múltiples factores con distinto grado de predominio en cada persona.

Hasta nuestros días a pesar del conocimiento que se tiene desde diversas especialidades, es una enfermedad con alta prevalencia por lo cual es importante intervenir con un enfoque multidisciplinario para lograr mejores resultados. La mente, la nutrición y la actividad física de cada trabajador deben mantener un equilibrio para mantener su salud y bienestar; como resultado incrementará su satisfacción, promoviendo un desarrollo personal en las áreas representativas de su vida (personal, profesional, familiar, etc.).

La contribución de este taller parte de la idea de lograr una modificación en la ideología, conducta y calidad de vida de cada trabajador mexicano que padece sobrepeso u obesidad. Con dicho aprendizaje el empleado puede ser un agente de cambio para familiares y personas allegadas, logrando una sinergia y un aprendizaje colectivo por medio de la observación directa.

Este taller consta de ocho sesiones de dos horas cada una, el cual será impartido dentro del horario laboral, en las sesiones se les proporcionarán herramientas y conocimientos a los participantes para disminuir su peso y alcancen un nivel de motivación para comenzar el cambio, con lo cual habrá un incremento en la productividad empresarial y menos gastos sanitarios en las organizaciones provenientes de dicho padecimiento.

La intervención desde el factor psicológico en el taller será útil para los participantes dado que se les proporcionaran conocimientos con poca difusión hasta ahora, lo cual, puede ser una variable que produzca un mejor resultado.

Representa para mi un honor y un deber como profesional de la conducta humana crear este taller, difundirlo y capacitar a las personas, promoviendo el cambio y compartiendo estas técnicas con profesionales igualmente interesados por el bienestar de nuestra sociedad, esperando con ello, incrementar el número de recursos para la prevención y disminución de este padecimiento.

#### Objetivo general

Al término del taller de “autocontrol para trabajadores mexicanos con sobrepeso u obesidad”, los participantes habrán identificado las áreas que deben trabajar para disminuir su peso.

#### Objetivos específicos

Promover a la psicología como una de las principales ciencias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

Brindar al participante asesoría emocional y nutricional para modificar hábitos de la vida cotidiana.

Los trabajadores conocerán la importancia de sus emociones, ideas y pensamientos y como repercuten en su conducta alimenticia.

Motivar al trabajador proporcionando herramientas de autocontrol para combatir el sobrepeso.

Mejorar el desarrollo organizacional con personal satisfecho con su persona.

<b>TALLER DE AUTOCONTROL PARA TRABAJADORES MEXICANOS CON SOBREPESO U OBESIDAD.</b>	
Duración: 8 sesiones (16 horas). 1 sesión de dos horas cada semana (en horas laborales).	
<p>Condición característica:</p> <p>Trabajadores de oficina con sobrepeso u obesidad en México.</p>	<p>Características de los participantes:</p> <p>Sexo: Indistinto</p> <p>Número de participantes: Mínimo: 5 Máximo 20</p> <p>Trabajadores de oficina</p> <p>Grado escolar: Bachillerato concluido</p> <p>Sobrepeso u Obesidad (IMC 25,9 en adelante).</p>
<p>Perfil del facilitador: Psicólogo o afín capacitado previamente con el contenido temático del taller.</p> <p>Forma de convocatoria: Folleto institucional.</p> <p>Taller dirigido a: Trabajadores mexicanos de oficina con sobrepeso u obesidad (IMC 25,9 en adelante).</p>	
Condiciones de operación:	
<p>Escenario:</p> <p>Aula: Espacio dentro de la institución con capacidad para 20 personas (5x5 m aprox.) preferiblemente alfombrado y con buena iluminación.</p> <p>Mobiliario: Silla para cada participante Mesas</p>	<p>Materiales:</p> <p style="text-align: center;">Cañón Laptop</p> <p>Por participante:</p> <p style="text-align: center;">Tapete individual Cuaderno de trabajo Colores, plumones, crayolas Revistas, rotafolios, cartulina.</p> <p>Extra:</p> <p style="text-align: center;">Alimentos nutritivos (fruta, vegetales, etc.)</p>

## PRESENTACIÓN

Sesión: 1

Duración: 2 horas.

Objetivo específico: Los participantes conocerán los objetivos y el temario del taller, así como las características generales del sobrepeso y la obesidad.

Contenido temático: Características generales del sobrepeso y la obesidad.

Duración	Actividad	Objetivo
10 min.	Lista de asistencia.	Registrar a los participantes y llevar un control durante las sesiones.
10 min.	Presentación del facilitador.	El participante se asegurará de contar con personal capacitado para el desarrollo de las sesiones y dinámicas del taller.
30 min.	Fantasía del futuro (Acevedo, 1996)	Integrar al grupo para generar un ambiente de confianza.
10 min.	Registro semanal de comidas.	Que el participante identifique y registre el tipo de alimentación que ingiere diariamente.
20 min.	Aplicación Pre-Test (Anexo 1).	Valorar el conocimiento que posee el participante sobre el tema. Identificar el estado de conciencia sobre la enfermedad.
20 min.	Presentación del temario y las características generales de la enfermedad.	Capacitar y sensibilizar al participante por medio de datos e información de su interés para abordar su problemática.
5 min.	Tarea 1. Autobiografía.	Descubrir los aspectos relevantes que han sucedido a lo largo de la vida de cada participante.
15 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar de dudas y conocer la opinión de los participantes sobre el taller.

## TOMA DE DECISIONES Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Sesión: 2

Duración: 2 horas.

Objetivo específico: El trabajador identificará las causas de su sobrepeso; analizará el problema y encontrará la manera más viable para resolverlo.

Contenido temático: Solución de problemas.

Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
30 min.	Se tomará peso y talla de cada participante.	Valorar el peso de cada participante al inicio y al final del taller.
20 min.	Identificando el problema (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006).	Identificar el problema y buscar posibles soluciones.
20 min.	Revisión de la autobiografía (tarea 1).	Identificar factores individuales que han mantenido ó desencadenado el sobrepeso.
10 min.	Consecuencias negativas vs. Consecuencias positivas (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006).	Identificar aspectos motivantes para el cambio.
20 min.	Contrato conductual (Anexo 4, Chinchilla, 2005).	Que el trabajador se motive y se comprometa a asistir al taller.
10 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar dudas y conocer la opinión de los participantes sobre las dinámicas de la sesión.
5 min.	Tarea 2. Actividades físicas posibles de incorporar día a día.	Descubrir deportes ó actividades que sean agradables y posibles de incorporar en el estilo de vida del empleado.

## RELAJACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Sesión: 3 Duración: 2 horas.

Objetivo específico: Que los participantes aprendan a afrontar situaciones estresantes a través de técnicas psicocorporales y de meditación.

Contenido temático: Técnicas psicocorporales y relajación.  
Meditación y manejo el estrés.

Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
20 min.	Explicación sobre actividad física, relajación, meditación y manejo del estrés.	Identificar la importancia de la actividad física, relajación, meditación y manejo del estrés.
15 min.	Lista de actividades físicas para incorporar día a día (tarea 2).	Motivar al participante a realizar la actividad física de su agrado.
50 min.	Hipnosis para adelgazar (video YouTube).	Relajar al participante y que éste logre proyectar sus objetivos por medio de la meditación.
20 min.	Retroalimentación, comentar sensaciones durante la meditación.	Aclarar dudas y descubrir emociones de los participantes durante la meditación.
5 min.	Tarea 3. Automasaje en casa. Tarea 4. 5 recetas sanas y agradables al gusto de cada participante.	T 3. Entablar una relación positiva con el propio cuerpo por medio del reconocimiento y la aceptación del mismo. T 4. Buscar alternativas de comida saludable.

<b>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b>		
Sesión: 4		Duración: 2 horas.
Objetivo específico: Proporcionarle al trabajador los conocimientos y conceptos nutricionales generales y los relacionados con las emociones, la aparición y mantenimiento del sobrepeso.		
Contenido temático: Conceptos básicos de alimentación y nutrición. Alimentación y Emoción.		
Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
20 min.	Presentación sobre alimentación y nutrición.	Que el participante identifique las características principales de una alimentación sana y cuales con los alimentos que debe ingerir.
25 min.	Concurso de recetas bajas en calorías.	El trabajador identificará alternativas agradables para sustituir alimentos altos en calorías por alimentos sanos, nutritivos y agradables.
20 min.	Elaboración de un manual con recetas de comida saludable.	Ampliar las opciones de alimentos sanos para dar variedad a cada comida y no caer en la rutina para crear hábitos de alimentación saludables.
20 min.	Actividades agradables vs. atracción (Calado, 2010).	Descubrir actividades agradables alternativas para sustituir la sobrealimentación.
15 min.	Retomar el registro de comidas semanal (Anexo 3).	Identificar cuales son los alimentos que se consumen con mayor frecuencia y cuales de ellos son sanos y cuales favorecen la ganancia de peso desde el inicio hasta el termino del taller. Descubrir el vinculo entre alimentación y emoción.
5 min.	Tarea 5. Lista de emociones.	Identificar emociones.
10 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar dudas y conocer la opinión de los participantes sobre las dinámicas de la sesión.

## INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ASERTIVIDAD

Sesión : 5

Duración: 2 horas.

Objetivo específico: Brindar herramientas para identificar y desarrollar la inteligencia emocional para mejorar la expresión de emociones por medio de la asertividad y mejorar las relaciones interpersonales.

Contenido temático: Inteligencia emocional.  
Relaciones interpersonales.

Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
20 min.	Ternas de comunicación no verbal (Acevedo, 1996).	Identificar señales y mensajes que se emiten en la comunicación. Resaltar la importancia de una comunicación asertiva en determinadas situaciones de la vida cotidiana.
30 min.	Revisión "lista de emociones" (Tarea 5).	Que el participante perciba, valore y exprese sus emociones.
40 min.	Inventario de la vida (Acevedo, 1996).	Analizar la concepción que tiene el participante del mundo y de los valores que posee.
15 min.	Tarea 6. Cartas de renuncia.	Sustituir falsas creencias para estar conscientes de la realidad, valorar y aceptar las relaciones que se tienen con personas allegadas.
10 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar dudas y conocer la opinión de los participantes sobre las dinámicas de la sesión.

## DESARROLLO PERSONAL Y AUTOESTIMA

Sesión: 6

Duración: 2 horas.

Objetivos específicos:

El participante al término de la sesión identificará la importancia de fortalecer su autoestima como una forma de dejar de comer en exceso.

Motivar al trabajador y llegar a un autoconocimiento para logre un desarrollo humano potencial.

Contenido temático: Manejo de emociones, desarrollo personal y autoestima.

Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
30 min.	Ejercicio del espejo (Weitzner, 2008b).	Incrementar la autoestima tomando conciencia de la propia imagen y observando como influyen los demás en la evaluación que hacemos de nosotros mismos.
30 min.	Administración del tiempo.	Identificar la necesidad del cambio, nuevos hábitos, nuevas creencias y actitudes.
40 min.	Línea de la vida ¿Como me veo?, ¿Cómo quisiera verme? (Acevedo, 1996; Calado, 2010).	Que el trabajador plantee los beneficios y metas para disminuir su peso en determinado lapso de tiempo.
15 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar dudas y conocer la opinión de los participantes sobre las dinámicas de la sesión.

## PLAN DE SEGUIMIENTO

Sesión : 7

Duración: 2 horas.

Objetivo específico: Proporcionar herramientas y opciones para continuar con lo establecido al inicio del taller de manera autodidacta y por medio de un grupo de autoayuda (opcional).

Contenido temático: Control de recaídas.

Duración	Actividad	Objetivo
5 min.	Lista de asistencia.	Mantener un control de la participación de los trabajadores durante las sesiones.
30 min.	Cuadro comparativo "El cambio".	Comparar cambios al inicio y al termino del taller.
30 min.	Formación de un grupo de autoayuda.	Registrar datos de cada integrante para facilitar el seguimiento de los objetivos.
30 min.	Control de recaídas.	Identificar las herramientas que ha logrado adquirir para prevenir recaídas.
15 min.	Tarea 7. Llevar 2 objetos de cambio. Tarea 8. Platillos sanos.	T7.Elegir un objeto con valor sentimental que simbolice el cambio que están por realizar. T8. Identificar la posibilidad de comer sano sin dejar de convivir con las personas.
10 min.	Retroalimentación y cierre de la sesión.	Aclarar dudas y conocer la opinión de los participantes sobre las dinámicas de la sesión.

<b>DESPEDIDA</b>		
Sesión: 8		Duración: 2 horas.
Objetivo específico: Dar fin al taller retroalimentando al grupo y motivándolo a seguir con los planes establecidos en las sesiones previas.		
Duración	Actividad	Objetivo
30 min.	Retomar tarea 7. Se tomará peso y talla de cada participante.	Identificar cambios positivos que cada participante percibe en los demás y en el mismo. Dar valor simbólico a un objeto para continuar el proceso de cambio para motivar al participante a continuar con su disminución de peso. Comparar peso al inicio y al termino del taller.
40 min.	Comida sana de despedida.	Que los trabajadores disfruten de los alimentos de forma sana, sin culpa y en compañía de personas con los mismos intereses.
20 min.	Circulo de despedida.	Descubrir cualidades positivas que perciben los demás de uno mismo.
30 min.	Aplicación Post-Test (Anexo 1). Retroalimentación.	Comparar el nivel de consciencia sobre la obesidad en comparación con la autovaloración inicial. Agradecer la participación de cada integrante, escuchar comentarios y resumir lo aprendido.

## Conclusiones

Este documento permite conocer diversas técnicas de tratamiento para el paciente con sobrepeso u obesidad. Debido a que es una enfermedad de origen multifactorial es indispensable brindar tratamiento desde un enfoque multidisciplinario para generar mayores resultados. Como profesionales en el área de la salud tanto médicos como psicólogos, deben preservar la vida y la calidad de la misma. Realizando estrategias y trabajando en conjunto se debe percibir el cuerpo como una totalidad que debe preservar salud física y mental.

En el caso de la psicología, los tratamientos que ayudan a las personas a bajar de peso utilizan técnicas para adquirir hábitos saludables comprendiendo las causas, consecuencias, emociones y sentimientos que desencadenan la ingesta y como resultado el sobrepeso.

La psicología es una disciplina que promueve la salud mental y la necesidad de un equilibrio integral entre la mente, el cuerpo y el espíritu. Como parte de nuestra formación como psicólogos, la “psique” fue elegida como logo para representar nuestra profesión; por lo anterior, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu esta fundamentado desde la etimología griega que conceptualiza a la psique como “el alma humana” (Real Academia Española, 2015); desde esta postura, identificando los factores psicológicos que afectan a las personas con sobrepeso mencionados en el capítulo dos de este documento y con base en el enfoque cognitivo conductual parte el desarrollo del taller.

La etiología es específica en cada persona pues ninguna tiene la misma historia de vida, por ello, lo que produce la enfermedad es un caso particular, y los datos, teorías y casos anteriores sirven como referencia para la intervención. El entorno familiar, social, cultural y ambiental, repercutirán no solo a la formación de hábitos alimenticios, sino también en el desarrollo psicológico de las personas, es por ello, que además del autocontrol las redes de apoyo son importantes. Las redes de

apoyo pueden facilitar la práctica de la actividad física, el cambio de hábitos de alimentación e incorporar nuevas actividades que requieran mayor movimiento.

## Alcances

El taller ha sido diseñado para el área laboral y puede ser impartido por psicólogos ó personal capacitado de acuerdo a las actividades sugeridas en el manual de esta propuesta (Anexo 2). Facilitar al trabajador este taller, podría beneficiar distintas áreas de su vida incluidas la profesional y de la salud. Invertir en la modificación de hábitos alimenticios en las organizaciones generaría un aumento en la productividad y disminuirían los gastos sanitarios (OIT, 2015).

Comprender al ser humano y brindar herramientas psicoemocionales es importante tanto para personas con obesidad como para cualquier persona. Impartir este taller es una opción viable para que el participante identifique los factores psicológicos y su vinculación emocional en conductas que ha venido realizando, así como en los cambios que desea realizar con el objetivo de disminuir su peso y tener una mejor calidad de vida. Para ello, se intenta que el participante incremente su autoestima, adquiera una percepción positiva de si mismo, establezca relaciones sociales funcionales, y tenga una motivación mayor para desarrollarse personalmente.

Es un honor como profesional en la conducta humana realizar este documento, mi intención principal es motivar y promover el cambio, compartiendo estas técnicas con nuestra sociedad mexicana, esperando con ello incrementar el número de recursos para la prevención y disminución de esta enfermedad. La salud mental es algo que se debe trabajar cotidianamente y tiene el mismo grado de importancia que la salud física. Por esta razón, la obesidad debe ser investigada no solo por su alta prevalencia y como la causa de otras enfermedades, sino como un padecimiento que incluye factores emocionales y psicológicos que provocan sufrimiento y sentimientos de insatisfacción en las personas alterando su día a día.

Es indispensable promover la salud en cada persona con sobrepeso, que sepan que existen soluciones; que con disciplina y motivación cualquier persona es capaz de lograr su objetivo. La psicología es una carrera apasionante, desde que elegimos estudiar esta carrera tenemos el compromiso de preservar la salud mental del ser humano con lo que aprendemos, intervenir con profesionalismo y calidad humana es indispensable como psicólogos en el tratamiento de la obesidad y en cualquier otra enfermedad.

### Limitaciones

El tiempo de intervención, en este caso solo se imparten 8 sesiones debido a las jornadas laborales. Se recomienda que el participante busque ayuda de manera individual para continuar con los objetivos.

Causas multifactoriales, problemas familiares, violencia, estilos de vida, creencias irracionales, relaciones de pareja, cultura, ambiente, sociedad, etc., son aspectos que existirán en el transcurso de la vida de cada persona, aspectos negativos se verán relacionados de manera continua en cada una de estas áreas; lo que repercutirá en la salud o enfermedad será la manera en que esta persona resuelva determinado conflicto.

Comorbilidades, las distintas enfermedades y trastornos que pudiera presentar el participante podrán limitar su progreso, podría ser necesario que busque ayuda especializada en cada problema.

Ideología, el reaprender nuevas conductas genera un cambio en la percepción de situaciones que hasta ese momento eran “lo adecuado” para el participante; el cambiar su estilo de vida y el tipo de pensamiento es un factor que podría limitar el avance ya que se podrían utilizar mecanismos de defensa y resistencias ante el cambio.

## Sugerencias

Profundizar en la investigación de los trastornos alimenticios para conocer nuevos enfoques de tratamiento para la reducción de atracones.

Se recomienda no dejar de lado las alteraciones psicológicas y comorbilidades que cada paciente pudiese tener, se deben incluir especialistas en el área psicológica en el tratamiento y programas de cualquier índole para la lucha contra la obesidad.

Para futuros psicólogos la sugerencia es utilizar la creatividad y todos los recursos posibles con el objetivo de reafirmar la capacidad mental que cada ser humano posee, teniendo siempre la intención de que los resultados favorables sean mantenidos con el paso del tiempo.

## Referencias.

Abilés, V (2013). *Psicopatología de la obesidad mórbida: Evaluación diagnóstica, terapia grupal y seguimiento de pacientes dentro de un protocolo de cirugía bariátrica en el ámbito hospitalario*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, España.

Acevedo, A. (1996). *Aprender jugando tomo I*. México: Limusa.

Alvarado, A., Guzmán, E. y González, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? . Intervención psicológica en pacientes con obesidad Enseñanza e Investigación en Psicología. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología: México*,10,417- 428.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Medica panamericana: España.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta. ed.). Washington, DC, EE. UU.

American Psychological Association, APA. (2013). *Trastornos de la alimentación*. [Versión electrónica]

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

Arredondo, B., Castro, B., Vargas, A., García, M., Delgado, D. y Guillen, R. (2013). *sic- b esidad olet n electr n ico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual* 3,22. Recuperado de <http://alfepsi.org/adjuntos/Boletin-PSIC-OBESIDAD-3-No11.pdf>

- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L. y Pedroza, A., Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas-Nasu L, Romero, M., Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Barquera, S., García, E., González, C., Hernández, A., Longgi, G., Morin, R., Rivera, J. y Velázquez, C. (2003). *Obesidad en el adulto*, 5,2.
- Baumgardner, P. (2010). *Terapia gestalt, teoría y práctica Fritz Pearls*. (2ª ed). México: Pax.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35,537-546.
- Braz, A., Comodo, C., Del Petrette,Z., Del Petrette, A., Fontaine, A., (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de psicología*, 31, 77-84.
- Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios guías de psicoeducación y autoayuda*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. (8ª ed.). Pearson educación: Madrid.
- Ceja, L y Castillo, J. (2012). *Ingesta emocional: expresión facial emocional y activación fisiológica en niños con sobrepeso ante imágenes alimentarias*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chinchilla, A. (2005). *Nuevas Generaciones en Neurociencias: Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE. (2008). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Salud Pública de México*, 50,530-547.
- Contreras, G., Camacho, J., Manzur, S., Patiño, O. y Ruano, L., (2014). La Obesidad en el Estado de México: Interfaces y Ocurrencias. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5,50-57.
- Contreras, J. (2000) "Cambios sociales y cambios en los comportamientos alimentarios en la España de la segunda mitad del siglo XX" *Zainak*, 20.
- Cruz, M., Tuñón , E., Villaseñor, M., Álvarez, G. d. C. & Nigh, R. B. (2013). Sobre peso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad* 25,165-202.
- Encuesta nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). *Resultados Nacionales*. Recuperado de [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_PresentacionOficialCorta\\_09\\_Nov2012.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09_Nov2012.pdf)
- Fabricatore, A. & Wadden T. (2003). Treatment of Obesity: An Overview. *Clinical Diabetes*, 21,67-72.
- Fernández, J. (1999). Las habilidades sociales en el contexto de psicología clínica. *Abaco: Revista de cultura y ciencias sociales*,22,29-38.

- Gordon, P., Hou, N., Sindey, S., Sternfeld, B., Lewis, C., Jacobs, D. & Popkin, B. (2008). Fifteen year longitudinal trends in walking patterns and their impact on weight change . *The American Journal of Clinical Nutrition*,89,21-26.
- Guillén, R. Ed. (2014). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida. Multidisciplina y complejidad*. (2a. ed.) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: Manual moderno.
- Guzmán, R., Del Castillo, A. y García, M. (2010). *Factores psicosociales Asociados al paciente con obesidad*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 202-218.
- Hurtado, M. y Riveros R. (Eds.) (2012). *La obesidad: Un nuevo horizonte para su manejo*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Juez, M. (2005). *¿Comemos cariño? la alimentación en familia*. Síntesis: España.
- Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: Guía practica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Lafuente, M. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*,14, 1490-1504. Hospital Ramón y Cajal: Madrid.
- Lastra, I. (2014). *Propuesta de intervención basada en la psicoterapia corporal (IBPC) para el afrontamiento al estrés laboral*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Levay, C. (2014). *Obesity in organizational context*. 67, 568-585. Resumen recuperado de la base de datos Human Relations.

- López, M. y Rodríguez, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65, 421-430.
- López, S. (2011). Las primeras explicaciones de lo psicossomático en México. *Mundo Siglo XXI, revista del CIECAS- IPN*, 7, 65-75.
- Marín, A., Sánchez, G., & Maza, L. (2014). Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 22, 64-90.
- Martínez, M., Shanks, P. & Collier, P. (2012). *Hipnosis para adelgazar*. Recuperado de en [https://www.youtube.com/watch?v=e7jwli\\_aHe4](https://www.youtube.com/watch?v=e7jwli_aHe4)
- Meuele, A. & Vogele C. (2013). The psychology of eating. *Frontiers in psychology: eating behavior*. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00215.
- Moreno, B.; Monereo, S. y Álvarez, J. (Eds.). (2005). Tejido adiposo y obesidad. Una visión actual. *La obesidad en el tercer milenio* (3a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Monereo, S. , Iglesias, P. y Guijarro, G. (Eds.). (2012). *Nuevos Retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. Bilbao: Rubes.
- Monroy, Z. (2006). El problema cuerpo-mente en Descartes: Una cuestión semántica. Universidad Nacional Autónoma de México
- Nava, A. y Medina, B (2007). *La obesidad como problema emocional*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, (2006). *Formulación de casos y diseño de*

*tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas.*  
México: Manual Moderno.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 (2014). Norma Oficial Mexicana Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcn/leyva\\_lcd/apendiceH.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcn/leyva_lcd/apendiceH.pdf)

Norma Oficial Mexicana NOM-043.SSA2-2005. (2015). Plato del bien comer. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6\\_1\\_plato\\_bien\\_comer.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf)

OCDE Organización para la Cooperación y Desarrollos Económicos (2014). *La obesidad y la economía de la prevención*. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/46068717.pdf>

Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.

Organización Internacional del Trabajo OIT. (2015). *Una alimentación decente en el trabajo para mejorar el bienestar y la productividad de los trabajadores*. Recuperado de [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_075250/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_075250/lang--es/index.htm)

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2015). *Obesidad*. Recuperado de [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&id=824](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=824)

Prospéro-García, O., Méndez, M., Alvarado, I., Pérez, M., López, J., Ruiz, A. (2013). Inteligencia para la alimentación, alimentación para la inteligencia. *Salud Mental*, 101-107.

Ramírez, B. (2010). *Taller de modificación de conducta dirigido a adolescentes con obesidad y/o sobrepeso*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Real Academia Española, 2015. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=psique>

Sánchez, E. (2010). *Evaluación de factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Secretaria de Salud del Distrito Federal, (2014). *Sobrepeso y Obesidad*. Recuperado de [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4034](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034)

Sigh, M. (2014). Mood, food, and obesity. *Frontiers*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00925

Sominsky, L & Spencer, S. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Frontiers in psychology*. doi:10.3389/10.3389/fpsyg.2014.00434

Suárez, F. (2013) (3ed.) . *El poder del metabolismo*. México

Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición* ,33,2.

- Tumba, R., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M. & Marchesini, G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research Behavior Management*,6,101–110. doi: 10.2147/PRBM.S40460.
- Valdés, E. (2011). *Propuesta de un taller vivencial para el manejo y control de la obesidad, desde un enfoque psicocorporal*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez, V. (2006). *Obesidad con trastorno por atracón y sin trastorno por atracón: Uso del eating disorder inventory (EDI-2)*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weitzner, A. (2008a). *Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo: Guía practica para maestros, terapeutas y médicos*. Pax: México.
- Weitzner, A. (2008b). *Los trastornos alimenticios y las relaciones adictivas: Cuando amar te destruye*. México: Pax.
- Williamson, M. (2011). *La dieta del alma*. Urano: México.
- Yaryura, J., Neziroglu, F., Pérez, R., y Borda, T. (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos Aires: Polemos.

# Anexos

Anexo1.

Criterios de evaluación (Pre/Post-test).

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Instrucciones: Este es un cuestionario acerca de una serie de actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con la alimentación y actividades de la vida cotidiana. No hay respuestas correctas ó incorrectas y no hay límite de tiempo para responder. Es importante contestar todas las preguntas con sinceridad. Las respuestas son confidenciales.

Anote una X en las opción (V) de VERDADERO o en la opción (F) de FALSO en cada afirmación, de acuerdo a lo que usted considere se asemeje más a lo que cree o siente.

		V	F
1.	Evito actividades sociales relacionadas con la alimentación.		
2.	Puedo comunicarme fácilmente con otras personas.		
3.	Me confundo acerca de si tengo o no hambre.		
4.	Realizo ejercicio regularmente (3 veces por semana mínimo).		
5.	Rechazo la comida que no es apetitosa.		
6.	Soy sociable con la mayoría de la gente.		
7.	Me falta energía o entusiasmo.		
8.	Generalmente siento que controlo mi vida.		
9.	Me siento mal con mi forma de comer.		
10.	Como azúcares o carbohidratos y me siento culpable.		
11.	Prefiero pasar el tiempo sola (o) que en compañía de otros.		
12.	Cuando estoy enojada (o) me pongo a comer.		
13.	Siento que realmente sé quien soy.		
14.	Tengo problemas que parecen insuperables.		
15.	Como a menudo para no pensar en cosas que me preocupan.		
16.	Me siento útil como persona.		
17.	Con frecuencia me siento triste, aburrido o deprimido.		

18.	Camino más de diez minutos cada día.		
19.	Experimento cambios de ánimo marcados.		
20.	Creo que como demasiado.		
21.	Doy mucha importancia a la opinión que los demás tienen de mí.		
22.	Sé que la gente me quiere.		
23.	Siento que debo hacer las cosas a la perfección o mejor no hacerlas.		
24.	Soy una persona que siempre complace a los demás.		
25.	Tengo una opinión excesivamente crítica de mí misma (o).		
26.	Siento que puedo lograr lo que me propongo.		
27.	Celebro cosas alimentándome con comida "chatarra".		
28.	Confío en otras personas.		
29.	Me preocupa que mis sentimientos estén fuera de control.		
30.	Si quiero adelgazar debo pasar hambre.		
31.	Me siento apática (o) para realizar mis actividades.		
32.	Me siento culpable después de comer.		
33.	Soy abierta (o) acerca de mis sentimientos.		
34.	Si me siento triste o deprimida (o) como algo para sentirme mejor.		
35.	Me siento incomoda (o) con alguna actividad social relacionada con la alimentación.		
36.	Odio no ser la/el mejor en lo que hago.		
37.	Siento que soy una persona que vale la pena.		
38.	Me siento sola (o) en el mundo.		
39.	Hago cosas que no quiero solo porque los demás me dicen que las haga.		
40.	Me confundo acerca de qué emoción es la que estoy sintiendo.		
41.	Siento que no puedo parar de comer.		
42.	No sé que está pasando dentro de mí.		
43.	Creo que descansar o relajarse es simplemente una pérdida de tiempo.		
44.	Siento dentro de mí un vacío emocional.		
45.	Soy emocionalmente inestable.		

Gracias por su participación.

## Anexo 2. Manual

Para el desarrollo de las sesiones, se utilizarán técnicas de sensibilización descritas por Acevedo, (1996); Weitzner, (2008b); (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006); Calado (2010) & Williamson, (2011), las cuales fueron adaptadas para los fines de la propuesta y de la población a la que van dirigidas.

### **Sesión 1.**

**Material:** Hojas blancas, Plumas, Pre-test (Anexo 1), Registro de comidas (Anexo 3).

#### **Fantasia del futuro (Acevedo, 1996):**

- Escribir de manera individual como sería un día del futuro (con fecha), en el cual ya hayan logrado disminuir su peso.
- Decir su nombre y leer de manera grupal.

#### **Registro semanal de comidas:**

- Proporcionar anexo 3 a cada participante.
- Explicar la forma de registro.

#### **Cuestionario de autovaloración inicial:**

- Aplicar pre-test de manera individual (Anexo 1).

#### **Presentación del temario y las características generales de la enfermedad:**

- Realizar presentación en diapositivas con información referente a las características principales de la obesidad (Capítulos I, II y III).

#### **Tarea 1. Autobiografía:**

- Escribir en el cuaderno personal una autobiografía con los momentos más representativos en la vida del participante (agradables y desagradables).
- 2 hojas aproximadamente.

## **Sesión 2.**

**Material:** 1 báscula, cinta métrica individual, contrato conductual (Anexo 4), hojas de colores, plumones, revistas, tijeras y pegamento.

### **Se tomará el peso y talla de cada participante:**

- Con ayuda de un participante se pesará a los demás integrantes.
- Cada integrante se medirá: Cintura, brazo, cuello y muslos.
- Deberá anotar esas medidas en el cuaderno individual de trabajo.

### **Identificando el problema (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006):**

- Escribir el problema y las posibles soluciones.

Problema: \_\_\_\_\_

Opciones de solución:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **Revisión de la autobiografía de forma individual (tarea 1):**

- Escribir en forma de lista los factores individuales que han mantenido ó desencadenado el sobrepeso.

### **Consecuencias negativas vs. Consecuencias positivas (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006):**

Consecuencias positivas de perder peso:

\_\_\_\_\_

---

---

Consecuencias negativas de no perder peso:

---

---

---

**Contrato conductual (Chinchilla, 2005):**

- Proporcionar a cada integrante (Anexo 4).
- El participante lo debe firmar y guardar junto con los demás ejercicios.

**Tarea 2. Actividades físicas posibles de incorporar día a día:**

- De forma individual realizar una lista de actividades físicas que son posibles de incorporar cada día de la semana (tareas domésticas, deporte, caminatas, etc.) dependiendo de el tiempo y el agrado.

### **Sesión 3.**

**Material:** Laptop, tapetes individuales (tipo yoga), aceites corporales.

#### **Explicación sobre actividad física, relajación, meditación y manejo del estrés:**

- Explicar la importancia de la relajación y el manejo del estrés.
- Recomendar realizar algún tipo de técnicas de relajación corporal (técnicas de relajación progresiva por ejemplo).

#### **Lista de actividades físicas para incorporar día a día (tarea 2):**

- Solicitarle al participante que comparta la lista semanal que realizó previamente.
- Resaltar la importancia de la actividad física en el sobrepeso (Capítulo III).

#### **La realización personal, creando mi yo presente desde mi yo futuro (Weitzner, 2008b):**

- Cerrar los ojos y respirar 3 veces profundamente
- Imaginar un momento ideal del futuro en el cual se sientan satisfechos con ellos mismos (física y emocionalmente).
- Mencionar las siguientes preguntas y que el participante las responda mentalmente:
  - Imagina una imagen específica de ti.
    - ¿Cómo traes el cabello?
    - ¿Qué ropa traes puesta?
    - ¿A qué hueles?
    - ¿Cómo te ves exactamente?
    - ¿Cómo vibra la intensidad de los diferentes colores que tu mente está creando?
    - ¿Qué vida tiene ese ser que ves?
    - ¿Quiénes son sus amigos?
    - ¿Qué trabajo realiza para ganarse la vida?
    - ¿Cuál es su vocación, qué le hace vibrar de alegría?

- ¿Dónde vive ese ser?
- ¿Cómo es su espacio?
- ¿Tiene algún aroma?
- ¿Cuáles son los colores?
- ¿Cómo sería un día de su vida?
- ¿Quién sería la pareja de ese nuevo personaje?
- ¿Qué tipo de pareja le corresponde a ese ser?
- ¿Qué valores tiene esa persona?
- ¿Qué se siente estar con esa persona?
- ¿Qué actividades hacen juntos?

También se puede realizar mediante el siguiente video:

**Meditación para adelgazar (Martínez, Shanks & Collier, (2012):**

- Recostar al participante en los tapetes tipo yoga, solicitarle que respire y se relaje.
- Reproducir el siguiente enlace [https://www.youtube.com/watch?v=e7jwli\\_aHe4](https://www.youtube.com/watch?v=e7jwli_aHe4)

**Retroalimentación:**

- Aclarar dudas y descubrir emociones de los participantes durante la meditación.
- Comentar sensaciones durante la meditación.

**Tarea 3. Automasaje en casa:**

- Proporcionar a los participantes aceite corporal para aplicar en casa en forma de masaje.
- Aplicar en un ambiente agradable y relajado.

**Tarea 4. 5 recetas sanas y agradables al gusto de cada participante:**

- Cada participante llevará 5 recetas que consideren saludables y apetitosas para la siguiente sesión.

## **Sesión 4.**

**Material:** Laptop, cañón, tablas de contenido calórico en alimentos (Anexo 5), lápices de colores y hojas de colores.

### **Presentación sobre alimentación y nutrición:**

-Realizar y difundir presentación en power point con información relevante sobre la nutrición y alimentación para la disminución de peso (Capítulo III).

### **Concurso de recetas bajas en calorías:**

- Formar equipos de 3 a 5 personas (dependiendo el grupo).
- Solicitar que compartan las recetas de cada uno (Tarea 4).
- Explicar que se trata de un concurso de recetas.
- Acordar el incentivo para el equipo ganador de la dinámica.
- Elegir el platillo más agradable con la opinión de todos los integrantes del equipo.
- Realizar un concurso por mayoría de votos para elegir el platillo ganador.

### **Elaboración de un manual con recetas de comida saludable:**

- Juntar las recetas que cada integrante compartió para elaborar un manual saludable.
- Adjuntar tabla de contenido calórico en los alimentos (Anexo 5).
- Fotocopiar para cada integrante ó difundir por email en el transcurso de la semana.

### **Actividades agradables vs. atracón (Calado, 2010).**

- En hojas de colores, realizar lista de actividades agradables que pudieran resultar como alternativas para sustituir los atracones.

-Resaltar la importancia de mantener una relación agradable con la comida y no utilizarla como forma de reducir tensiones ni emociones (Capítulo II).

### **Retomar el registro de comidas semanal:**

-Identificar cuales son los alimentos que se consumen con mayor frecuencia y cuales de ellos favorecen la ganancia de peso.

-Observar si existe vinculo entre alimentación y emoción.

### **Tarea 5. Lista de emociones:**

-Proporcionas al participante una lista de emociones.

-En el cuaderno personal, se deberá escribir sentimientos o situaciones en las cuales se haya experimentado esa emoción.

-No hay mínimo ni máximo para escribir. El objetivo es que el integrante identifique la mayoría de sensaciones posibles.

-Se recomienda utilizar 20 emociones aproximadamente (odio, enojo, ira, frustración, etc.).

## **Sesión 5.**

**Material:** Cuestionario “inventario de la vida”, plumas.

### **Ternas de comunicación no verbal (Acevedo, 1996):**

-A manera de ejemplo, el instructor puede describir rápidamente el lenguaje del cuerpo de otra persona, sus ademanes, señas, etc.

- En cada terna, los principiantes se numeran.

-1 y 2 se sientan uno frente a otro. 1 describe el comportamiento no verbal de 2, durante dos minutos; 3 actúa como árbitro.

-Se discute este primer ejercicio.

- El proceso se repite pero ahora 2 describe el comportamiento de 3 y 1 asume el papel de árbitro.

- Se discute el ejercicio.

- El proceso vuelve a repetirse: 3 describe a 1 y 2 actúa como árbitro.

- Se comenta y discute la experiencia.

### **Revisión “lista de emociones” (Tarea 5):**

-Comentar de manera grupal las emociones al realizar esa dinámica.

### **Cuestionario “Inventario de la vida” (Acevedo, 1996):**

-Responder de manera individual las siguientes preguntas:

¿Cuándo me siento totalmente vivo?

¿Cuáles son las cosas, los acontecimientos, las actividades, que me hacen sentir que realmente vale la pena vivir, que es maravilloso estar vivo?

¿Qué es lo que hago bien?

¿En qué puedo contribuir a la vida de los demás?

¿Qué es lo que hago bien para mi propio desarrollo y bienestar?

Dada mi situación, ¿qué necesito aprender a hacer?

¿Qué deseo debo convertir en planes?

¿He descartado algunos sueños por no ser realista y que deba volver a soñar?

¿Qué recurso tengo sin desarrollar o mal utilizados? Estos recursos pueden referirse a cosas materiales, a talentos personales o amistades.

¿Qué debo dejar de hacer?

¿Qué debo empezar a hacer ya?

Las respuestas dadas a todas las preguntas anteriores,

¿Cómo afectan a mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?

-Profundizar en cada pregunta cuanto sea necesario.

#### **Tarea 6. Cartas de renuncia (Weitzner, 2008b):**

-Se escribirán cartas de renuncia y despedida.

-De forma individual en hojas blancas realizar cartas de renuncia al “yo ideal; padres perfectos y pareja perfecta” ó a las personas que el participante considere necesario.

-Escribir todos los sentimientos negativos que se manifiestan respecto a esas personas y que en algún momento han querido cambiar.

-Resaltar la importancia de la aceptación de uno mismo y de los demás disminuyendo el perfeccionismo que tiende a frustrar su satisfacción.

## **Sesión 6.**

**Material:** Espejo facial (individual), lápices de colores, hojas de colores, plumones, tijeras, revistas, cartulinas, pegamento.

### **Ejercicio del espejo (Weitzner, 2008b):**

- Llevar un espejo individual y sentarse de frente a la pared alrededor del aula.
- Colocar el espejo frente a su rostro y responder las siguientes preguntas:
  - ¿Qué te dices cuando te miras en el espejo?
  - ¿Te gusta tu cuerpo?, ¿Hay algo que podrías cambiar? ¿Qué es?
  - ¿Cómo le hablas a esa parte de tu cuerpo que no te gusta?
  - ¿Qué ves primero lo que te gusta o lo que no te gusta?
- Mencionar la importancia de entablar una relación positiva con la imagen que se percibe para manifestar los cambios de una manera sana y positiva.

### **Administración del tiempo:**

- Dibujar dos círculos en dos hojas de papel (uno en cada hoja) (mostrar ejemplo).
- Dibujar un reloj y escribir como distribuye sus actividades cotidianamente.
- Dibujar otro reloj y escribir que actividades podría modificar o agregar para perder peso.
- Expresar intereses y motivaciones personales.
- Comparar las actividades que se realizan y las que el participante desea realizar.

### **¿Como me veo?, ¿Cómo quisiera verme? (Acevedo, 1996 y Calado, 2010):**

- En cartulinas de colores dibujar una línea de tiempo dividida en intervalos de tiempo (6 meses).
- El participante escribirá como se percibe actualmente y los cambios que espera ver reflejados en cada intervalo en relación a su peso y a otras áreas importantes para el (metas y objetivos).
- Ilustrar la línea de tiempo con recortes de revista o dibujos.
- Comentar de manera grupal.

## **Sesión 7.**

**Material:** Anexo 1, hojas blancas y plumas.

### **Cuadro comparativo “El cambio”. (Tarea 8):**

- Dividir una cartulina en dos partes y dibujar el antes y el después del taller.
- Contestar en una hoja lo siguiente:
  - Este taller me sirvió para: \_\_\_\_\_
  - Logre aprender sobre: \_\_\_\_\_
  - Comentarios y/o sugerencias: \_\_\_\_\_

### **Formación de un grupo de autoayuda:**

- Sugerir seguir en contacto para seguir con los objetivos.
- Proporcionar hoja con: Nombre, teléfono, email y datos que pudieran ser necesarios.

### **Control de recaídas:**

- Mencionar al participante que es una recaída. Mencionar ideas irracionales que se pueden presentar (Pensamientos todo-nada, excusas, sobregeneralización, fatalismo, culpabilidad, etc.) (Chinchilla, 2005 y Weitzner 2008b).
- Que el trabajador realice opciones alternativas de afrontamiento (pasear, darse un baño relajante, escuchar música, etc.).

### **Tarea 7. Llevar 1 objeto simbólico de cambio.**

- Puede ser cualquier objeto que el participante quiera de preferencia que pueda llevar con él.

### **Tarea 8. Platos sanos**

- Organizar equipos para llevar un plato sano para realizar una comida de despedida (4 ó 5 equipos) de acuerdo con el manual de recetas o de manera libre.
- Que cada participante lleve los utensilios que considere necesarios (plato, servilleta, cuchara, tenedor, cuchillo, etc.).

## **Sesión 8.**

**Material:** Cartulinas, hojas de colores, plumones, lápices de colores, plumas.

-Revisar Tarea 7.

-De forma grupal cada participante mencionará por que eligió ese objeto y que es lo que representa.

\*Se tomará peso y talla de cada participante y se comparará con el peso inicial para observar alguna disminución.

### **Comida de despedida:**

-Distribuir los alimentos tipo buffet y que cada trabajador elija de acuerdo a su apetencia.

-Resaltar la manera agradable en la cual se puede adquirir hábitos de alimentación sanos y disfrutar de las relaciones interpersonales.

### **Circulo de despedida:**

-Formar un circulo.

-Cada uno de los trabajadores deberá decir 2 cosas positivas de la persona elegida.

-Todos deben se elegidos y todos deben aportar comentarios positivos.

-Comentar sentimientos y sensaciones.

-Aplicar pos-test (Anexo 1).

### **Retroalimentación:**

-Agradecer la participación de cada integrante, escuchar comentarios y resumir lo aprendido.

Anexo 3. Autorregistro de comidas

<b>Registro de Alimentación</b>							
Nombre:					Peso:		
	Lunes:	Martes:	Miércoles:	Jueves:	Viernes:	Sábado:	Domingo:
	Alimento	Alimento	Alimento	Alimento	Alimento	Alimento	Alimento
Desayuno							
Emoción							
Hora							
Almuerzo							
Hora							
Emoción							

Comida							
Hora							
Emoción							
Colación							
Hora							
Emoción							
Cena							
Hora							
Emoción							

Anexo 4.

Contrato conductual adaptado de lo reportado por Chinchilla, (2005) & Nezu, Nezu, y Lombardo, (2006).

Yo \_\_\_\_\_ me comprometo a asistir a este taller, con el objetivo de perder \_\_\_\_\_ Kg. En \_\_\_\_\_ meses. Para ello tendré que perder en promedio \_\_\_\_\_ g por semana y trataré de conseguirlo haciendo lo siguiente:

Acudiré a la sesión una vez por semana.

Comeré siempre sentada/o, en plato pequeño y no haciendo ninguna otra actividad.

Evitaré picotear entre comidas alimentos “chatarra”

El número de comidas por día será un mínimo de 3 y un máximo de cinco

Evitaré pensamientos negativos y en caso de tenerlos, sacaré mi tarjeta y la leeré

Alabaré cualquier conducta de control

Una vez al día me dejare algo de comida en el plato

Soltaré los cubiertos entre bocados y controlaré el numero de veces que mastico y la rapidez con que lo hago

Los beneficios que obtendré al disminuir mi peso serán:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Anexo 5. Tablas de contenido calórico en alimentos (Korbman, 2007).

Frutas			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Aceitunas enlatadas	10 grandes	44	51
Aguacate	1 pieza	200	324
Chabacano	2 pequeños	70	304
Chirimoya	1/8 sin cascara y sin semillas	68	64
Ciruela	1 pieza	66	36
Ciruela pasa	5 piezas	43	102
Coco	1 pieza	78	39
Durazno	1 mediano	98	42
Fresa	5 piezas	72	22
Guayaba	1 pieza	90	46
Higo	3 medianos	150	111
Kiwi	1 pieza grande sin cascara	91	56
Lima	1 pieza	67	20
Mandarina	1 pieza	136	67
Mango	Media pieza sin cascara	104	67
Manzana cruda con cascara	1 pieza mediana	138	81
Melón	1/8 de toda la pieza	138	48
Naranja	1 pieza	131	62
Papaya	Media taza	76	30
Pasa	1/4 de taza	41	124
Pera	1 mediana	166	98
Piña	Media taza	78	38
Plátano	1 mediano	118	109
Sandía	Media taza	76	24
Uva roja o verde sin semilla	Media taza	80	57

Verduras			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Ajo	1 cucharada pequeña	3	4
Apio cocido	2 ramas largas	75	14
Apio crudo	2 ramas largas	80	13
Brócoli cocido sin sal	Media taza	78	22
Cebolla cocida	1 mediana	94	41
Cebolla cruda	Media taza	80	30
Chayote	Media taza	80	17
Chile Serrano	1 pieza	45	18
Col cocida	Media taza	75	17
Col cruda	1 taza	70	18
Coles de brucas	Media taza	78	30
Coliflor cocida	Media taza	62	14
Coliflor cruda	Media taza	50	13
Elote	Media taza	82	89
Espárragos cocidos sin sal	Media taza	90	22
Espinaca cocida	Media taza	90	21
Espinaca cruda	Media taza	30	7
Frijoles	Media taza	67	22
Hongos cocidos	7 medianos	84	22
Hongos crudos	Media taza	35	9
Jícama	Media taza	60	23
Jitomate	1 mediano	123	26
Lechuga romana	1 taza	56	8
Papa horneada sin sal	Media taza	61	57
Pepino sin cáscara	1 taza	34	4
Pimiento morrón	Media taza	75	20
Rábano	Media taza	58	12
Tomate verde	Media taza	66	21
Zanahoria cocida	Media taza	78	35
Zanahoria cruda	1 mediana	61	26

Granos			
Pan	Medida	Peso (g)	Calorías
Bolillo	1 pieza	28	85
Cuernitos	1 mediano	57	231
Galletas de soya saladas	6 pequeñas	18	78
Galletas habaneras de trigo	6 pequeñas	24	106
Pan blanco de caja	1 rebanada	25	67
Pan dulce	Media pieza	35	96
Pan integral de caja	1 rebanada	28	69
Pan negro	1 rebanada	26	65
Pan para hot dog o hamburguesa	1 pieza	43	123
Tortilla de harina	1 mediana	32	104
Tortilla de maíz	1 mediana	26	58
Cereal	Medida	Peso (g)	Calorías
Cereal bran flakes	2/3 de taza	33	106
Cereal corn flakes	1 taza	28	102
Cereal de arroz	2 tazas	28	113
Cereal de avena	media taza	117	73
Cereal de trigo	2 tazas	24	87
Granos y harinas	Medida	Peso (g)	Calorías
Amaranto	media taza	98	365
Arroz blanco	media taza	79	103
Arroz integral	media taza	98	108
Harina blanca	1 taza	125	455
Masa de maíz	1 taza	114	416
Palomitas de maíz	2 tazas	16	61
Pasta	Medida	Peso (g)	Calorías
Fideos enriquecidos con huevo	media taza	80	106
Macarrón	media taza	70	99
Espagueti hervidos sin sal	media taza	70	99

Aves			
Pollo	Medida	Peso (g)	Calorías
Alitas a la parrilla o asadas	-	85	246
Hígado	-	85	133
Muslo con piel	-	85	210
Paté de hígado	-	85	171
Pechuga con piel, a la parrilla, frita o asada	-	85	168
Pechuga sin piel, a la parrilla, frita o asada	-	85	141
Pierna con piel	-	85	183
Pierna y muslo con piel, a la parrilla o asada	-	85	215
Pierna y muslo sin piel, a la parrilla o asada	-	85	174
Pavo	Medida	Peso (g)	Calorías
Alita con piel asada	-	85	195
Muslo con piel	-	85	133
Pechuga con piel asada	-	85	161
Pechuga sin piel asada	-	85	93
Pierna con piel	-	85	177
Pierna y muslo asados	-	85	159
Pato	Medida	Peso (g)	Calorías
Carne con piel, asada	-	85	286
Carne sin piel, asada	-	85	171
Pescado			
Sin grasa	Medida	Peso (g)	Calorías
Atún en agua, enlatado	-	85	99
Huachinango	-	85	109
Robalo	-	85	124
Con poca grasa	Medida	Peso (g)	Calorías
Atún en aceite, enlatado	-	85	168

Salmón ahumado	-	85	99
Salmón rosado	-	85	127
Trucha	-	85	128
Con mucha grasa	Medida	Peso (g)	Calorías
Macarela	-	85	223
Sardina enlatada	-	85	177

Mariscos			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Almejas empanizadas y fritas	-	85	333
Camarón empanizado	-	85	206
Camarón enlatado	-	85	38
Camarón hervido	-	85	84
Cangrejo cocinado al vapor	-	85	82
Langosta cocinada al vapor	-	85	83
Ostiones empalizados y fritos	-	85	225
Pulpo cocinado al vapor	-	85	139

Huevos			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Clara de huevo cruda	2 grandes	67	33
Huevo entero crudo	1 grande	50	75
Sustituto líquido de huevo	Media taza	126	105
Yema de huevo	1 grande	17	59

Legumbres			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Alfalfa cruda	1 taza	33	10
Arvejón hervido sin sal	media taza	98	116
Cacahuates crudos	1/3 de taza	48	273
Chícharos con sal	media taza	80	67
Frijol blanco	media taza	90	127
Frijol negro hervido	media taza	86	114
Frijol pinto	media taza	86	117
Garbanzo hervido	media taza	82	134
Germen de frijol hervido sin sal	media taza	47	38
Germen de soya hervido sin sal	media taza	86	149
Habas hervidas	media taza	85	94
Lentejas	media taza	99	115
Mantequilla de cacahuete	2 cucharadas	32	190

Nueces y semillas			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Almendra	-	100	596
Almendra tostada sin sal	30 piezas	28	275
Avellana	-	100	670
Cacahuates tostados	-	100	628
Nuez de Brasil	1/3 de taza	47	306
Nuez de Castilla	-	100	712
Nuez de la India	1/3 de taza	46	262
Nuez de Macadamia tostada	1/3 de taza	45	321
Pepita de calabaza seca	1/4 de taza	16	71
Piñón	-	100	601
Pistache tostado	1/3 de taza	43	243
Semilla de girasol	1/4 de taza	32	186

Productos lácteos			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Chocolate en polvo para mezclar con leche	1 vaso de leche de 200 ml	25	224
Leche baja en grasa	1 taza	244	102
Leche condensada	1 onza	38	123
Leche de chocolate baja en calorías	1 taza	250	158
Leche entera	1 taza	244	150
Leche evaporada	1 onza	32	42
Leche evaporada baja en calorías	1 onza	32	25
Yogurt bajo en grasa	1 taza	245	155
Yogurt bajo en grasa con fruta	1 taza	227	225
	Medida	Peso (g)	Calorías
Crema			
Crema agria	1 cucharada	12	26
Crema batida	1 onza	30	103
	Medida	Peso (g)	Calorías
Postres congelados			
Helado de chocolate	1 1/2 tazas	198	428
Helado de vainilla	1 1/2 tazas	198	398
Yogurt de chocolate	1 taza	144	230

Dulces, golosinas y productos elaborados a base de harinas			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Buñuelos	-	100	425
Chocolate con almendras	-	100	554-583
Chocolate en barra	-	100	539-542
Helados de Agua	-	100	140
Helados de Crema	-	100	209-212
Mermelada de frutas	-	100	232-250

Quesos			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Americano	1 rebanada	57	213
Chihuahua	-	100	376
Cottage	2 tazas	420	434
Cottage sin grasa	2 tazas	290	245
Edam	1 1/2 onzas	43	152
Gouda	1 1/2 onzas	43	152
Gruyère	1 1/2 onzas	43	176
Manchego	-	100	395
Oaxaca	-	100	313
Panela	-	100	278
Parmesano	-	100	391
Queso crema	2 cucharadas	28	99
Queso crema descremado	2 cucharadas	28	28
Queso de cabra	1 1/2 onzas	43	155

Grasas y aceites			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Grasas			
Mantequilla con sal o sin sal	1 cucharada	14	102
Margarina	1 cucharada	14	101
Margarina baja en calorías	1 cucharada	14	50
Aceites vegetales			
Aceite de canola	1 cucharada	14	124
Aceite de coco	1 cucharada pequeña	10	135
Aceite de girasol	1 cucharada	14	120
Aceite de hígado de bacalao	1 cucharada pequeña	10	130
Aceite de maíz	1 cucharada	14	119
Aceite de oliva	1 cucharada pequeña	10	90

Refrescos			
	Medida	Peso (g)	Calorías
De bajas calorías y con cafeína	12 onzas (370 ml)	-	4
Ginger Ale	12 onzas (370 ml)	-	124
Lima- Limón	12 onzas (370 ml)	-	147
Naranja	12 onzas (370 ml)	-	179
Refresco de cola con cafeína	12 onzas (370 ml)	-	152
té de hierbas	6 onzas (180 ml)	-	2
té negro	6 onzas (180 ml)	-	2

Endulzantes			
	Medida	Peso (g)	Calorías
Azúcar blanca granulada	1 cucharada	4	16
Azúcar glass	1 cucharada	3	10
Azúcar mascabado	1 cucharada	5	17
Chispas de chocolate semi-dulces	60 piezas	28	136
Chocolate de leche	1 barra	44	226
Chocolate para hornear	1 onza	28	148
Jarabe de maple	1 cucharada	20	52
Miel	1 cucharada	21	64
Polvo de cocoa sin endulzar	1 cucharada	5	11