



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER CON ENFOQUE DE TERAPIA
RACIONAL EMOTIVA PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO DIRIGIDO A MUJERES DE 20 A
40 AÑOS CON OBESIDAD GRADO I**

T E S I N A

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

P R E S E N T A:

BLANCA AZUCENA HERNÁNDEZ RIVERA

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo 1 OBESIDAD	
1.1 Definición.....	9
1.2 Antecedentes históricos de la obesidad.....	10
1.3 Etiología.....	17
1.4 Factores de riesgo y enfermedades asociadas.....	22
1.5 Aspectos psicológicos.....	24
1.5.1 psicopatología.....	27
1.6 Clasificación.....	28
1.7 Epidemiología.....	30
1.8 Tratamientos.....	31
1.8.1 No farmacológico.....	32
1.8.1.1 plan de alimentación y actividad física.....	33
1.8.2 Farmacológico.....	39
1.8.3 Quirúrgico.....	40
1.9 Adherencia al tratamiento.....	41
Capítulo 2 ADULTEZ TEMPRANA	
2.1 Características físicas.....	45
2.2 Características cognitivas.....	48
2.3 Personalidad.....	51
2.4 Características psicosociales.....	56
2.4.1 exigencias actuales de la mujer.....	59

	Pág.
Capítulo 3 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	
3.1 Antecedentes.....	61
3.2 características de la TREC.....	63
3.3 Marco de referencia empírico y conceptual.....	64
3.4 Aspectos teóricos de la TREC.....	64
3.5 Modelo ABC.....	66
3.6 Estructura básica de la TREC.....	69
3.7 Procedimiento.....	71
3.8 Aplicación de la TREC en grupo.....	72
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
Justificación.....	74
Objetivo general.....	75
Objetivos específicos.....	75
Cartas descriptivas.....	78
Discusión.....	84
Referencias.....	90
Anexos.....	93

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a todas y cada una de las personas que han enriquecido mi vida, contribuyendo en la construcción de mi persona:

A mi familia (Isra, Abril, Mami, Ángel, Nene y Paco) por su apoyo incondicional y por la confianza que siempre me han tenido.

Ahora que escribo estas líneas, vienen tantos rostros a mi memoria, tantos momentos invaluable que disfrute con mis compañer@s y amig@s que me he encontrado en el camino de mi formación profesional, algunos no los he vuelto a ver, otros permanecen a mi lado (gracias Arminda).

Agradezco a los profesores que han dejado su huella en mi vida personal y profesional, sus enseñanzas y generosidad al compartir sus experiencias.

Amigos y compañeros del IMSS, de La Casa De La Sal, que siempre me apoyaron y animaron para continuar, gracias.

Y por último gracias a la UNAM por permitirme ser parte de ella.

RESUMEN

En este trabajo se propone la Implementación de un taller con enfoque en la Terapia Racional Emotiva-conductual (TREC) para propiciar la adherencia terapéutica al tratamiento dietético, en mujeres de 20 a 40 años con obesidad de primer grado, cuya finalidad es que las participantes adquieran habilidades cognitivas, afectivas y conductuales que propicien un cambio significativo en su estilo de vida para favorecer la disminución de peso y por ende mejorar su salud.

La obesidad es una enfermedad crónica y el cambio de estilo de vida (dieta saludable y aumentar la actividad física) es lo más efectivo para reducir la grasa corporal, el apoyo psicológico es complementario en el tratamiento integral de la obesidad, ya que identifica las conductas que llevan a las personas a comer de forma inadecuada, los estados emocionales y estresores que originan estas conductas e influyen en la aceptación del tratamiento prescrito por los profesionales de la salud.

Palabras clave: Terapia Racional Emotiva-conductual, obesidad, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

In this work, it is proposed the implementation of a class with a special focus in the emotional-behavioral rational therapy this, to promote a therapeutic adhesion in the diabetic treatment in women of 20 to 40 years old who suffer from obesity I. The purpose is that the participants acquire affective, behavioral and cognitive abilities that must promote a significant change in his lifestyle, gaining weight reduction and improving of his health.

The obesity is a chronic disease, a lifestyle change (healthy diet and physical activity) it's a effective method for reduce fat, complementing psychological support is necessary in the obesity treatment too, because it identifies behaviors that lead to people to eat excessively and improperly, the emotional states that originate these behaviors and influence the acceptance of this treatment dictated by health professionals.

Key words: emotional-behavioral rational therapy, obesity, therapeutic adhesion.

INTRODUCCIÓN

Cambiar el estilo de vida no es cosa fácil, desarrollar hábitos saludables, a pesar de saber que es un beneficio para la salud, implica un esfuerzo y a veces una lucha entre lo que se quiere y lo que se debería de hacer.

La obesidad es una enfermedad que ha aumentado a nivel mundial, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia, en México se ha vuelto un problema de salud muy importante, ya que 7 de cada 10 personas tienen cierto grado de sobrepeso, esto aumenta los gastos médicos considerablemente, porque no se ha podido prevenir ni tratar a tiempo, sino hasta que aparecen complicaciones.

Cuando el paciente es enviado por su médico al servicio de nutrición porque se le ha diagnosticado obesidad u otra enfermedad relacionada con el exceso de peso, parte del tratamiento es cambiar la dieta o llevar un plan de alimentación distinto al habitual, de tal manera que se activan una serie de respuestas afectivas, cognitivas y conductuales que, de acuerdo a las creencias de cada persona, implicarán diferentes tipos de respuestas que le permitirán adherirse o no a las indicaciones del personal de la salud e incluso en algunos casos llevarlos a comportamientos autodestructivos o sentimientos desadaptativos como depresión o ansiedad. Sin embargo, a pesar de todo lo mencionado, el apoyo psicológico no siempre se proporciona o no se incluye en el tratamiento de esta enfermedad.

Este trabajo pretende implementar la intervención psicológica en el tratamiento interdisciplinario de la obesidad, como lo sugieren las normas o guías para un manejo adecuado de este padecimiento, proporcionando el apoyo psicológico que puede hacer la diferencia en el logro de la reducción del peso corporal y con ello evitar el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas y/o el deterioro de la calidad de vida de quien la padece.

Según los estudios que se han realizado sobre adherencia terapéutica se ha demostrado que es muy baja, menos del 40%, sobre todo si se trata de cambios en el estilo de vida (Rodríguez, G. 1999).

Este taller tiene como objetivo propiciar la adherencia terapéutica al plan de alimentación indicado a mujeres (de 20 a 40 años de edad), se consideró este grupo de personas porque su impacto será mayor en la población, ya que se comportarán como sujetos de cambio en sus núcleos familiares.

En este trabajo se presenta el capítulo 1 dedicado a explicar en qué consiste la obesidad y como a lo largo de la historia del hombre ha cambiado su significado, se explican los riesgos que representa para la salud, sus causas, como se clasifica, los tipos de tratamiento disponibles y la dificultad que tienen los pacientes con obesidad para adherirse al tratamiento dietético.

En el capítulo 2 se abordará la etapa de desarrollo del adulto temprano, porque es la etapa en la que se encuentran las mujeres a las que va dirigido el taller. Se exponen las características físicas, cognitivas, psicosociales, así como la personalidad y las exigencias que enfrentan las mujeres en la actualidad.

En el capítulo 3 se muestran los fundamentos teóricos y prácticos de la Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) que será el enfoque que tendrá el taller, promoviendo así el cambio de pensamiento y de creencias irracionales de las pacientes con obesidad que están en tratamiento dietético, favoreciendo la adherencia al mismo, a través del razonamiento científico, el trabajo emocional y el cambio de conductas alimentarias que se contraponen al tratamiento indicado.

La propuesta consta de 6 sesiones quincenales en las cuales se trabajarán: a) el área cognitiva: a través de sesiones psicoeducativas en donde se informará a las participantes porque subimos de peso y las consecuencias que tiene el exceso de peso en nuestra salud; b) en relación al aspecto emocional se les instruirá en el ABC de la TREC, para que identifiquen sus creencias irracionales que provoca en ellas consecuencias emocionales inadecuadas y se den cuenta que es su elección sufrir o no su proceso de cambio; c) se llevarán a cabo tareas en casa y ejercicios vivenciales que ayudarán a sensibilizar a las participantes en su proceso, comprenderlo y facilitarles el cambio; d) se propondrán técnicas de premios o castigos para reforzar conductas o extinguirlas según sea el caso.

CAPITULO 1

OBESIDAD

*“No hay amor más sincero que el amor a la comida”: George Bernard Shaw
(escritor irlandés 1856 – 1950).*

Desde que nacemos, al ser alimentados por nuestra madre no solo recibimos los nutrientes que requerimos, también recibimos amor, seguridad y aprendemos a vincularnos con el mundo que nos rodea. Y es precisamente en el seno de la familia donde adquirimos hábitos y costumbres alimentarias que pueden permanecer a lo largo de nuestra vida, para bien o para mal.

Desde pequeños aprendemos a relacionarnos con la comida de distintas maneras: tal vez se considere un premio; “Si te acabas tus verduras, te compro un dulce”. A no “desperdiciar” y comer todo lo servido, aunque se esté satisfecho: “¡Comete todo, muchos niños no tienen que comer y tú lo tiras!”. Tal vez a ver platos muy bastos, hacer comidas copiosas y no es raro escuchar recomendaciones de lugares donde las porciones son muy grandes: “tortas gigantes”, “coma todo lo que quiera por tan solo...”, “por tantos pesos más podemos agrandar su orden” y vamos aprendiendo a dejar de comer hasta que la capacidad gástrica se encuentra en su límite máximo, expresado por frases como: “ya no me cabe nada”, “estoy muy lleno”.

En México también es muy común, todavía, relacionar el peso con bienestar, sobre todo en los niños: “está bien gordito y grandote”; “no te preocupes, cuando crecen adelgazan”; “como vas a limitarlo, pobrecito, es un niño”; precisamente cuando el sobrepeso y la obesidad aparecen en la infancia, ésta es más difícil de tratar, ya que se perpetua como lo mencionan Hurtado & Riveros (2012).

La obesidad es una enfermedad que ha ido en aumento no solo en países desarrollados, sino en países de bajos ingresos, pero sobre todo en áreas urbanas.

Se le considera una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial, en la que están implicados factores metabólicos, genéticos, psicosociales y culturales.

A continuación se revisará en qué consiste la obesidad, para tener un panorama amplio de esta compleja enfermedad y su repercusión en la salud y calidad de vida de quien la padece.

1.1 DEFINICIÓN

“Beber y comer buen pasatiempo es”: Anónimo.

La palabra obesidad se deriva del latín obesitas que quiere decir “a causa de lo que yo como”.

La obesidad se define de forma general como el exceso de grasa corporal (tejido adiposo) con la relación al peso (Kaufer & Ávila 2003).

García y Kaufer (2011) consideran a la obesidad como una enfermedad crónica que conduce a la enfermedad y al sufrimiento emocional.

La obesidad es el resultado del aumento del tamaño y el número de los adipocitos (células del tejido graso o adiposo) de una persona, éstos contienen lípidos esenciales y no esenciales que conforman los triglicéridos constituyendo así el tejido adiposo. El número de adipocitos queda establecido al final de la adolescencia, es por ello que cuando la obesidad o el sobrepeso se desarrollan en la infancia, resulta más difícil bajar de peso ya que el número de adipocitos es más elevado. Por ejemplo, un individuo de tamaño y peso promedio, tiene entre 25 y 35 billones de adipocitos, cuando su peso se eleva los adipocitos inicialmente aumentan su tamaño y luego su número se multiplica (Hurtado & Riveros 2012).

García, Arakelian y Parra (2012) coinciden en que la obesidad es una enfermedad crónica, recurrente, evolutiva, de etiología multifactorial y que se caracteriza por la reserva anormal y excesiva de grasa corporal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014 define a la obesidad como un depósito anormal o excesivo de grasa, perjudicial para la salud.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD

“Más largo que un día sin pan”: Anónimo.

Moreno, Iglesias y Guijarro (2012) hacen un inventario a lo largo de la historia de la medicina, nos muestran los diferentes significados que ha tenido la obesidad a lo largo del tiempo en la vida de los seres humanos, determinando su aceptación o rechazo en diferentes épocas hasta la actualidad:

La única prueba que se tiene de que la obesidad existía desde la prehistoria (época paleolítica) es la existencia de las estatuillas de mujeres de gran volumen, y abundantes curvas.

Estas piezas arqueológicas se caracterizan por no tener rostro, sus brazos y pies son pequeños se les ha llamado: las venus de Laussel, Lespugue, Vestonice y Willendorf, (Figura 1).

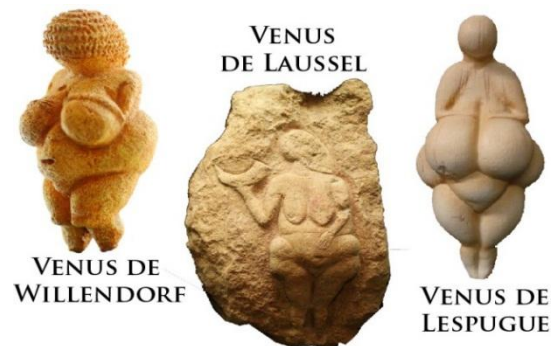


Figura1.

Su antigüedad data de unos 25,000 años, representan un símbolo de maternidad y fecundidad. En esta época la obesidad en la mujer significaba una señal divina de salud, longevidad y fecundidad ya que poseía la capacidad de sobrevivir y reproducirse.

La primera descripción en donde se menciona la relación del exceso de peso con la ingesta se encuentra en el libro “Enseñanzas de Kagemni” procedente del imperio medio egipcio que data de los siglos XXI-XVII a. C. donde puede leerse lo siguiente:

La glotonería es grosera y censurable. Un vaso de agua calma la sed. Un puñado de vegetales fortalece el corazón. Toma una sola cosa en lugar de manjares. Un pedazo pequeño en lugar de uno grande. Es despreciable aquel cuyo vientre sigue codiciando después de que paso la hora de comer... (En Moreno et al. 2012).

En Grecia hace más de dos mil años Hipócrates ya relacionaba la obesidad con la salud mental y física por lo que determinó que las personas con tendencia a la gordura mueren antes que las delgadas.

Los griegos clasificaron las distintas compleciones del ser humano en tres biotipos determinados por la genética que nos caracteriza (figura 2).

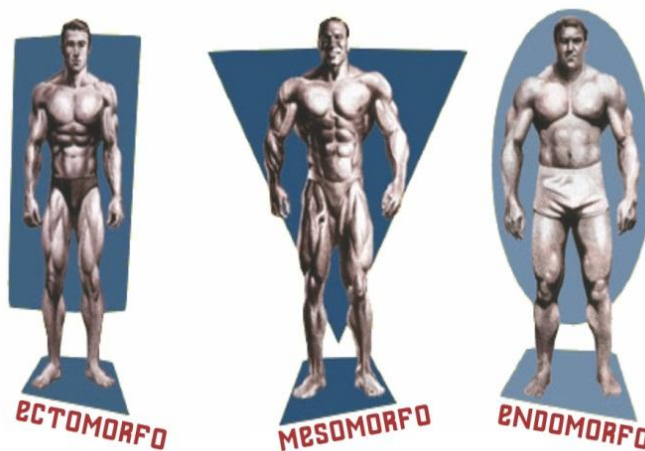


Figura 2. Biotipos o compleciones

Los ectomórficos (longilíneos), los mesomórfico (cuerpo ideal) y los endomórficos (robustos), son compleciones de peso normal. En la actualidad con el exceso de alimentos hipercalóricos y la falta de actividad física, la compleción ectomórfica tendría cierta resistencia a la obesidad, mientras que la compleción endomórfica sería más propensa a la obesidad (García & Kaufer 2011).

En Roma en el siglo II a. C. Galeno identificó 2 tipos de obesidad: moderada que para él era natural e inmoderada que representaba una forma patológica o mórbida. También relacionaba la obesidad con un estilo de vida inadecuado y sedentario.

En la edad media no hay descripciones de la obesidad, aunque era común entre los nobles que consumieran dietas abundantes en grasas y proteínas, ya que se consideraba un equivalente de bienestar. Se rechazaba la belleza de la mujer, se ocultaba el cuerpo con la ropa, porque se asociaba con el mal.

Avicena en el siglo X-XI (fue el médico más prestigiado de la medicina árabe) en su enciclopedia Qanum, dedicó todo un capítulo a la obesidad, describió las consecuencias de esta enfermedad como la apnea, dificultad de movimiento, infertilidad, disminución de la libido, trastornos gastrointestinales, etc.

En las culturas precolombinas se encuentra la relación de estatus, poder y la gordura por medio de figurillas que representaban hombres de poder luciendo sus vientres abultados (figuras 3).



Figura 3. Figura precolombina.

En las crónicas de Bernal Díaz del Castillo se menciona la existencia de la obesidad en las clases pudientes, ya que se hace una descripción del “cacique gordo de Cempoal” (Saucedo A. G. 2012). Los estudios de los antiguos nahuas, demuestran su conocimiento de la obesidad, las siguientes palabras son un ejemplo de ello:

Tzotzollatl: se refiere a los pliegues de grasa, la papada y el abdomen.

Xuchyotl: grasa amarilla.

Ceceyotl: se refiere a la grasa blanca o blanda.

Puchquiyut: se refiere a la gordura fofa o aguada.

Cuitlapallotl: es una forma despectiva de llamar a la gordura porque significa “bola de suciedad”.

En el renacimiento durante el año 1580 todos los temas artísticos mitológicos, bíblicos o históricos son un pretexto para desnudar a las mujeres y celebrar sus formas voluptuosas.

Durante el siglo XVI y XVII la obesidad vuelve a ser un símbolo de fertilidad, de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza, indicando buena posición socioeconómica, salud y bienestar, en esta época los nobles eran obesos, por ejemplo Enrique VIII y Jorge II, las modelos de Rubens pesaban más de 90 kilos (Figura 4).



Figura 4. Las tres gracias de Rubens.

En la primera mitad del siglo XVIII Herman Boerhaave, médico holandés de mucho renombre y prestigio en la época retomó las enseñanzas de Hipócrates y Galeno. Boerhaave considera a la obesidad una alteración cuya responsabilidad es de cada individuo.

En la segunda mitad del siglo XVIII, en 1765 Baptista inicia la teoría anatomopatológica: en su obra “De Sedibus et Causis Morborum per Anatomem Indagata” describe dos casos de obesidad visceral y sus comorbilidades (accidente cerebral vascular) asociadas a la obesidad central y el síndrome metabólico.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII y el siglo XIX el ideal de belleza femenina sigue siendo de formas redondeadas. En 1835 Adolfo Quetelet un estadístico, matemático y sociólogo de origen belga establece la curva antropométrica de distribución de la población belga y propone que el peso debe ser corregido en función de la estatura (Kg/m^2). Este índice de Quetelet es en la actualidad conocido y utilizado como el Índice de Masa Corporal (IMC).

En la primera mitad del siglo XX la obesidad se clasificaba como exógena (exceso en la ingesta y sedentarismo) y endógena (por problemas hormonales como el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing); Marañón (1946), endocrinólogo español admite que la obesidad es multifactorial y debido a la dificultad del tratamiento lo mejor es la prevención y determina que solo con un cambio total del régimen de vida se podrá adelgazar.

En los años 40's y 50's los medios de comunicación masiva representan a la femineidad de acuerdo con las expectativas masculinas: pechos voluminosos, nalgas redondas, hipererotizadas (figura 5).



Figura 5. Anuncio de los 50's

En la segunda mitad del siglo XX surge el rechazo y la discriminación a la obesidad, siendo la extrema delgadez el símbolo del éxito socioeconómico, este modelo afecta principalmente a las mujeres quienes tienen un papel más activo en la economía. Sin embargo, en una sociedad cada vez más obesa, se enfrenta a modelos de belleza más delgados e inalcanzables (Parra 2012). (Ver figura 6).



Figura 6. Modelos de belleza en la actualidad.

En 1997 la OMS declaró a la obesidad como la epidemia del siglo XXI.

En 1999 se publicó la declaración de Milán en donde los 24 países de la unión europea confirmaban la necesidad de sumar esfuerzos para prevenir y tratar la obesidad por ser una enfermedad cuyas consecuencias representan un riesgo para la salud.

Actualmente la delgadez significa estatus de alto valor, idealizado por los modelos de belleza, se asocia con el atractivo, es sinónimo de éxito, control y libertad, psicodinamicamente representa el control del yo.

Brownell (1991) sostiene que la delgadez se equipara con la perfección moral, significa trabajo duro, ambición y autocontrol y la obesidad es signo de pereza, estupidez, irresponsabilidad y fragilidad.

En los últimos 35 años las mujeres robustas han desaparecido como modelos en las revistas, concursos de belleza, anuncios y programas de televisión, la mayoría de las mujeres anunciadoras o actrices son jóvenes, atractivas y delgadas. Lipovetsky (en Parra 2012) afirma que estamos en una época anti edad y anti peso, reflejado incluso en los juguetes y programas infantiles (ver figura 7).



Figura 7. Estereotipos de belleza en juguetes, cada vez más delgados.

En estos tiempos estamos envueltos en un círculo vicioso difícil de romper: comemos más de lo que gastamos por lo que acumulamos grasa y enfermamos, lo cual provoca que no nos podamos mover y sigamos perpetuando la obesidad.

A pesar de los esfuerzos nacionales e internacionales a través de leyes, normas, guías de práctica clínica y esfuerzos de la comunidad científica y profesionales de la salud dedicados al tratamiento de esta enfermedad no ha sido suficiente para controlarla, por el contrario se ha propagado en todos los países y en todas las edades y estratos socioeconómicos.

1.3 ETIOLOGÍA

“Hay que comer para vivir y no vivir para comer”: Moliere (dramaturgo y actor francés 1622 – 1673).

La obesidad es una enfermedad multifactorial y las diversas investigaciones realizadas en los últimos tiempos hacen aún más complejo descubrir las causas que la generan, los nuevos descubrimientos del genoma humano abren una ventana más para poder explicarla.

Moreno et al. (2012) mencionan los siguientes factores implicados en el desarrollo de la obesidad:

➤ Factores genéticos

Existe la teoría de que todos los seres humanos tenemos un “gen ahorrador de energía”, adquirido desde los tiempos de la prehistoria cuando los homo-sapiens tuvieron que sobrevivir a periodos de escasez, siendo recolectores, cazadores e incluso carroñeros. Solo sobrevivieron a estos tiempos difíciles aquellos cuyos organismos no gastaban la poca energía que consumían y la almacenaban en forma de grasa.

Aún no se ha encontrado un marcador genético específico de la obesidad, sin embargo, se sabe que el genotipo tiene mayor influencia sobre la grasa visceral que sobre el tejido adiposo subcutáneo. Además de ser necesario un ambiente favorable para que esto ocurra (abundantes alimentos y poco gasto de energía). Más de 600 genes marcadores y regiones cromosómicas se han asociado con fenotipos humanos obesos.

La herencia genética a través de genes específicos puede influir en la regulación del apetito (leptina, grelina, receptores de melanocortina, entre otros), la termogénesis y el metabolismo energético, así como diferentes procesos incluyendo la adipogénesis (adiponectina).

En 1994 Friedman publicó la estructura del gen *Ob* en humanos y postuló que pacientes con mutaciones de este gen carecen de leptina, lo cual provoca obesidad.

La base genética explica que entre 40 y 80% de los casos de obesidad, son poligénicos y actúa en diferentes mecanismos (gasto basal, preferencia en comida, sueño, etc.) de forma aislada o combinada. Se ha demostrado que entre el 25 y 35% de los casos de obesidad proceden de familias en donde los padres tiene un peso normal, sin embargo el riesgo es mayor si los padres son obesos, lo mismo se ha observado en el riesgo de desarrollar obesidad infantil el cual es cuatro veces mayor cuando uno de los padres es obeso y ocho veces cuando lo son ambos padres.

➤ Factores endocrinos (hormonales)

Un desequilibrio hormonal primario puede ser causante de obesidad, ya que afecta el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos. Entre las alteraciones endocrinas que causan obesidad se encuentran:

- ✓ Síndrome de ovarios poliquísticos: es la alteración endocrina más frecuente en mujeres jóvenes.
- ✓ Hiperinsulinismo y resistencia a la insulina: es la concentración elevada de insulina en la sangre, se relaciona con la resistencia a la insulina.
- ✓ Síndrome de Cushing: se caracteriza por un incremento en el cortisol, lo que ocasiona obesidad en el tronco y delgadez de las extremidades.
- ✓ Hipotiroidismo: se presenta por una deficiencia de la producción de la glándula tiroidea de la hormona tiroxina (T4) y triyodotironina (T3).
- ✓ Hiperandrogenismo: es cuando la acción biológica de los andrógenos esta aumentada, va desde el hirsutismo (vello excesivo), hasta una franca virilización.

Las hormonas reproductivas constituyen mediadores de la conducta alimentaria. Los cambios del ciclo menstrual son un factor fisiológico del balance energético de la mujer premenopáusica. Conforme se acerca la ovulación (presencia elevada de

estrógenos plasmáticos) las mujeres disminuyen su ingreso energético. Durante la fase lútea del ciclo menstrual (aumento en la concentración de progesterona en plasma) aumenta el ingreso energético, este estado se conoce como hiperfagia lútea, en este periodo se ha observado un incremento de 90 a 500 kcal/día en relación con la fase folicular. Las mujeres que son más sensibles a este estado tienen mayor tendencia a la obesidad, probablemente se deba a que la progesterona estimula el almacenamiento de grasa en el tejido adiposo por la disminución de la actividad de la lipoproteína lipasa en dicho tejido, condicionando la disminución de los triacilgliceroles plasmáticos, estimulando el deseo de comer alimentos ricos en grasas (Soderlund 2009).

➤ Neurológicos

La ingesta de alimentos está regulada por complejos mecanismos que comprenden señales visuales, olfativas, gustativas moduladas por factores culturales, sociales, religiosos, educacionales y además de todo esto también intervienen hormonas reguladoras de la ingesta a nivel cerebral.

El cerebro integra señales de otros órganos o tejidos que le informan el estado de la reserva energética, cuando baja la reserva de glucosa o grasa en el cuerpo, la leptina o la insulina avisan al cerebro para que genere la sensación de hambre y se produzca la búsqueda de alimentos (neuropéptidos hipotalámicos). Este mecanismo de regulación es bastante complejo, sin embargo, el problema es que no escuchamos estas señales de nuestro cuerpo, ya que con tanta variedad de sabores, olores y alimentos de alta densidad calórica, la presión social, la distracción del cerebro cuando hacemos otra actividad mientras estamos comiendo (ver tele o leer), no permite que las señales lleguen adecuadamente y seguimos comiendo, a pesar de estar satisfechos o no tener hambre.

➤ Psicológicos

La interacción de los aspectos psicológicos y la obesidad es tan estrecha que en ocasiones se dificulta determinar cuál fue primero ya que se ha demostrado que la obesidad puede llevar a la depresión y la depresión conducir a la obesidad

(Markowitz et al, en Papalia, D. Felman, R. Mantorell, G. 2012). También hay una gran influencia de los rasgos de personalidad en la conducta alimentaria que lleva a la persona a comer de manera excesiva, estos desordenes de alimentación pueden entrar en la categoría de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

García y Kaufer (2011) mencionan que alrededor del 30% de los obesos presentan una conducta alimentaria anormal, observando el trastorno de atracón como el más frecuente, se presenta mayor prevalencia de depresión y ansiedad en la población obesa que en la población con peso normal

Las personas que comen por ansiedad generalmente tienen hambre a todas horas, principalmente después de haber comido y “pican” continuamente algún alimento en particular (chocolates, pan, galletas, etc.).

La depresión suele ir acompañada de alteraciones del apetito y del sueño. También se ha comprobado que las personas que siguen dietas extremadamente bajas en hidratos de carbono tienen más riesgo de sentirse deprimidas o tristes debido a que el triptófano y la serotonina (sustancias que propician la sensación de bienestar) son desencadenadas por los alimentos ricos en azúcares (Valdivia 2005).

➤ Factores ambientales (socioculturales)

La alimentación humana forma parte de nuestras costumbres y tradiciones, el consumo de los alimentos pasa por un filtro de simbolizaciones y significaciones dando como resultado la categorización de los alimentos como buenos o malos de acuerdo a cada persona y grupo humano, es decir un mismo alimento puede ser representado de diferentes maneras por las personas dependiendo de su origen social y geográfico, también por su edad y género y la época en la que viven. En la actualidad las relaciones sociales se tejen alrededor de la comida, es la manera de expresar afecto y decirles a las personas que son importantes. Es por ello que la alimentación tiene dos aspectos: el objetivo que tiene que ver con la satisfacción del requerimiento energético del organismo y el aspecto subjetivo: que es el que tiene su componente humano donde se involucra el carácter simbólico: el juicio y

la valoración de quien consume tal alimento con respecto al momento en que se come, con quien y donde se consumen los alimentos, lo cual en condiciones normales implica un disfrute (López 2003).

Cada sociedad moldea una imagen ideal y el sujeto tendrá que cumplirla, ya que su percepción estará condicionada de acuerdo a estos cánones, lo que hará que una imagen represente belleza o fealdad, delgadez o gordura, de acuerdo a sus patrones culturales y aspectos internos regulados por su historia de vida.

Principalmente los factores ambientales que influyen en la aparición de la obesidad son (Moreno et al. 2012):

- 1) Un aumento en la disponibilidad e ingesta de alimentos de alta densidad calórica (comida rápida),
- 2) Una disminución en la actividad física (sedentarismo),
- 3) El mundo moderno puede llegar a alterar los patrones de sueño que también pueden condicionar la obesidad por la disminución de leptina (suprime el apetito) y el aumento de ghrelina (estimula la sensación de hambre),
- 4) La presión social y comercial para ingerir alimentos hipercalóricos,
- 5) El desconocimiento de conceptos básicos de nutrición.

➤ Factores secundarios a la toma de medicamentos

La Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de sobrepeso y la obesidad exógena (2011) emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), menciona los medicamentos que se asocian con un aumento de hasta 10 Kg de peso en algunos casos, posterior a las doce semanas de su uso: clozapina, betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), insulina, litio, valproato de sodio, sulfonilureas (clorpropamida, glibenclamida, glimepirida y lipizida), tiazolidinedionas, incluyendo pioglitazona y antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina. Así mismo los medicamentos que interfieren con la pérdida

de peso: antiinflamatorios no esteroideos, calcioantagonistas, inhibidores de la proteasa, sulfonilureas, gapapentina, paroxetina, risperidona, olanzapina, clozapina y esteroides.

1.3 FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD.

“De limpios y tragones están llenos los panteones” anónimo.

La OMS (2014) determinó que la obesidad es el sexto factor principal de riesgo de muerte en el mundo. Cada año fallecen alrededor de 3.4 millones de adultos a consecuencia de la obesidad. Además el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos tipos de cáncer son atribuibles a la obesidad.

La obesidad constituye un problema de salud, económico y psicosocial, que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de servicios de salud, disminución en la calidad de vida, incapacidad y estigmatización social (GPC 2011).

De acuerdo a Hurtado y Riveros (2012) un IMC elevado a edades tempranas va a determinar más años con exceso de peso y mayor riesgo para la salud.

Kaufer y Ávila (2003) señalan las implicaciones a la salud por causa de la obesidad y los aspectos que influyen en ello:

- a) La magnitud o severidad (cuanto peso se tiene de más).
- b) La cantidad de reserva grasa que se tiene en el cuerpo (cuanto tejido adiposo se tiene).
- c) La distribución de la grasa (abdominal o femoral-glútea).
- d) Grado de acumulación de grasa intra-abdominal.

Hurtado y Riveros (2012) determinaron que la obesidad se relaciona con:

- El incremento de grasa visceral (obesidad central) condiciona la resistencia a la insulina por lo tanto a la diabetes mellitus, síndrome metabólico, dislipidemia, hiperuricemia, hiperinsulinismo. Se ha demostrado en numerosos estudios que la obesidad aumenta tres veces la prevalencia de diabetes tipo 2 y la pérdida de peso restablece la función del páncreas.
- El riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares aumenta sobre todo por la acumulación de grasa a nivel central (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular cerebral o arterial periférica). Entre otras cosas se debe a la disminución de colesterol bueno (HDL). El estudio de Framingham demuestra que del 40 al 70% de las hipertensiones esenciales se deben a la obesidad, esto es debido a las variaciones de la resistencia vascular y el aumento en la función cardiaca para compensar el aumento de flujo sanguíneo.
- Enfermedad pulmonar restrictiva, la cual puede llevar a hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca derecha, embolia pulmonar y apnea del sueño, esta última es más frecuente en hombres, disminuye la oxigenación, provoca un sueño irregular, aumenta la somnolencia en el día y la hipoventilación.
- Un aumento en la presión de las articulaciones y huesos produce lesiones crónicas (osteoartrosis), este problema aumenta con la edad.
- Alteraciones digestivas como litiasis biliar, esteatosis hepática, hígado graso y hernia hiatal.
- Está relacionada con el cáncer de colon, recto, vesícula biliar, útero y mama más frecuente en mujeres obesas, mientras que el cáncer de colon y próstata es mayor en hombres.
- Afecciones ginecológicas como amenorrea (ausencia de menstruación) y metrorragia (menstruación abundante o irregular); Soderlund (2009) menciona un conjunto de problemas que afectan específicamente a las mujeres como son: la Infertilidad debido a la anovulación (causada por un

estado de hiperinsulinismo endógeno que estimula la producción de andrógenos por las células ováricas, resultando el aumento de la testosterona libre circulante); las mujeres con obesidad tienen mayor riesgo de tener hijos con alteraciones congénitas (espina bífida, anomalías múltiples); son más susceptibles a presentar complicaciones obstétricas (diabetes gestacional, preclamsia, tromboembolias, etc.); tienen mayor riesgo de abortos espontáneos; existe mayor prevalencia de sufrir incontinencia urinaria e infección de vías urinarias.

- Afecciones cutáneas: acantosis nigricans (ver figura 5), úlceras varicosas, acné, estrías de distensión, celulitis.



Figura 5. Acanthosis Nigricans. Es la pigmentación anormal de zonas específicas como pliegues y caras de flexión de las extremidades (el cuello, las axilas, ingle, etc.).

1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

“Lágrimas con pan pronto se secan” anónimo.

La autoestima baja, depresión y ansiedad puede ser causada por la presión social de que deben perder peso. La insatisfacción corporal es a causa de la internalización del ideal delgado que la sociedad imprime en la persona, lo cual la lleva a una evaluación negativa del propio cuerpo, provocando la disminución de la

autoestima. Cuando los tratamientos para bajar de peso no son efectivos les provoca un sentimiento de frustración e incapacidad, disminuyendo la motivación por perder peso.

La salud emocional de las mujeres con obesidad se ve afectada de manera considerable por la incontinencia urinaria, antes mencionada, ya que les impide participar en actividades sociales, físicas, recreativas y sexuales. La vida sexual se ve afectada por la baja autoestima, se puede presentar rechazo o insatisfacción hacia las relaciones sexuales, así como la disminución de la libido, además de la dificultad física durante las relaciones sexuales de pareja (Soderlund 2009). Las personas obesas se ven marcadas, marginadas y estigmatizadas por la concepción social de la obesidad, lo cual tiene un fuerte impacto en la autoestima y en la calidad de vida de quien la padece.

La personalidad narcisista es frecuente en personas con obesidad, estos rasgos aumentan con la disminución de peso, provocando descontento con algunas zonas de su cuerpo (cintura, abdomen, brazos, nalgas y pecho).

La autoestima y el narcisismo guardan un equilibrio, son aspectos afectivos de la persona que influyen en su comportamiento y actitudes.

Mitchell, J. E; Crosby, R. D; Ertelt, T. W; Marino, J. M, Sarwe; D. B; Thompson, J. K; et al (2008) mencionan que en el 42.9% de las personas con obesidad se presenta alexitimia, que es la incapacidad de controlar y reconocer sus emociones, así mismo se correlacionan con:

- Anhedonia: entre más obesidad la anhedonia es mayor, la discriminación social la exacerba.
- Locus de control externo: las personas con obesidad frecuentemente tienen la creencia de que a pesar de su esfuerzo y decisión no pueden controlar nada. Todo les parece que sucede por azar, destino, suerte o por el poder y las decisiones de los otros, todo es externo a ellas.
- Impulsividad: está presente principalmente en personas con obesidad mórbida.

- Dependencia interpersonal: en la medida en que se pierde peso la dependencia disminuye y la fuerza personal aumenta.
- Autoestima: se ha demostrado que entre más grado de obesidad menor autoestima y es más baja entre más edad y en el sexo femenino. La pérdida de peso mejora mucho la autoestima.
- Imagen corporal negativa: es más notoria en las mujeres y sobre todo las adolescentes.

El 40% de las personas con obesidad no se aceptan, no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad. Un alto porcentaje de las personas con obesidad han sufrido algún tipo de abuso durante su niñez (Wadden, T. A; Butryn, M. L; Sarwer, D. B; Fabricatore, A. N; Cserny, C. E; Lipschutz, P. E; et al. 2006).

Socialmente se culpa a la persona obesa por serlo, ya que se considera que es un acto voluntario, se le hacen juicios de valor y se descalifica, lo interesante es que la persona con obesidad lo cree de ella misma, por lo que se autoexcluye, menosprecia y se sienten incapaces, esta autocrítica aumenta la ansiedad, lo que provoca que coma compulsivamente.

Bravo, Espinosa, Mancilla y Recillas (2011) establecen las siguientes características del perfil psicológico de un paciente obeso:

- Muestran poco interés en las situaciones emocionales
- Son pasivos
- Baja autoestima
- Carecen de pensamiento crítico
- Pierden la paciencia rápidamente
- Las críticas de los demás los ofenden demasiado
- Tienen poca energía
- Son inseguros y nerviosos
- Poca tolerancia a la frustración
- Socialmente limitados

1.5.1 PSICOPATOLOGÍA

“Las penas con pan son buenas” anónimo.

Los síntomas depresivos son debidos principalmente a la insatisfacción corporal. Sin embargo, a mayor estado depresivo aumenta la ingesta y se es más susceptible a presentar trastorno de atracón, picoteo o síndrome de comedor matinal. Así es como se crea un círculo vicioso: a mayor depresión mayor ingesta, lo que provoca aumento de peso que lleva a más insatisfacción personal, lo que aumenta la depresión (Allison, K. C; Wadden, T. A; Sarwer, D. B; Fabricatore, A. N; Crerand, C. E; Gibbons, L. M. et al. 2006).

Los síntomas de ansiedad son causados principalmente por la culpa provocada por la discriminación social y el trastorno obsesivo-compulsivo. Por otra parte los sentimientos de inferioridad e incapacidad que presentan las personas con obesidad se traducen como menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas.

En un estudio realizado en personas obesas se demostró que 40% de ellas tienen más dolor físico, es más intenso e insoportable que las personas sin sobrepeso (Heinberg, L. J; Keating, K. & Simonelli, L. 2010).

Es frecuente encontrar trastornos afectivos en personas obesas, sobre todo de depresión. También el carácter pasivo-agresivo, la resistencia a las exigencias laborales o sociales, generan ineficacia, falta de confianza en uno mismo, malas relaciones interpersonales y pesimismo.

El trastorno de conducta alimentaria (TCA) más frecuente en pacientes obesos el atracón o sobre ingesta, en especial se observa el síndrome del comedor nocturno y sobre ingesta emocional.

Los pacientes obesos que presentan el trastorno por atracón presentan más síntomas depresivos que los pacientes obesos sin atracones (Marcus y Wing, 1987 en Zukerfeld, R. 1996).

1.6 CLASIFICACIÓN

“El que nace gordo ni aunque lo fajen” anónimo.

Kaufer y Ávila (2003) describen varios indicadores para clasificar y evaluar la obesidad, los indicadores antropométricos son útiles para estudios poblacionales principalmente.

- Un indicador fácil y práctico es la circunferencia de cintura, se obtiene midiendo con una cinta métrica flexible el punto medio de la cresta iliaca y la última costilla, más o menos a la altura del ombligo; el paciente debe estar de pie sin ropa que le apriete la cintura y los brazos relajados; (Moreno et al. 2012). Se ha demostrado que la concentración de grasa a nivel abdominal o parte superior del cuerpo se asocia con daños a la salud por la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. El riesgo cardiovascular es mayor cuando la cintura en una mujer mide más a 88 cm. y la del hombre mide más de 102 cm.
- Se puede utilizar el índice de masa corporal (IMC), este se obtiene del peso de la persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros (Kg/Mt^2). Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa (Tabla 1).

TABLA 1

Clasificación por IMC

IMC kg/m ²	CLASIFICACIÓN OMS	RIESGO DE COMORBILIDAD
<18.5	Bajo peso	Bajo
18.5 – 24.9	Normal	Promedio
25 – 29.9	Sobrepeso	Aumentado
30.0 – 34.9	-obesidad I	Moderado
35 – 39.9	Obesidad II	importante
>40	Obesidad mórbida	Muy importante

En OMS 2014

- El índice cintura-cadera determina la distribución de la grasa corporal, distinguiendo 2 biotipos: *ginecoide*: también se conoce como forma de pera, es más frecuente en las mujeres, consiste en grasa subcutánea acumulada en la región glúteo-femoral (caderas, glúteos y muslos) y *Androide*: forma de manzana, es más frecuente en los hombres, aunque también en las mujeres a partir de la menopausia, de predominancia abdominal (intravisceral) sobre la subcutánea, se localiza en la región torácico-abdominal (tronco) (Figura 6).



Figura 6. Distribución de grasa corporal

- Se considera obesidad cuando los hombres tiene más del 25% de grasa del peso corporal total y las mujeres más del 33-35%

Otra clasificación se hace de acuerdo con las características de la obesidad de acuerdo a la edad en que aparece y la gravedad.

- Obesidad hiperplásica: se presenta desde la niñez, es crónica y se caracteriza por un incremento importante de peso durante la adolescencia. Hay un aumento en el número y tamaño de los adipocitos, así como una distribución de la grasa generalizada.

- **Obesidad hipertrófica:** este tipo de obesidad debuta a partir de los 30 años manifestándose por un aumento en el volumen de los adipocitos, más no en el número de ellos, básicamente se presenta por un desequilibrio energético entre lo que se come y se gasta. Su característica principal es la acumulación de grasa abdominal.
- **Obesidad mórbida:** en este tipo de obesidad se rebasa el 100% del peso ideal y condiciona a la aparición de enfermedades crónicas degenerativas y aumenta el riesgo de muerte hasta 12 veces.

1.7 EPIDEMIOLOGÍA

“Más matan cenas que guerras” anónimo.

Varios estudios epidemiológicos demuestran que un tercio de los adultos con sobrepeso lo presentan antes de los 20 años y dos tercios lo hacen después de esta edad. De acuerdo con estas cifras del 75 al 80% de los adultos tendrán sobrepeso en algún momento de su vida. Los sectores de la población de bajo nivel educativo, sociocultural y económico se ven más afectados por la obesidad (Hurtado & Riveros 2012).

La OMS reportó en mayo del 2014 que desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 2008 había 1400 millones de adultos mayores de 20 años con sobrepeso. Dentro de este grupo más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En el mismo año el 35% de las personas adultas mayores de 20 años tenían sobrepeso y el 11% eran obesas.

Desde 1999 México está entre los tres primeros países con obesidad y sobrepeso en el mundo. La encuesta ENSANUT de 2012 describió que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos es un poco mayor en mujeres que en hombres 73% y 69.4% respectivamente. En las mujeres el valor máximo de sobrepeso se presenta de los 30 a los 39 años, mientras que en hombres se observa de los 60 a

los 69 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta en mujeres se registra de los 50 a los 59 años, y en hombres de los 40 a 49 años. En cuanto a la obesidad abdominal la prevalencia es de 64.5% en hombres y 82.8% en mujeres. La prevalencia de obesidad abdominal más alta se registró en el grupo de 50 a 59 años en mujeres (93.9%) y en hombres en el grupo de 60 a 69 años (78.3%).

También se han encontrado claras diferencias entre los patrones dietéticos y el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad en las diferentes subpoblaciones, por nivel socioeconómico, localidad rural o urbana, así como por región. Por ejemplo, se observó que los estados de Oaxaca y Chiapas fueron los que tenían menor prevalencia de exceso de peso en niños (15.75%) en tanto que Baja California y Baja California Sur eran los que tenían la más alta prevalencia de exceso de peso (41.7 y 45.5%, respectivamente). En el caso de los adolescentes y adultos los estados del sur como Oaxaca y Guerrero fueron los que mostraron menor prevalencia de sobrepeso en comparación con los del norte como Baja California Sur y Durango.

1.8 TRATAMIENTOS

***“Que la comida sea tu alimento y el alimento tu medicina”: Hipócrates
(Médico griego 460 – 370 a. C.)***

Como ya se ha visto anteriormente la obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y compleja, es por ello que no hay un tratamiento único para su control. Un cambio de estilo de vida sostenido es lo más efectivo para el control de peso, ya sea por sobrepeso u obesidad, el tratamiento farmacológico solo está indicado en los casos de obesidad (IMC ≥ 30), mientras que el tratamiento quirúrgico solo se indica en algunos casos específicos de obesidad mórbida. A continuación revisaremos a fondo los tratamientos actuales con los que se cuenta.

La GPC (2011) en la cual se considera que el tratamiento de la obesidad debe ser integral, la primera alternativa es el tratamiento no farmacológico que consiste en el tratamiento nutricional, la actividad física, el ejercicio y la terapia cognitivo conductual. Cuando la terapia no farmacológica fracasa es necesario indicar el tratamiento farmacológico o quirúrgico en caso necesario.

La obesidad y el sobrepeso se previenen a través de una alimentación saludable y tener actividad física periódicamente. Sin embargo, el entorno, la familia y la sociedad deben favorecer estas conductas. Lo Ideal es la prevención de la obesidad, por la dificultad del tratamiento.

1.8.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

“Comer hasta enfermar y ayunar hasta sanar” anónimo.

Desde hace más de 40 años se ha tratado de definir el papel del gasto de energía en la etiología de la obesidad. Como regla básica del metabolismo energético, la energía almacenada por el organismo depende de la diferencia entre la energía consumida y la energía gastada, este gasto se divide entre tres principales componentes: GEB (gasto energético basal), ETA (efecto térmico de los alimentos) y AF (actividad física). Es por ello que todo paciente con obesidad debe involucrarse en un programa que modifique su plan de alimentación, sus hábitos alimentarios y su actividad física.

El apoyo psicológico es considerado complementario en el manejo integral de la obesidad. La terapia cognitivo conductual identifica los mecanismos por los cuales la persona come de manera inadecuada, como influye su estilo de vida en la obesidad, identificar si la persona come como compensación a un estado emocional o de estrés.

1.8.1.1 PLAN DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

“Desayuna mucho, come más, cena poco y vivirás” anónimo.

Entre las modificaciones que se tienen que hacer para lograr un estilo de vida saludable es necesario realizar acciones educativas que promuevan un cambio de hábitos, aprovechando cada sesión para introducir conceptos de utilidad como:

- ✓ Recomendar una adecuada distribución de alimentos durante el día (hacer tres comidas principales y dos colaciones).
- ✓ Establecer horarios de comida.
- ✓ Evitar ayunos prolongados como método de control de peso (dejar de cenar, por ejemplo).
- ✓ Beber agua potable (propicia el buen funcionamiento del organismo), en lugar de bebidas azucaradas.

Un cambio en el estilo de vida (tener más actividad física y llevar una dieta saludable) es más efectivo para la reducción de grasa corporal, en comparación de la dieta sola. Por ejemplo: en la GPC (2011) se menciona un meta-análisis de cinco estudios, en donde se demuestra que el cambio de peso fue de menos 4.6 Kg. para la intervención conjunta, mientras que para la dieta sola solo se logró una disminución de 0.48 Kg. Sin embargo, estos cambios deben ser significativos y sostenidos, con el apoyo de un equipo multidisciplinario para lograr un tratamiento eficaz, se debe tratar como cualquier otra enfermedad crónico-degenerativa.

La OMS (2014) recomienda las siguientes acciones que en el plano individual se pueden llevar a cabo:

- Limitar el consumo de alimentos con exceso de grasa (empanizados, capeados, fritos).
- Aumentar el consumo de verduras y frutas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos (alimentación equilibrada).
- Limitar la ingesta de azúcares (refrescos, jugos, agua de sabor, golosinas).

- Realizar una actividad física periódica (mínimo 30 minutos al día).
- Lograr un equilibrio energético y un peso normal (con la ayuda de los profesionales de la salud).

La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable.

El objetivo de la intervención dietética es favorecer un balance energético insuficiente, es decir comer menos de lo que se gasta. Esto se puede hacer disminuyendo las porciones de alimento y controlar la densidad energética de los alimentos (Pardío, J. & Kaufer, H. M.2012). Así como incrementar la actividad física, lo cual se puede lograr disminuyendo al máximo el tiempo que se dedica a ver televisión, jugar videojuegos o estar en la computadora y sustituirlo por actividades al aire libre. Para las personas que no practican ejercicio regularmente se recomienda que lo implementen de manera gradual.

La prescripción de un plan de alimentación debe ser individualizada, y partir de la evaluación nutricional, para prescribir el tratamiento nutricional debe realizarse una adecuada anamnesis dietética, de tal manera que se evite la reducción brusca de kilocalorías (kcal.), por lo tanto a medida que la persona va disminuyendo de peso, se reduce paulatinamente las calorías hasta aproximarse al peso recomendado.

La reducción de 500 a 1000 kcal. por día de la ingesta real, produce una pérdida de 500 gr. a 1 kilo de peso por semana.

Para lograr una reducción de peso, es necesario que la cantidad de energía consumida sea menor al gasto energético, se recomienda utilizar dietas no menores a 1200 kcal, de lo contrario se afectaría el aporte de vitaminas y minerales.

García y Kaufer (2011) puntualizan los elementos centrales con los que se cuenta en la actualidad para el tratamiento y prevención de la obesidad, estos son:

- ✓ Reducir la ingestión de energía: la finalidad del tratamiento dietético es mantener al individuo en un balance energético negativo constante, es decir

comer menos de lo que gasta, independientemente de la composición de la dieta (con predominio en la disminución de hidratos de carbono o baja en grasas o equilibrada).

- ✓ Consumir alimentos de baja densidad energética: la densidad energética de un alimento se refiere a la cantidad de energía que contiene un alimento en relación con su peso o volumen (en gran cantidad de alimento contiene poca cantidad de energía), esto depende de la cantidad de proteínas, hidratos de carbono, grasas o lípidos, agua y fibra que contiene cada alimento. Los lípidos son los que contienen más energía por unidad de peso, en cambio los alimentos que contienen más agua y fibra tienen una densidad calórica baja, por ello se promueve un alto consumo de verdura (baja densidad calórica) y se limitan los alimentos fritos, empanizados y capeados (alta densidad calórica)
- ✓ Estructurar el consumo de alimentos: establecer los momentos de consumo de alimentos (horarios y tipo de alimentos), la disponibilidad de alimentos industrializados (botanas, golosinas, bebidas azucaradas) hacen que la persona consuma alimentos que en general contienen una cantidad elevada de energía e incluso le es difícil reconocer al individuo.
- ✓ Aumentar la actividad física y el ejercicio: estos hábitos por sí solos no tienen gran efecto en la disminución del peso corporal pero si se acompañan de una dieta son un elemento central en el tratamiento.

Aumentar la actividad física y realizar algún tipo de ejercicio promueven:

- 1) Una mejor composición corporal: disminuye la grasa y aumenta la masa muscular, mejora el metabolismo.
- 2) Mejora el estado emocional: se ha demostrado menor frecuencia de sufrir trastornos de ansiedad y depresión en individuos que practican ejercicio.
- 3) Mayor motivación: cuando el ejercicio se realiza de manera regular es porque ya se está en un proceso de autocuidado, por lo que el

dejar de consumir ciertos alimentos es una necesidad para poder perder peso.

- 4) Mejora la condición cardiorrespiratoria: reduciendo los factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

El ejercicio es un componente prioritario en un programa de reducción y mantenimiento de peso. Debe cuidarse la frecuencia, duración e intensidad de la actividad, así como ser vigilada y controlada por un profesional en educación física, sobre todo cuando el exceso de peso es demasiado o si nunca se ha practicado algún tipo de ejercicio. (SEEDO 2007).

En la actualidad se habla de la construcción de un programa de tratamiento para el paciente obeso, basado en los elementos antes mencionados, con la finalidad de orientar y motivar al paciente para fomentar el cambio de estilo de vida, para ello es necesario hacer un diagnóstico individualizado, tomando en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida del individuo, para hacer propuestas terapéuticas, que ayuden a cambiar hábitos.

Los objetivos principales que debe cubrir cualquier programa de tratamiento García y Kaufer (2011) los resumen de la siguiente manera:

- a) Comprender como se construyó la obesidad: es importante que el individuo comprenda que la obesidad no se generó de la noche a la mañana, más bien que se trata de un proceso largo, en algunos casos lleva varios años y otros a lo largo de toda la vida.
- b) Densidad energética de los alimentos: cuando la persona aprende a conocer los alimentos por su densidad calórica tendrá la posibilidad de tomar mejores decisiones en la elección de los alimentos en cualquier momento.
- c) Gasto de energía: es importante que el paciente entienda que su gasto energético basal (la energía que se necesita para las funciones vitales estando en reposo) no está disminuido, sino más bien al verse limitada su

actividad física no se gasta tanta energía, es por ello que tendrán que tener un balance energético negativo, para permitirles disminuir el peso corporal.

d) La construcción de un estilo de vida saludable mantiene un peso y una composición corporal apropiados: fomentar el automonitoreo, es decir que el individuo registre y analice lo que come (densidad calórica de los alimentos, cuando (si hay una cuestión emocional que estimule el acto de comer) y cuanto (que sea consciente de las porciones de alimentos que ingiere).

e) Diferencias biológicas y de actividad física: conforme aumenta la edad (a partir de los 30 años) el gasto energético basal disminuye progresivamente, la actividad física disminuye conforme los compromisos laborales, del matrimonio y la familia aumentan. Las mujeres deben ser conscientes de que sus porciones tienen que ser más pequeñas que las de los hombres ya que el gasto energético del hombre y la mujer son diferentes, sobre todo porque la convivencia es cada vez más igualitaria entre ambos sexos (ver tabla 2).

TABLA 2.

	Mujer	Hombre
Edad (años)	19	22
Estatura (metros)	1.60	1.76
Peso (kilos)	58	72
IMC	23	23
Actividad	1 hora de ejercicio aeróbico 5 veces por semana	Futbol 2 veces por semana
Gasto energético diario	2387 kcal.	3032 kcal

Adaptación de García-García et al.

La GPC (2011) establece las siguientes metas en el seguimiento del control de peso del paciente con obesidad:

Corto plazo: disminución de 1 a 4 kg. y de 1 a 4 cm. de circunferencia de cintura por mes.

Mediano plazo: disminución del 10% del peso inicial y 5% después de 6 semanas.

Largo plazo: disminución del 10 al 20% del peso inicial y llegar a 88 cm. o menos de circunferencia de cintura en las mujeres y 102 cm. o menos en los hombres.

Hay nutrimentos específicos que por sus funciones orgánicas, cuando existen deficiencias, la suplementación contribuye en el metabolismo lo que ayuda a la disminución de peso:

- ❖ L-Carnitina: es un aminoácido que interviene en el transporte de ácidos grasos libres a las mitocondrias que se encargan de producir energía. La ausencia de carnitina evita que el cuerpo humano metabolice los ácidos grasos, se ha demostrado que los suplementos de L-Carnitina pueden ayudar a disminuir el tejido adiposo.
- ❖ Cromo: es un mineral con funciones coenzimáticas que intervienen en el metabolismo de la glucosa. Este mineral está involucrado en la producción de insulina y ayuda a mantener concentraciones adecuadas de glucosa en sangre. La deficiencia de cromo podría interferir en la producción de insulina y la capacidad del cuerpo para metabolizar la glucosa.
- ❖ Colina e Inositol: es parte del complejo de la vitamina B y es precursora del neurotransmisor acetilcolina que envía mensajes del cerebro a las células nerviosas. Estos mensajes ayudan a la contracción y la relajación muscular. La colina junto con el Inositol trabajan en la utilización de grasa y colesterol.
- ❖ Lecitina: es un compuesto que tiene dos ácidos grasos y una colina. Rompe los enlaces de las moléculas del colesterol y grasa en la sangre, promoviendo su utilización celular. Conforme aumentan los niveles de grasa y ácidos grasos saturados en la sangre, la necesidad de lecitina aumenta también. Sin embargo, solo se recomienda la suplementación de lecitina cuando la dieta es baja en grasa.
- ❖ Fibras: la fibra soluble puede ayudar en el tratamiento de la obesidad, ya que promueve la sensación de saciedad y disminuye el apetito. También retrasa la absorción de nutrimentos (grasas e hidratos de carbono). Además “secuestra” las sales biliares del plasma, influyendo sobre la absorción de

lípidos, colesterol total y LDL (lipoproteínas de baja densidad por sus siglas en ingles).

1.8.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

“A todo se acostumbra uno menos a no comer” anónimo.

El uso de fármacos para el tratamiento de la obesidad se recomiendan cuando la disminución de peso no es la esperada llevando un plan de alimentación y ejercicio y solo se recomienda cuando el paciente tiene obesidad. El fármaco por sí solo no influye significativamente en la disminución de peso, en México solo se cuenta con un medicamento autorizado por la Secretaria de Salud. Algunos laboratorios siguen trabajando en crear un medicamento efectivo y seguro que ayude al tratamiento de la obesidad, pero por el momento no hay muchas opciones seguras y eficaces en el mercado.

El tratamiento de la obesidad se puede complementar con medicamentos. Sin embargo, en la actualidad solo se cuenta con un medicamento aprobado desde 1999 por la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos y por la Secretaria de Salud en México, este medicamento se llama Orlistat el cual es un inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática, su acción es bloquear la absorción de la tercera parte de la grasa ingerida aproximadamente. Se recomienda su uso en individuos mayores de 13 años de edad. La eficacia de este medicamento es limitada, pues induce una disminución de 2 a 5 kilos de peso en un año de uso y estos resultados se logran solo cuando el individuo reduce consciente y voluntariamente la ingestión de alimentos.

García y Kaufer (2011) mencionan cuatro mensajes clave para considerar el tratamiento farmacológico de la obesidad:

- ✓ Los fármacos disponibles deben ser utilizados con seriedad y cautela, y se les debe considerar un componente menor en el tratamiento de la obesidad.
- ✓ Desconfiar de los medicamentos que prometen la reducción de peso solo con su uso, sin la necesidad de cambiar ni la forma de comer, ni incrementar la actividad física.
- ✓ El tratamiento farmacológico solo está indicado en casos de obesidad y no así en el sobrepeso.
- ✓ Evitar la autoprescripción.

1.8.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

“No hay mejor reloj ni campana que comer cuando hay gana” anónimo.

Este tratamiento está indicado solo a los pacientes que tiene obesidad mórbida (IMC >40) y presencia de comorbilidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras), es un tratamiento eficaz y agresivo, por lo que se hace una selección minuciosa del paciente candidato a esta cirugía, por ejemplo los pacientes que comen compulsivamente o tienen problemas psiquiátricos no son aptos para este procedimiento.

El proceso más utilizado consiste en reducir el tamaño del estómago y desfuncionalizar de 1 a 1.2 metros de intestino delgado próximo al estómago, logrando una disminución del 50 – 70% del exceso de peso. Hay otros procedimientos menos eficaces como la gastroplastia vertical con banda, la manga gástrica y la colocación de la banda gástrica.

Es importante tomar en cuenta que la cirugía no es un método “mágico” y sencillo, ya que el proceso de rehabilitación física, psicológica y social del obeso mórbido continúa por el resto de su vida.

1.9 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

“Lo importante no es lo que se come, sino cómo se come”: Epicteto (filósofo griego 55 -135).

A pesar de reconocer la importancia del cambio de estilo de vida (reducir el consumo de energía, realizar actividad física y cambiar algunas conductas) es bien sabido la poca adherencia a las indicaciones, el poco apego a las recomendaciones dietéticas, y a continuar con los programas de acondicionamiento físico. También se ha demostrado la dificultad de mantener a largo plazo el peso corporal perdido, por lo general en 5 años se recupera y en algunos casos más de lo que se perdió. “rebote” (Parra, C. 2012).

El problema con la adherencia al tratamiento es que una persona con obesidad llega con el experto buscando un tratamiento tan sencillo como una pastilla “mágica” que le permita perder peso rápidamente y seguir con una vida normal, pero cuando se le informa que el tratamiento consiste en un programa diseñado para cambiar su estilo de vida y que de ser necesario se apoyará con un medicamento o una cirugía (dependiendo del grado de obesidad que presente el consultante), el paciente sale decepcionado, buscando otras opciones, generalmente acuden con charlatanes que solo buscan su beneficio, sin importarle el de la persona con obesidad (García & Kaufer 2011) y con el creciente número de anuncios de “productos milagro” que prometen al espectador recobrar su belleza y salud la situación se complica más.

Para el paciente es muy diferente escuchar la propuesta del tratamiento, que aceptarla y sobre todo implementarla a su vida.

La palabra adherencia se utiliza para indicar el grado en que una conducta coincide con las indicaciones del profesional de la salud, implica un papel activo, voluntario y colaborador en el plan de tratamiento que incluye creencias y actitudes del paciente (Kristeller & Rodin 1984 en Rodríguez, G.1999).

La adherencia define acciones de aceptación y ejecución de los tratamientos recomendados o prescritos por los profesionales de la salud. A diferencia de la conformidad o apego al tratamiento que se refiere a sujetarse al autoritarismo del profesional de salud, lo que puede desagradar al paciente.

La adherencia comprende varias conductas (Rodríguez 1999):

- ✓ Expansión y mantenimiento de un programa de tratamiento.
- ✓ Asistencia a las citas subsecuentes o de seguimiento.
- ✓ Uso correcto de la medicación prescrita.
- ✓ Realizar cambios adecuados en el estilo de vida (alimentación, ejercicio o la extinción de algún hábito).
- ✓ Evitar conductas contraindicadas (por ejemplo: evitar el uso de alcohol con algún medicamento).

Los profesionales de la salud deben evaluar la voluntad de cambio de los pacientes y orientar las intervenciones de pérdida de peso más idóneas. Se recomienda una evaluación psicológica y social para identificar las barreras que le impiden al paciente participar en un programa de dieta y actividad física, así como identificar trastornos psicopatológicos como la depresión, estrés postraumático, ansiedad, trastorno bipolar, adicciones, trastornos de alimentación y alcoholismo los cuales pueden ser determinantes de la obesidad (GPC 2011).

Así mismo se le debe informar a los pacientes los beneficios asociados con la pérdida de peso tales como: la disminución de lípidos en sangre, menor probabilidad de discapacidad ocasionada por osteoartritis, reducción en la incidencia de mortalidad por causa de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, mejor control de la presión arterial y de la glucosa.

Es importante promover en los pacientes la saciedad a través del consumo de alimentos de baja densidad energética ya que favorece la adherencia al tratamiento dietético, debido a que una de las principales causas de no seguir las indicaciones, se debe a la sensación de hambre que pueden llegar a experimentar las personas que llevan un plan de alimentación (García & Kaufer 2011).

Es difícil determinar el nivel exacto de adherencia, pues varía dependiendo del tipo de tratamiento, hay más adherencia en programas de tratamiento con altos índices de supervisión y monitoreo, sin embargo, las tasas más bajas de adherencia son cuando se requieren cambios en el estilo de vida.

En un estudio realizado por Watkins et al. 1967 (en Rodríguez, G.1999) se demostró que el 73% de los pacientes diabéticos no siguió las instrucciones de su dieta, esto implica un obstáculo en el control de la glucosa y aunque el paciente tome su medicamento en tiempo y forma, si no se regula la alimentación no se llegará a un control adecuado de la enfermedad, favoreciendo la aparición de complicaciones a corto plazo.

Por lo general el paciente no se adhiere al tratamiento si no confía en el profesional de la salud (Roberts 2002) o si no le satisface su actitud (Di Mateo y Di Nicola en Joice, L. & Barros L. 2007).

De acuerdo a Rodríguez G. (1999) los factores que influyen en la no adherencia son:

- Comunicación poco efectiva entre los profesionales de la salud y el paciente.
- Uso de tecnicismos de parte del profesional de la salud.
- Insatisfacción del paciente con la interacción con su médico.
- Al paciente le parece poco tiempo de consulta.

Si la actitud del prestador de servicios es calurosa y de cuidado e interés por el paciente la adherencia será mayor que si su actitud es de impaciencia o irritación Sherbourne et al, 1992 (en Joice, L. & Barros L. 2007).

Cuando el paciente tiene mayor conocimiento de su enfermedad, tendrá más posibilidades de hacerle frente (adherirse a un tratamiento).

El enfrentamiento es el recurso más común al diagnóstico médico, la adherencia al tratamiento por parte del paciente inicia cuando toma la decisión de integrar o no el diagnóstico a su sistema de significaciones (interpretación), lo cual genera

acciones adaptativas o desadaptativas, que lo llevaran a aceptar o rechazar el diagnóstico, provocado por la comprensión de la realidad de la enfermedad y su acomodo a esa realidad.

Si a la hora de explicarle al paciente, el profesional de la salud utiliza un lenguaje lleno de tecnicismos, no coincidirán las significaciones del binomio medico/paciente por lo que la adherencia al tratamiento se dificultará.

Es conveniente que después de dar el diagnóstico se trate de comprender lo que significa para el paciente el tratamiento que se acaba de indicar.

CAPÍTULO 2

ADULTEZ TEMPRANA

“Comidas largas crean vidas cortas”: Francois Rabelais (escritor, médico y humanista francés 1494 - 1553).

Una edad específica del inicio de la adultez no se tiene clara, dependerá del país y el estado al que nos refiramos para considerar a alguien como adulto. En México legalmente la mayoría de edad es a partir de los 18 años. Sociológicamente se le considera adulta a una persona cuando se sostiene a sí misma o ha elegido una carrera o cuando ha formado una familia. Psicológicamente la madurez depende del descubrimiento de la propia identidad, la independencia paternal, el sentido de autonomía, de autocontrol y responsabilidad personal. En la actualidad en las sociedades industrializadas se aplica el concepto de adultez emergente al periodo de los 18 a los 29 años aproximadamente, en el que la gente joven, ya no es adolescente, pero todavía no asumen el rol de adulto, continúan estudiando y dependiendo de los padres, sobre todo se da en niveles socioeconómicos altos.

Para una mejor comprensión se dividirá en características físicas, cognitivas, personalidad y psicosociales.

2.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

El desarrollo físico de los adultos en etapa temprana ha llegado a la plenitud, no así el desarrollo cognitivo y social. En esta etapa se tiene la oportunidad de ingresar a un mundo rico de experiencias y nuevos roles (universidad, trabajo, paternidad, etc.).

En general esta etapa se caracteriza por una condición de buena salud, pero los estilos de vida modernos ponen en riesgo la salud de los adultos jóvenes, los problemas de salud que se llegan a presentar son un reflejo de la adolescencia,

aunque hay un aumento en las tasas de lesiones, homicidios y consumo de sustancias (Papalia, D. Felman, R. Mantorell, G. 2012).

En México la sobremortalidad masculina se presenta sobre todo en las edades de 15 a 29 años que se triplica con respecto a las mujeres y de los 30 a 64 años casi se duplica, las causas de muerte se deben en gran medida por accidentes y agresiones. En promedio por cada 100 muertes de mujeres hay 128 muertes de hombres (INEGI 2013).

Hay enfermedades que tienen un factor genético importante y aquellas personas que son genéticamente propensas a la obesidad, depresión, alcoholismo, algunos tipos de cáncer (pulmón, próstata y mama), cardiopatías, dislipidemias, incluso al VIH/SIDA, se ven vulneradas por la influencia genética. Sin embargo, hay factores ambientales (geografía, nivel económico, social y grado de estudios) que favorecen el desarrollo de dichas enfermedades.

El estilo de vida tiene un enorme vínculo con la salud y la condición física como:

- 1) La alimentación: la OMS recomienda una dieta de estilo mediterráneo que consta de un alto consumo de vegetales, granos enteros y grasas poliinsaturadas o “grasas saludables”. En Estados Unidos mueren 365,000 adultos por causas relacionadas con una mala alimentación y falta de actividad física.
- 2) La obesidad y el sobrepeso: como ya se mencionó en el capítulo uno disminuye la calidad y duración de la vida. La disminución de peso corporal mejora la salud y previene la aparición de enfermedades.
- 3) Ejercicio: la realización de actividad física mejora la salud no solo física, sino mental, alivia la ansiedad, la depresión y alarga la vida. La recomendación de 30 minutos de caminata al día, contribuye al control de peso y a la salud cardíaca y pulmonar.
- 4) Sueño: en la adultez temprana no se duerme lo suficiente, porque es una época de muchas actividades. La privación del sueño afecta la salud, la

función cognitiva, emocional y social; dormir lo suficiente mejora el aprendizaje y previene el agotamiento.

- 5) Estrés: el estrés crónico está relacionado con problemas físicos e inmunológicos. Los estilos de afrontamiento del estrés dependerán del género: enfocado en la emoción (más frecuente en mujeres) o en el problema (más frecuente en los hombres).
- 6) El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: la adicción es un factor de riesgo importante para la salud y la vida. En la adultez emergente el consumo de tabaco y alcohol es el más elevado, en especial en el tiempo de la universidad. El pico más alto de consumo de drogas ilícitas se da entre los 18 y 25 años, la marihuana es la droga más popular, a medida que los adultos van adquiriendo mayores responsabilidades el consumo de drogas disminuye.

También es importante tomar en cuenta los factores que de manera indirecta influyen en el estado físico de los adultos, ya que en algunos estudios se ha demostrado que entre más alto es el nivel de estudios y el nivel socioeconómico mejores son las condiciones de salud. Las relaciones sociales también son determinantes en la salud, entre más roles se tengan, más redes sociales se tendrán, lo que favorece una alimentación más adecuada y la realización de actividad física, además las personas casadas tienen mejor estado de salud, siempre y cuando la relación de pareja sea buena, de lo contrario el estado de salud es peor que el de los solteros.

Las cuestiones sexuales son una preocupación importante en la edad adulta. Cada vez es más común que se inicien relaciones sexuales premaritales, sin embargo esta conducta es más aceptada entre hombres que entre mujeres. La identidad sexual está clara para la mayoría de los adultos emergentes y hacen pública su orientación sexual.

Las principales preocupaciones del adulto temprano son:

1. Infecciones de transmisión sexual (ITS): las tasas más altas de ITS se dan entre los 18 y 25 años, principalmente entre los consumidores de alcohol y otras drogas.
2. Trastornos menstruales: el síndrome premenstrual (SPM) es un trastorno que se caracteriza por malestar físico y tensión emocional por hasta dos semanas antes de la menstruación. Solo el 10% de las mujeres se diagnostican con SPM y es más frecuente en mujeres de más de 30 años. Se caracteriza por fatiga, dolor de cabeza y de senos, edema en manos o pies, inflamación abdominal, náuseas, cólicos, estreñimiento, antojos de comida, aumento de peso, ansiedad, depresión, irritabilidad, cambios de estado de ánimo, tendencia al llanto y falta de concentración (American College of Obstetricians & Gynecologists 2000 en Papalia et al. 2012).
3. Infertilidad: es la incapacidad de embarazarse después de un año de relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos. La fertilidad de las mujeres desciende considerablemente entre los 30 a los 39 años de edad. La infertilidad puede significar una carga emocional en la relación de pareja.
4. La obesidad en el adulto temprano puede ser a causa del cambio de estilo de vida que llega con el matrimonio y la paternidad. La delgadez cobra mayor relevancia para las mujeres, ya que ellas juegan un doble papel: proporcionar alimento a los demás y negárselo a ellas mismas, para poder lograr estar delgadas y deseables. El culto a la delgadez oprime a las mujeres social y psicológicamente. En un estudio realizado en México en mujeres de 25 a 45 años se reportó que 8 de cada 10 se encontraba insatisfecha con su imagen corporal (Parra, 2012).

2.2 CARACTERÍSTICAS COGNOSCITIVAS

Para Piaget (en Papalia et al. 2012) las operaciones formales son consideradas como la cúspide del logro cognoscitivo, sin embargo, las nuevas investigaciones y teorías se concentran en los niveles más altos del pensamiento. El adulto es

capaz de afrontar la incertidumbre, la inconsistencia, la imperfección y el compromiso; el pensamiento adulto es más rico y complejo.

Papalia et al. (2012) mencionan estas formas de pensamiento adulto, según diferentes teóricos que revisaremos a continuación:

- a) **Pensamiento reflexivo:** surge entre los 20 y 25 años de edad que es cuando se completa la mielinización de algunas regiones de la corteza cerebral y aparecen nuevas sinapsis y conexiones dendríticas, sobre todo cuando el ambiente es estimulante (estudios universitarios). Dewey (en Papalia et al. 2012) lo define como una forma de cognición compleja que consiste en un pensamiento lógico, donde se presenta una evaluación continua y activa de la información y las creencias a la luz de la evidencia y las consecuencias. donde el adulto cuestiona continuamente los supuestos, infiere, establece conexiones y concilia ideas aparentemente contradictorias.
- b) **Pensamiento posformal:** considera que este tipo de pensamiento surge en la adultez emergente y así como el pensamiento reflexivo se favorece de la educación superior. Se caracteriza por el pensamiento relativista, flexible, abierto, adaptable e individualista, generalmente funciona en un contexto social o emocional y en ambientes ambiguos, es la capacidad de ver la complejidad y utilizar la intuición, la emoción y la lógica para afrontar escenarios aparentemente caóticos y aplicar la experiencia a situaciones ambiguas (Vief 2006).

Shaine (2000) propone un modelo en el que examina el desarrollo intelectual en un contexto social. Este modelo consiste en 7 etapas enfocadas a metas motivacionales que aparecen en distintas etapas de la vida que van de la adquisición de información y habilidades a la aplicación práctica del conocimiento y una búsqueda de significado y propósito; al adulto temprano le corresponden las siguientes etapas:

- *Etapa 2 de logro* (de 19-21 a 30-31 años) donde utilizan el conocimiento para alcanzar metas como formar una familia o terminar una carrera.

- *Etapa 3 de responsabilidad:* (de 39 a 61 años) donde el conocimiento la utilizan para la resolución de problemas prácticos en relación con los otros.
- *Etapa 4 ejecutiva* (30-40 a la edad media) el adulto se responsabiliza de los sistemas o movimientos sociales. Se ocupan de relaciones complejas en niveles múltiples.

Stenberg (2001) propone que la inteligencia exitosa es aquella que se manifiesta a través de las habilidades y en conocimiento necesarios para tener éxito en un contexto social y cultural determinado. En su teoría de la inteligencia especifica 3 aspectos de la inteligencia:

- 1) *Elemento componencial:* aspecto analítico de la inteligencia; procesamiento de la información, resolución de problemas, monitoreo de las soluciones y evaluación de los resultados.
- 2) *Elemento experiencial:* el pensamiento es creativo, original. Permite la comparación de la información nueva con la ya conocida.
- 3) *Elemento contextual:* es práctico, permite la relación con el ambiente, la capacidad para evaluar la situación y decidir qué hacer. El conocimiento práctico es el conocimiento tácito (conocimiento del sentido común). El adulto gracias al conocimiento tácito tiene la capacidad de auto-administrarse (organiza su tiempo, energía y se motiva), administrar tareas (escribir un reporte o una propuesta) y la administración de otros (saber cuándo recompensar o criticar a los subordinados).

Inteligencia emocional: son 4 competencias (percibir, usar, entender y regular las emociones propias y ajenas) de la inteligencia emocional que permitirán alcanzar objetivos, aprovechando las emociones para lidiar eficazmente con el medio social. Se requiere tener conciencia del tipo de conducta necesaria en determinada situación social. La inteligencia emocional afecta la calidad de las relaciones personales y la eficacia del trabajo (Salovey y Mayer 1990).

2.3 PERSONALIDAD

En la actualidad aún se continua con la discusión de si la personalidad cambia con la edad o no, Papalia et al. (2012) consideran que esto depende de la manera en que se estudia y la forma en que se mide la personalidad, hace una revisión de 4 enfoques del desarrollo de la personalidad que a continuación revisaremos.

Modelos de etapas normativas: estos modelos describen cambios psicosociales que siguen una secuencia determinada de acuerdo a la edad del individuo. Nos permiten entender que el desarrollo y los cambios de personalidad continúan durante toda la vida, los principales autores son:

Según la teoría de Erickson (1933) la personalidad tiene 8 etapas que van evolucionando de acuerdo a la edad de la persona y su maduración. Para nuestro interés solo se revisaran 2 etapas de este modelo:

- ✓ La sexta etapa del desarrollo psicosocial le corresponde al adulto joven (20-30 años) **Intimidad vs. Aislamiento:** es el momento de la genitalidad, en esta etapa se desarrolla el sentido ético, gracias a un desarrollo sólido del yo, el adulto es capaz de fundir su identidad con la de la otra persona, pudiendo establecer vínculos sólidos y duraderos con los amigos y parejas románticas, aunque también hay quienes no pueden establecer compromisos profundos con los demás, optando por el aislamiento y el ensimismamiento. El amor es el resultado de la resolución de esta etapa, ya que se es capaz de compartir con la pareja la confianza mutua, la procreación, el trabajo, la recreación y la fidelidad lo cual implica sacrificios y compromisos significativos.
- ✓ La séptima etapa corresponde a los adultos de 30-50 años **Generatividad vs. Estancamiento (cuidado y celo).** El trabajo, la familia y el hogar son igualmente importantes y el adulto se encuentra dividido entre estas relaciones significativas. Esta etapa consiste en la capacidad de procrear, de generar vida nueva y continuar con la especie. El adulto es generador de bienes culturales, sociales, tecnológicos y científicos de acuerdo con los

valores universales y trascendentes. Cuando las exigencias de la vida dificultan su superación, se puede generar un sentimiento de derrota y vulnerabilidad. El uso del poder puede ser ejercido como servicio o como compensación de la incapacidad de productividad el cual se expresa como autoritarismo.

Vaillant (en Papalia et al. 2012) pudo distinguir un patrón característico del desarrollo de la personalidad en su clásico estudio Grant de 1938 a 1977: seleccionó a 268 estudiantes de Harvard de 18 años completamente sanos y los volvió a medir a la mitad de su vida, notó que a los 20 años todavía dependían de sus padres; entre los 20 y 30 años se independizaron, se dedicaron a su carrera y a su familia y sus amistades se fortalecieron.

Levinson et al (1978, 1980, 1986) formularon una teoría del desarrollo de la personalidad, basándose en la estructura vital, que consiste en un patrón básico, en determinado momento, considerando lo más importante y representativo de la vida de una persona. Por ejemplo: de los 17 a los 33 años se establece la primera estructura vital provisional, donde el hombre adquiere independencia emocional y económica, se elige una profesión u ocupación y a la pareja. Alrededor de los 30 años se reevalúa la primera estructura vital, aquí se establecen metas, se afianza la vida en familia, en el trabajo y en la comunidad. Levinson (1996) determina que la estructura vital de las mujeres es semejante a la de los hombres, solo que más lenta debido a las tradiciones y a las restricciones sociales y culturales que enfrentan ellas.

Actualmente el adulto en etapa temprana sigue rutas de desarrollo muy diversas, es por ello que su maduración difiere de la de los individuos de los estudios antes mencionados.

De acuerdo a estas teorías existen desafíos característicos (tareas del desarrollo) que es importante trascender para adaptarse a cada etapa de la vida y así poder adquirir un sentido del yo independiente y seguro.

Neugarten (1987) proponen el **Modelo del momento de los eventos** donde la personalidad del adulto se desarrolla en respuesta a la ocurrencia esperada o no de los eventos importantes de la vida y al momento en que suceden.

Si los eventos normativos de la vida (matrimonio, paternidad, jubilación, etc.) se presentan de acuerdo a lo esperado por el “reloj social” el desarrollo avanza de manera uniforme, de lo contrario se genera un estado de estrés, el cual puede ser causado por:

- Un evento inesperado (perder el trabajo).
- Un evento a destiempo (enviduar o pensionarse joven).
- Que no se presente un evento (no casarse o no poder tener hijos).

Las respuestas hacia los eventos de la vida dependen de la personalidad.

El momento habitual en que suceden los eventos de la vida depende de la cultura y las generaciones. En la actualidad las normas etarias se han ampliado, en comparación este modelo solo será útil en sociedades en las que las normas de conductas sean estables y conocidas.

Modelo de rasgos: estos modelos se enfocan en atributos emocionales, temperamentales, conductuales y mentales.

Costa y McCrae (2006 en Papalia et al. 2012) desarrollaron el modelo de 5 factores a través de 5 grupos de rasgos de personalidad (ver figura 7).



Figura 7. Modelo de las cinco factores (en Papalia 2012).

- Neuroticismo (N): conformado por 6 rasgos que indican inestabilidad emocional (ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia, impulsividad, vulnerabilidad).
- Extroversión (E): también cuenta con 6 rasgos (cordialidad, ánimo gregario, asertividad, actividad, búsqueda de excitación y emociones positivas).
- Apertura a la experiencia (A): la persona cuenta con la disposición de probar cosas nuevas y a adoptar ideas nuevas.
- Escrupulosidad (S): estos rasgos indican acción (competencia, orden, decisión, disciplina y cumplimiento).
- Agradabilidad (G): las personas con estos rasgos son cumplidos, francos, altruistas, obedientes, modestos e influenciables.

En varios estudios (McCrae, 2002. Roberts 2006) se demostró que los cambios en los rasgos de personalidad se presentan sobre todo en el adulto temprano (alrededor de los 30 años) pero continúa toda la vida, debido a las experiencias de la persona.

Parece que la personalidad en la adultez es más maleable y compleja.

Block (2006) propone el **enfoque tipológico** que identifica los estilos de la personalidad de acuerdo con la capacidad para adaptarse bajo estrés (resiliencia del yo) y el autocontrol (control del yo) lo que determinara una conducta adaptada o inadaptada. Estos estilos se dividen en tres tipos:

- Yo resiliente: las personas se adaptan bien, son confiadas, independientes, atentas, serviciales, cooperadoras y concentradas en sus labores.
- Sobrecontrolado: estas personas son tímidas, calladas, ansiosas, dependientes, evitan el conflicto, depresivos.
- Subcontrolado: son individuos activos, impulsivos, tercos y distraídos.

Las formas más extremas de falta o exceso de control del yo en general se asocian con niveles bajos de resiliencia del yo y se ha visto una continuidad de actitudes desde la infancia hasta la adultez. Esto no significa que la personalidad

no cambie y se esté condenado a ser un adaptado, ya que la edad y el ambiente en el que se crece pueden influir en la adaptación de la persona.

Para Erickson una tarea crucial del adulto temprano es el desarrollo de relaciones íntimas, firmes, estables, cercanas y comprometidas. Las relaciones íntimas necesitan autoconciencia, empatía, inteligencia emocional, respeto a los compromisos.

Hay una influencia recíproca entre las relaciones y la personalidad.

Según Sternberg (1995, 1998, 2006) el amor está compuesto por tres elementos:

1. Intimidad: es el componente emocional. La auto-revelación promueve el vínculo, la calidez y la confianza. La comunicación es básica para la intimidad.
2. Pasión: es el elemento motivacional. Es el deseo sexual que se manifiesta gracias a la estimulación fisiológica que provocan los impulsos internos.
3. Compromiso: es el componente cognoscitivo. Es la decisión de amar y permanecer con el ser amado.

Estos tres elementos determinan el tipo de amor de acuerdo al grado en que se presenten (Ver figura 8).



Figura 8. Tipos de amor en <http://www.clicpsicologos.com/blog/tipos-de-amor/>

2.4 CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

En el adulto el razonamiento moral es más complejo. La moralidad posconvencional se basa en principios que se forman a través de la experiencia, induciendo a los adultos a reevaluar sus criterios de lo que es correcto y justo.

Los adultos emergentes al estar expuestos a un ambiente nuevo, ya sea educativo o laboral, tienen la oportunidad de afinar habilidades, cuestionar y probar nuevas formas de ver el mundo. Cada vez son más los adultos mayores de 25 años que cursan estudios universitarios o incursionan en alguna capacitación laboral, lo que les permite revivir la curiosidad intelectual y mejorar las oportunidades de empleo, así como perfeccionar sus habilidades en el trabajo.

El trabajo le proporciona a la mayoría de los adultos muchas satisfacciones, pero también estrés. En la actualidad el estrés ha ido en aumento debido a las condiciones de la vida moderna.

El estrés se podría definir como la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de la persona, para tratar de adaptarse a los estímulos que lo rodean. Si la respuesta del individuo a este estímulo es negativa produciéndole angustia y malestar se dice que es un estrés negativo o disestrés. Si la respuesta es positiva y le produce bienestar o alegría, el estrés es positivo o eustrés (Comin, A. E. et al 2014).

El desarrollo de las relaciones íntimas es crucial en la adultez temprana, sobre todo si se es soltero, la dependencia hacia los amigos es mayor que si se es casado o se tienen hijos. Las amistades se caracterizan por ser duraderas, de gran calidad e incondicionales (Papalia et al 2012).

La principal tarea de la adultez emergente es el recentramiento, se trata de un proceso que consta de tres etapas en las que se fundamenta el cambio a una identidad adulta.

Tanner (en Papalia et al. 2012) describe cada una de estas etapas:

Etapa 1: el individuo se encuentra inserto en la familia de origen, pero sus expectativas de autoconfianza y autonomía van en aumento.

Etapa 2: el vínculo con la familia de origen continúa, incluso puede seguir la dependencia económica, pero el individuo ya no está inserto en ella, tiene diversas actividades, pareja, materias escolares y trabajo. Al finalizar esta etapa el individuo empieza a establecer relaciones serias y es capaz de generar los recursos necesarios para mantenerlas.

Etapa 3: cerca de los 30 años se considera que ya se es adulto temprano, cuya característica es la independencia de la familia de origen y la dedicación a una carrera o pareja e incluso hijos.

En la actualidad ya no se puede hablar de familias “típicas” ya que la variedad de estilos de vida y relaciones es cada vez más diversa, por ejemplo: hay quienes se casan y quienes nunca lo hacen, pero viven juntos (cohabitan) o quienes están casados pero no viven juntos (matrimonio de traslado), hay quienes eligen seguir solteros, hay quien decide tener hijos y hay quienes nunca los tienen, otros eligen adoptarlos, algunas parejas se divorcian y permanecen solos y otros se vuelven a casar.

En México según los datos del INEGI (2010) en el país 43.9% de la población mayor de 15 años está casada y 15.6% está en unión libre, es decir, seis de cada diez se encuentra unida. Sólo una de cada diez (10.4%) está separada, divorciada o viuda y el 29.9 de esta población esta soltera. Conforme al curso de vida de la población, es común encontrar una alta proporción de jóvenes (15 a 29 años) que aún están solteros (61.2 por ciento); en los varones del mismo grupo de edad dicho porcentaje aumenta a más de dos terceras partes (67.3%), en tanto que sólo tres de cada diez están casados o en unión libre. En edades más avanzadas predomina la población casada o en unión libre: 81.6 y 75.7% de la población masculina de 30 a 59 y de 60 años y más se encuentra en esta situación; en este último grupo de edad, se advierte una alta proporción de hombres (19.1%)

separados, divorciados o viudos. En la población femenina se observa una estructura similar pero con intensidades diferentes; dado que éstas se unen a más temprana edad, la proporción de jóvenes unidas (40.9%) es mayor al de los varones con la misma edad (diez puntos porcentuales más). En las mujeres de 30 a 59 años también predominan las casadas o en unión libre (73.3%), pero conforme avanza la edad esta proporción disminuye dando paso a un importante contingente de mujeres que se encuentran separadas, divorciadas o viudas (llegando a ser de 46% en las mujeres de 60 años y más).

La vida matrimonial implica grandes cambios en la organización de la rutina diaria, en el funcionamiento sexual, los derechos y las responsabilidades, los apegos y las lealtades, también el vínculo de la familia de origen se vuelve a definir.

Es necesario equilibrar la intimidad y la autonomía para establecer una relación sexual placentera.

La satisfacción en el matrimonio marca la diferencia entre las expectativas de hombres y mujeres hacia la vida marital. La expresividad emocional (propia y de su pareja) es de suma importancia para las mujeres más que para los hombres.

La percepción de las mujeres con respecto a la calidad de su matrimonio tiene mucho que ver con los esfuerzos de su esposo por expresarle emociones positivas, prestarle atención a la relación y dedicarse a fortalecer la relación.

En la actualidad el número de hijos que se tienen es mucho menor a lo que se tenía en generaciones pasadas y la edad en que se tiene el primer hijo va aumentando, cada vez es más común que se tenga al primer hijo a finales de los treinta y gracias a los métodos de fertilidad, incluso mujeres de más de 40 años.

En general las mujeres son las encargadas de cuidados de los hijos y las tareas domésticas aunque tengan un trabajo remunerado fuera de casa y dedican más tiempo al cuidado de los hijos que en otras épocas en donde no trabajaban fuera de casa.

El nacimiento de los hijos implica un cambio en la vida de los padres, la relación de pareja se modifica y se puede hacer más estrecha o los puede separar, también puede generar ansiedad por la responsabilidad que implica cuidar un bebé. El estrés en los padres primerizos puede afectar su salud y estado emocional reduciendo la satisfacción marital (Papalia et al 2012).

Los padres de hoy participan más en la crianza de los hijos.

2.4.1 EXIGENCIAS ACTUALES DE LA MUJER

En la actualidad el trabajo doméstico no remunerado (amas de casa) está teniendo una nueva visión por los cambios que ha tenido la sociedad industrializada y capitalista.

Cada vez son más mujeres que además de las labores del hogar, tratan de llevar un ingreso más a su familia, siendo o no cabeza de familia, haciendo trabajos informales como venta por catálogo, limpieza en otras casas, lavar o planchar ajeno. Lo cual provoca mayor descuido en su salud y autocuidado por falta de tiempo.

El INEGI (2013) reporta que 97.7% de las mexicanas combina jornadas laborales con los quehaceres del hogar. Cerca de la cuarta parte de los hogares mexicanos tienen como cabeza de familia a una mujer y 79.3% de los hogares con jefatura femenina no cuentan con pareja pero sí con hijos.

Las mujeres laboran entre 28 y 44 horas por semana, pero estas horas se incrementan considerablemente cuando son casadas entre 35 y 53 horas a la semana. Aunque hablando solo de trabajo remunerado el porcentaje de mujeres que reciben un pago por su trabajo es menor que el de los hombres.

La maternidad influye en la aportación en el trabajo remunerado en las mujeres, entre más hijos menos se contribuye al trabajo remunerado. Las casadas o unidas

dedican 36 horas semanales de trabajo remunerado, mientras que las solteras con hijos dedican 41 horas semanales.

La situación actual de las mujeres puede producir sentimientos de culpa, angustia y estrés al no cumplir con el papel tradicional de la mujer mexicana. Los papeles de la mujer cada vez son más variados. Sin embargo, las mujeres tienen una doble jornada, ya que trabajan fuera de casa y se encargan de las labores del hogar y la crianza de los hijos (Lobera & García 2014).

CAPITULO 3

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

***“La abundancia de alimentos entorpece la inteligencia”:* Lucio Anneo Séneca
(filósofo, político y orador romano 4 a. C. – 65 d. C.).**

La Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) fue la primera terapia cognitivo conductual en desarrollarse, admite que los seres humanos crean sus propios problemas y brinda un método científico de pensamiento racional de ayuda para que las personas puedan disminuir sus problemas emocionales, para tener una vida más plena y satisfactoria.

La TREC consta de una teoría de la personalidad, un sistema filosófico y una técnica de tratamiento psicológico.

La TREC puede ser la mejor opción para optimizar la adherencia al tratamiento dietético, ya que el cambio de pensamiento que promueve en la persona, en este caso con respecto “a estar a dieta” y al significado que pueden tener ciertos alimentos y el sobrepeso, puede ser de gran ayuda para que no se “sufra” en este proceso y se adquiera una nueva visión del cuidado de la salud y no solo por bajar de peso, pudiendo tener una perspectiva más amplia de lo que nos puede aportar una alimentación saludable, favoreciendo el cambio en las conductas alimentarias y el estilo de vida.

3.1 ANTECEDENTES

Albert Ellis nació en 1913 en Pittsburg, obtuvo su doctorado en psicología en el año 1947, Su interés por la filosofía y la psicología lo llevaron a dedicarse principalmente a terapia de pareja y sexual. Se formó en el campo del psicoanálisis, pero al no encontrar respuesta a sus preguntas y problemas personales (como la timidez, el miedo a hablar en público y la ansiedad de

relacionarse con las mujeres), decidió desarrollar su propia forma de hacer terapia. En 1955 propone los fundamentos básicos de la Terapia Racional Emotiva (TRE), los cuales presentó en la convención de la Asociación Psicológica Americana (APA) de Chicago en 1956.

Ellis tuvo la oportunidad de trabajar en su modelo largo tiempo, en el cual pudo enriquecer y evolucionar su trabajo hasta lo que hoy se conoce como la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC). A continuación se resumirá la evolución cronológica de este modelo terapéutico:

- ✓ **Década de los cincuenta:** presenta en la conferencia de la APA en 1955 la Terapia Racional (TR), realiza su primera publicación en el Journal of General Psychology en 1958, en donde hace énfasis en el aspecto cognitivo-conductual.
- ✓ **Década de los sesenta:** publica Razón y Emoción en Psicoterapia en 1962, donde llama a su modelo Terapia Racional Emotiva (TRE), formula el modelo ABC. Resalta la importancia de las emociones.
- ✓ **Década de los setenta:** señala la rigidez como característica del pensamiento irracional (“DEBO”) y formula inicialmente 11 creencias o pensamientos irracionales.
- ✓ **Década de los ochenta:** expande el modelo de la TRE en su publicación de 1984 Essence of RET. Menciona las tres características del pensamiento irracional (ilógico, no objetivo y absolutista). Las 11 creencias irracionales las agrupa en tres categorías (tremendismo, baja tolerancia a la frustración (BTF) y condenación). En 1985 publica Expanding ABC of RET, donde describe los síntomas perturbadores secundarios y la ansiedad situacional (BTF) versus ansiedad del ego (auto-devaluación).
- ✓ **Década de los noventa:** en 1993 propone el nuevo nombre de Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC). En 1994 revisa y actualiza el libro de Razón y emoción en psicoterapia. Enfatiza el aspecto humanista de la TREC (desarrollo del potencial humano).

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA TREC

Características cognitivas de la TREC:

- Intenta conseguir un cambio profundo de filosofía, emocional y conductual.
- Conserva una posición humanista.
- Evita cualquier evaluación del “sí mismo”.
- Emplea el humor como antídoto ante creencias irracionales.
- En lugar de utilizar métodos anti empíricos, utiliza métodos “anti tengo que”.
- Fomenta el cuestionamiento activo, los otros métodos cognitivos los utiliza poco.
- Procura cambiar la baja tolerancia a la frustración.
- Se preocupa más por los síntomas secundarios y terciarios.
- Procura la corrección semántica.
- Selecciona métodos terapéuticos y usa técnicas más potentes.

Características emocionales de la TREC:

- De acuerdo con los objetivos y valores de la persona define a las emociones “sanas” y las emociones negativas las define como apropiadas e inapropiadas.
- Emplea procedimientos que provocan emociones.
- El apoyo es incondicional y se fomenta una buena relación sin llegar a ser amoroso.
- Cuestiona de manera enérgica las conductas y filosofías auto derrotistas

Características conductuales de la TREC:

- Fomenta las recompensas intrínsecas, en lugar del refuerzo social.
- Prefiere intervenciones enérgicas inmediatas como el autocastigo o el refuerzo negativo.
- Utiliza la desensibilización en vivo dentro de las tareas para la casa.
- Emplea métodos de exposición en vivo (inundación, implosión).

- Cambio de creencias irracionales de los pacientes a través del entrenamiento de habilidades sociales.

3.3 MARCO DE REFERENCIA EMPÍRICO Y CONCEPTUAL

La TREC retoma la filosofía oriental (Buda y Confucio) y la filosofía griega y romana (Epicteto, Marco Aurelio y el movimiento estoico), desde el punto de vista psicológico hay dos figuras psicoanalíticas Horney y Adler. Del conductismo retoma a Watson y Rayner.

La TREC considera el siguiente enfoque filosófico en elemento central para el proceso del cambio de la personalidad:

- a. Las personas generan sus propias perturbaciones emocionales por las creencias e ideas absolutas e irracionales.
- b. La persona elige de forma activa causarse malestar o no a sí mismo.
- c. Se propicia el cambio por medio del trabajo activo, para lograr la modificación de los pensamientos, sentimientos y conductas.
- d. La modificación profunda de una filosofía importante, puede cambiar muchas reacciones emocionales y conductuales.
- e. Una filosofía de hedonismo a largo plazo es más sana y productora de felicidad que si es a corto plazo.
- f. Una perspectiva científica puede producir mayor satisfacción y salud emocional.

3.4 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TREC

El marco teórico de la TREC se basa en la premisa de que el pensamiento y las emociones humanas son en esencial lo mismo. Define a las emociones como formas de comportamiento complejas relacionadas integralmente con procesos

sesoriomotores y con pensamientos sin consecuencias únicas Ellis 1956 (en Lega, et al. 1997).

Las emociones provienen de tres vías principales:

- De procesos sesoriomotores
- De la estimulación biofísica del sistema nervioso autónomo y
- De pensamientos o procesos cognitivos.

Teóricamente, las emociones son controladas de cuatro maneras:

- Por medios eléctricos o bioquímicos (electro choques o drogas)
- Utilizando el propio sistema sensoriomotor (yoga, ejercicios de respiración)
- Usando los propios prejuicios o estados emocionales como factores motivadores (amor a los padres o el afecto hacia el terapeuta)
- Usando los propios procesos cerebrales (pensar, reflexionar, calmarse o animarse a sí mismo)

Las evaluaciones en las emociones son juicios de valor (“bueno” o “malo”) que hace el individuo de alguna cosa o situación, que lo llevan a responder de manera positiva o negativa ante ella.

La TREC considera a las emociones y las conductas producto de las creencias de un individuo y su interpretación de la realidad. Hace al paciente responsable de su forma de pensar, sentir y comportarse y no a las otras personas o a su pasado.

Es un tipo de psicoterapia activa y directiva en donde el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos, afrontándolos y demostrarle que puede cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras. Si no es posible lograr un cambio filosófico profundo, la TREC será un equivalente a una terapia cognitivo conductual donde el paciente reducirá los síntomas mediante un cambio conductual e inferencial, de ser así es importante aclararle al paciente que su filosofía sigue siendo irracional, predisponiéndolo a nuevas alteraciones emocionales y conductuales.

En la TREC el terapeuta es como un maestro que enseña a su paciente a ser su propio terapeuta. El cambio y la velocidad de éste dependerá del trabajo y esfuerzo del paciente.

El objetivo de esta terapia es lograr un cambio filosófico profundo por medio de detectar y cambiar las inferencias o evaluaciones erróneas de la realidad y las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan, lo cual permitirá tener impacto en las emociones y conductas presentes y futuras.

3.5 EL MODELO ABC

El modelo ABC es un marco de referencia para conceptualizar los problemas psicológicos del paciente (Lega et al. 1997).

Se reconoce la importancia de las emociones y conductas, poniendo énfasis en la cognición (creencia, pensamientos e imágenes mentales).

El acontecimiento activador (A) es el desencadenante o antecedente de las consecuencias emocionales y conductuales (C) y estas son mediadas por las creencias (B) de (A), es decir, las (B) son las responsables directas de (C). (Ver figura 9).

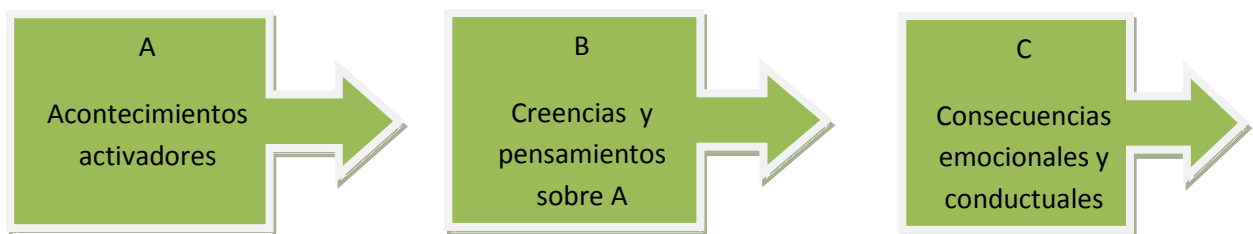


Figura 9 Teoría ABC

Por ejemplo: una persona es enviada al servicio de nutrición porque tiene sobrepeso u obesidad (A: el médico le informa a una mujer que tiene obesidad de primer grado, porque tiene 20 kilos de más, tiene que ir al servicio de nutrición

para que le proporcionen una dieta). Según las interpretaciones de esta mujer este hecho A tendrá diferentes significaciones (B: “me voy a morir de hambre”, “ya no voy a comer nada”, “me quitaran todo lo que me gusta”, “me van a enseñar a comer bien”, “tengo que cuidar mi salud”, “estoy bien gorda”, “tengo que bajar de peso para mi bien”), reaccionará emocional y conductualmente (C); si la evaluación es positiva se sentirá mejor que si la evaluación fuese negativa. De acuerdo a sus pensamientos, actuará de forma diferente.

Por tal motivo la atención de la terapia se centrará en B, ya que solo las evaluaciones de los Acontecimientos que hace el paciente se pueden poner a discusión.

Los Acontecimientos activadores (A).- un acontecimiento perturbador tiene tres elementos: que sucedió, como percibió lo sucedido el paciente (aspectos de la A), y como evaluó (sistema de creencias).

La TREC distingue entre la realidad objetiva (consenso social de lo que sucedió) y la realidad percibida (descripción del paciente de como creen que es) que conlleva dos tipos de cogniciones: *descriptivas* y *evaluativas*, en estas últimas entran las creencias racionales e irracionales del paciente. En específico las creencias evaluativas irracionales son las que producen problemas emocionales.

Las creencias (B).- hay dos sistemas de creencias las racionales y las irracionales.

Las creencias racionales proceden del sistema de valores de cada persona, de sus esperanzas, deseos, y preferencias.

En la TREC se considera que una persona está actuando de manera racional porque:

- ✓ Acepta lo que en realidad existe en el mundo real.
- ✓ Trata de vivir amigablemente con quien la rodea.
- ✓ Se relaciona íntimamente con algunos miembros de su grupo social.

- ✓ Se compromete en un trabajo productivo y agradable.
- ✓ Elige participar en actividades recreativas.

Las creencias irracionales surgen al intensificar los deseos y preferencias racionales, convirtiéndose en demandas o exigencias absolutistas, sus características se refieren a:

- Ser inconsistentes en su lógica.
- Ser inconsistentes con la realidad empírica.
- Ser absolutistas y dogmáticas
- Producen emociones perturbadoras.
- Obstaculizan el logro de objetivos.

La TREC ayuda a los pacientes a identificar sus pensamientos racionales e irracionales, cuestiona a estos últimos para poder reemplazarlos por una filosofía más racional.

Las Consecuencias (C).- la Consecuencia emocional es en general la que motiva al paciente a asistir a terapia. Si el paciente no expresa sus emociones, se tendrá que preguntar ¿cómo se siente? o inferir la presencia de posibles estados emocionales: por medio del comportamiento, entendiendo las típicas consecuencias emocionales de ciertas situaciones o mediante deducción de acuerdo al sistema de creencias del paciente.

Los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos ayudan a la sobrevivencia y la felicidad humana, mientras que la irracionalidad, el sentir y actuar inapropiadamente interfieren en la vida de las personas y causa daño innecesario.

La TREC identifica aquellas emociones que son dañinas (perturbadoras) porque obstaculizan el logro de objetivos, el disfrute y llevan a la autodegradación o a producir trastornos psicósomáticos. Las emociones no perturbadoras, aunque sean

negativas, son apropiadas y adaptativas. Algunas palabras nos pueden ayudar a definir mejor a las emociones:

- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, pesar, frustración.
- Emociones perturbadoras: ansiedad, depresión, ira clínica, culpa, vergüenza.

Cuando el paciente identifica sus emociones perturbadoras, tendrá que decidir si quiere cambiar esta emoción o no, Si el paciente no quiere cambia la C, no se puede tener la TREC.

3.6 ESTRUCTURA BÁSICA DE LA TREC

Para comprender los problemas de los pacientes es necesario hablar de los niveles de conciencia cognitiva, algunos más fáciles de recuperar que otros dependiendo que tan cercanos a la conciencia estén:

- Pensamientos automáticos: son los más cercanos a la conciencia, después de reflexionar unos momentos el paciente los puede mencionar fácilmente, las preguntas que se le pueden hacer al paciente para que los identifique son: ¿qué está diciéndose a sí mismo? ¿qué se dijo a sí mismo en ese momento?
- Las inferencias y atribuciones que hace el paciente a sus pensamientos automáticos, están en el mismo nivel de conciencia y se descubren con otra pregunta directa ¿qué pensó que significaba? ¿qué infirió de eso?
- Las cogniciones evaluativas: son menos obvias para el paciente, ya que se asumen en silencio, están asociadas con la perturbación emocional.
- Las creencias irracionales nucleares: son más difíciles de descubrir, son filosofías básicas, en la TCC se conocen como “esquemas”.

Ellis en una primera formulación agrupó las ideas irracionales en 11 básicas, las cuales sintetizó (1977) en tres ideas irracionales básicas, las exigencias

absolutistas o necesidades perturbadoras como “deberías”, “es necesario que”, entre otras con respecto a:

- 1) Uno mismo: “debo hacer las cosas bien y ser aprobado por los demás”.
- 2) Otras personas: “deben ser agradables, consideradas y justas”.
- 3) La vida, el mundo: “debe ofrecerme las facilidades y condiciones para poder conseguir lo que quiero sin esfuerzo y cómodamente”.

Cuando estas exigencias absolutistas o pseudonecesidades no se cumplen. Aparecen los pensamientos, llenos de emociones, derivados de las siguientes exigencias absolutistas:

- Tremendismo: “es terrible”: se resalta lo negativo, se llega a una conclusión exagerada, es más malo de lo normal.
- No soportantitis “no puedo soportarlo” (baja tolerancia a la frustración): se exagera lo insoportable de una situación.
- Condena para sí mismo y para los otros: “soy un...” “es un...”: evaluación global de la valía del ser humano, de la vida y del mundo a partir de una conducta, cuando las cosas no son como “deben de ser”.

La TREC considera estas tres conclusiones como procesos irracionales secundarios a una filosofía personal absolutista y “debo” dogmáticos.

Para Ellis las perturbaciones emocionales se relacionan con creencias irracionales. Las actitudes de exigencia y la necesidad perturbadora provocaran las distorsiones cognitivas como son:

- Sobregeneralización y etiquetas negativas
- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro
- Fijarse en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Magnificar-minimizar
- Racionamiento emocional

- Personalizar
- Estafa

3.7 PROCEDIMIENTO

La TREC es activa, directiva y educativa. En la etapa inicial de la TREC se le enseña el ABC al paciente para que entienda el concepto e identifique sus aspectos irracionales, para que sean reemplazados por otros funcionales, con el fin de que utilice las técnicas de la TREC y termine siendo su propio terapeuta.

Ellis y Dryden (1987) proponen que para lograr un cambio filosófico, las personas tienen que hacer lo siguiente:

1. Darse cuenta de que sus perturbaciones psicológicas, en gran medida son causadas por ellas mismas, y los aspectos ambientales se consideran secundarios, en el proceso de cambio.
2. Reconocer que las personas son capaces de modificar significativamente sus perturbaciones.
3. Comprender que las creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas provocan las perturbaciones emocionales y conductuales.
4. Descubrir sus creencias irracionales, discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Por medio de la utilización de métodos lógico-empíricos de la ciencia, se cuestionan las creencias irracionales.
6. Procurar internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

La TREC utiliza varias técnicas cognitivas, emocionales y conductuales, algunas comunes de otros sistemas de psicoterapia, las cuales constituyen la “TREC General” y las específicas, la “TREC Preferencial”.

3.8 APLICACIÓN DE LA TREC EN GRUPO

En 1959 Ellis formó su primer grupo de TRE, descubriendo varias ventajas sobre la terapia individual:

1. La confrontación es más fuerte, ya que todos los miembros del grupo tienen la oportunidad de desarrollar la confrontación activa.
2. Hay más oportunidades de practicar la confrontación de las creencias irracionales de otras personas y por lo tanto de las propias.
3. Las tareas pueden ser sugeridas por los miembros del grupo.
4. Las tareas de casa se cumplen de mejor manera, por la presión del grupo.
5. En el grupo se utilizan métodos cognitivos, emotivos y conductuales y ejercicios emotivo-evocadores, recibiendo la retroalimentación del terapeuta y de los compañeros del grupo, lo que los hace más efectivos, que la terapia individual.

Los grupos pueden ser pequeños (máximo 10 personas) o grandes (Ellis trabajó con grupos de más de 50 personas), se sugiere hacer una entrevista previa para la selección de los participantes, si es que no llevan ya una terapia individual.

La TREC utiliza algunas técnicas grupales que pueden ser muy efectivas:

Técnicas cognitivas:

- Confrontación activa: los miembros del grupo aprenden el ABC, identifican sus “debo” contraproducentes y absolutistas, confrontándolas de manera empírica, lógica y pragmáticamente.
- Auto-afirmaciones de manejo racionales: sustituir las creencias irracionales por auto-afirmaciones racionales (basadas en hechos o ser filosóficas).
- Buscar referentes: elaboración de listas de las desventajas reales de sus conductas peligrosas (tomar refresco, comer de manera desordenada) y un listado de las ventajas reales obtenidas de la modificación de sus conductas disfuncionales (adherirse al plan de alimentación).
- Modelado: encontrar modelos a seguir entre las personas conocidas.

- Tareas cognitivas: trabajan sobre el ABCDE.
- Técnicas psicoeducativas: utilizan libros, grabaciones y materiales de autoayuda.

Técnicas emotivas:

- Autoafirmaciones de manejo vigoroso.
- Imaginación racional emotiva.
- Interpretación de roles.
- Confrontación grabada.
- Uso del humor.
- Métodos relacionales.
- Motivación.
- Ejercicios de encuentros.

Técnicas conductuales:

- Desensibilización in vivo.
- Evitación de alejamiento de los sucesos “horribles”.
- Uso del refuerzo.
- Uso de castigos.
- Entrenamiento de habilidades.
- Prevención de recaídas.

**PROPUESTA DE UN TALLER CON ENFOQUE DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA
PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO DIRIGIDO
A MUJERES DE 20 A 40 AÑOS CON OBESIDAD GRADO I.**

Justificación

La Terapia Racional Emotiva Conductual considera que la cognición, la emoción y el comportamiento están íntimamente relacionados. Ellis, A. y Abrahms, E (2005), consideran que cuando pensamos, también sentimos y actuamos; cuando sentimos, pensamos y actuamos al mismo tiempo; al igual que cuando actuamos también estamos pensando y sintiendo; por lo que es imposible considerarlas por separado.

Es por ello que este enfoque será de gran ayuda para mejorar la adherencia terapéutica de las mujeres que siguen un tratamiento dietético para reducir su peso corporal, ya que la conducta alimentaria involucra pensamientos y emociones que condicionan los patrones conductuales que obstaculizan el cambio de estilo de vida.

Al implementar el taller se podrá trabajar de manera integral con el cambio de estilo de vida desde la cognición informando de las ventajas de llevar una dieta saludable y las consecuencias para la salud del sobrepeso. Se podrán identificar los pensamientos irracionales y creencias que pueden llevar a emociones desadaptativas, a conductas autodestructivas y/o a abandonar el tratamiento dietético.

Rodríguez, G. (1999) menciona que el porcentaje de personas que no llevan a cabo las indicaciones dietéticas es arriba del 70%, por tal motivo la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas va en aumento, ya que la obesidad es un factor de riesgo para adquirirlas; entre más se demore la reducción de peso mayores serán las consecuencias en la salud de quien la padece.

Las mujeres son más propensas a la obesidad, en la encuesta ENSANUT 2012 se reporta el 73% de las mujeres con algún grado de sobrepeso, frente al 69.4 % de incidencia en los hombres. Sin embargo la acumulación de grasa abdominal, que es la que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, en las mujeres es del 82.8% en comparación con el 64.5% de prevalencia en los hombres.

De tal manera que al aplicar este taller a las amas de casa, se pretende tener un mayor impacto en la población, ya que al adoptar un estilo de vida más saludable para ellas, funcionaran como sujetos de cambio en la familia.

Para tal propósito, es importante que se brinde una atención interdisciplinaria en la que el médico, nutriólogo y psicólogo tengan objetivos comunes, para facilitar un cambio en el estilo de vida sostenido y permanente. Sin embargo, a pesar de que las Guías de Práctica Clínica indican la participación del psicólogo en el tratamiento de la obesidad, no se le ha dado un papel relevante, es por ello que este taller permitirá definir la intervención activa del psicólogo en el tratamiento de la obesidad, brindándole un lugar más notable entre los profesionales de la salud.

Objetivo general

Las participantes conocerán estrategias cognitivas, conductuales y emotivas para mejorar la adherencia terapéutica al régimen dietético, a fin de disminuir su peso corporal.

Objetivos específicos

Las participantes podrán:

1. Aplicar las técnicas de la TREC para mejorar la adherencia al tratamiento dietético.

2. Identificar estrategias para modificar pensamientos irracionales que se interpongan en el cumplimiento de las indicaciones dietéticas de su plan de alimentación.
3. Identificar las emociones desadaptativas que influyen en la conducta alimentaria y en conductas autodestructivas.

Población

Un grupo de 8 a 15 participantes que cubran los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 40 años que tengan un IMC de 30 a 34.9;
- Que sean canalizadas por el personal de nutrición para realizarles una entrevista donde se determinará si cubren los criterios de inclusión.

Se requiere de:

- Un psicólogo clínico que actúe como facilitador, que maneje la TREC y conozca el taller.
- Un profesional de nutrición (nutriólogo, nutricionista o dietista), que conozca el taller.

Materiales

Materiales		
Nombre	Descripción	Cantidad
pizarrón	Fijo o portátil	1
Gises	De colores	1 caja
Etiquetas auto adheribles	De 5 cm x 2.5	15
Marcadores de agua	6 colores deferentes	12
Cartulinas	Blancas	1
Plumas	De colores	15
Lápices	De grafito del 2- 2.5	15
Hojas de papel	Tamaño carta, blancas	1 paquete
Instrumento musical	Tamborcito o pandero	1
Libretas	Tamaño taquigrafía	15
Pañoletas o paliacates	Mínimo de 40 cm	15

Escenario

INSTITUCIÓN		
Unidad de salud que cuente con servicio de nutrición,		
AULA		
Dimensiones	Min.: 4 x 4 m ² máx.: 16 x 16 m ²	
Mobiliario	Mesas	1
	Sillas	16
Iluminación	Adecuada, natural o artificial.	
Ventilación	Adecuada, que cuente con ventilador.	
Equipo necesario	Laptop, proyectos, grabadora o bocinas, USB, báscula, flexómetro, nutrikit o modelos de alimentos.	

Pre-test y pos-test

Se aplicará un cuestionario como pre-test y pos-test que consta de 26 items, el cual es una adaptación del cuestionario de estilo de vida y hábitos alimenticios utilizado en el IMSS en los grupos SODHI. Las preguntas van relacionadas a la frecuencia de consumo de alimentos saludables y no saludables; a la actividad física; consumo de alcohol y tabaco y tratamientos previos del sobrepeso (Anexo 1).

También se registrará el peso y las medidas de cintura y cadera de cada participante al iniciar y finalizar el taller.

A continuación se detallaran las cartas descriptivas de cada una de las sesiones del taller.

CARTA DESCRIPTIVA

SESION 1

Objetivo: integración del grupo, encuadre y entender la obesidad como una enfermedad crónico- degenerativa, aplicación del pre-test.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
- Bienvenida al taller.	- El facilitador se presentará y les dará la bienvenida a las participantes, repartirá etiquetas para que anoten sus nombres.	Etiquetas, marcadores.	15 min.	
-Presentación de las participantes.	- Dinámica “A mí me gusta” (Anexo 2).	Ninguno	20 min.	
- Presentación de los objetivos del taller	- El facilitador utilizará presentación en power point, (PP) para mostrar los objetivos del taller.	Laptop, proyector, presentación en PP.	15 min.	
- Encuadre del taller.	- Harán una lista de las reglas del grupo entre todas las participantes.	Cartulinas, marcadores.	20 min.	
- “La obesidad como riesgo para la salud”.	- El especialista en nutrición explicará a detalle en que consiste la obesidad: causas, riesgos para la salud y tratamiento utilizando una presentación PP.	Laptop, proyector, presentación en PP	1 hora	
- Se pesará a cada una de las participantes y se les medirá la cintura y la cadera para obtener la medida inicial.	- El especialista en nutrición medirá a las pacientes, sin zapatos y con ropa ligera. Peso, estatura, cintura y cadera.	Báscula digital, flexómetro.	15 min.	Se registraran las medidas iniciales, para compararlas al final del taller.
- Aplicación del pre-test.	-Se les proporciona a cada participante el formato del cuestionario (anexo 1)	Cuestionarios, plumas.	20 min.	Se comparará al final del taller con las repuestas del pos-test.
- Para finalizar se preguntarán dudas y comentarios. Tarea para la siguiente sesión: que significa la dieta, los cambios de estilo de vida y como los vives.	Se proporcionará una libreta para tareas y registro de un diario de alimentación y emociones	Libreta para apuntes	10 min.	Se revisará la tarea en la siguiente sesión.

CARTA DESCRIPTIVA

SESION 2

Objetivo: estimular la conciencia corporal y aprender el ABC de la TREC.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
- Saludo.	- El facilitador les pedirá a las participantes que se pongan de pie y hagan un círculo tomadas de las manos y cada una comparta brevemente como les fue en los días que no se vieron.	Ninguno	15 min.	
-Revisión de la tarea	- El facilitador les pedirá que compartan que les pareció la elaboración de su diario de alimentación y los significados del plan de alimentación en sus vidas.	Libretas de trabajo y plumas	30 min.	Se revisará que todas las participantes cumplan con la tarea.
- Ejercicio para estimular la conciencia corporal y llevarlas al “aquí y ahora”	- Dinámica “Baile africano” (Anexo 3).	Grabadora y música de percusiones	30 min.	
- Exposición del ABC de la TREC	- El facilitador utilizará presentación en (PP) para explicar detalladamente en que consiste el ABC, con ejercicios y ejemplos, propicia la participación activa de las asistentes.	Laptop, proyector, presentación en PP. Cartulinas y marcadores.	1 hora	Se le pedirá a cada una de las participantes que identifiquen su ABC.
Por último se preguntarán dudas y comentarios	Tarea: anotar sus ideas irracionales con respecto a la dieta, su peso e identificar sus consecuencias emocionales, provocadas por los pensamientos irracionales.	Libreta de apuntes	10 min.	Se revisará la tarea en la siguiente sesión.

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 3

Objetivo: identificar las emociones que experimentan en relación a la dieta, sus conductas alimentarias y su peso corporal.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
- Saludo.	- El facilitador les pedirá a las participantes que se pongan de pie y hagan un círculo tomadas de las manos y cada una comparta brevemente como se sienten el día de hoy.	Ninguno	20 min.	
- Revisión de la tarea	- El facilitador les pedirá que compartan que les pareció la tarea, si surgieron dudas o dificultades para identificar sus creencias y pensamientos irracionales y sus emociones o alguna aclaración del tema de la sesión anterior (ABC de la TREC).	Libretas de trabajo y plumas	45 min.	Se revisará que todas las participantes cumplan con la tarea.
- Ejercicio para aumentar la confianza	- Dinámica "Elefantes" (Anexo 4).	Instrumento para hacer ruido, pañoletas para tapar los ojos	30 min.	
- ¿Qué son las emociones y para que nos sirven?	- El facilitador utilizará presentación en (PP) para explicar de manera clara y sencilla cuales son las emociones básicas, su función y que no hay emociones buenas ni malas, sino des-adaptativas.	Laptop, proyector, presentación en PP. Cartulinas, marcadores.	1 hora	Se utilizarán las emociones que han sentido en la dinámica y las que anotaron en su libreta, para que el aprendizaje sea significativo.
Al final de la sesión se aclararán dudas y comentarios.	Tarea: anotar las emociones que les genera cumplir o no con su dieta, el sobrepeso, comer o no alimentos "prohibidos".	Libreta de apuntes	10 min.	Se revisará la tarea en la siguiente sesión.

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 4

Objetivo: identificar las conductas que se interponen en el cumplimiento de su plan de alimentación.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
- Saludo.	- El facilitador les pedirá a las participantes que se pongan de pie y hagan un círculo tomadas de las manos y cada una compartan brevemente como les fue en los días que no se vieron.	Ninguno	15 min.
- Revisión de la tarea	- El facilitador les pedirá que compartan las emociones que anotaron en sus libretas y si surgieron dudas o alguna inquietud del tema anterior.	- libretas de trabajo y plumas	45 min.
- "Como decir NO"	- Dinámica "Como decir NO asertivamente" (Anexo 5).	Grabadora, música y figuras de alimentos saludables y no saludables Hojas blancas y plumas	30 min.
- Identificar conductas que se contraponen a la adherencia terapéutica y obtener recursos para solucionarlas.	- El facilitador les pedirá que formen parejas con quienes compartirán sus mayores dificultades para seguir el plan de alimentación y compartan estrategias para solucionarlas.		30 min
Para finalizar se aclararán dudas y escucharán comentarios.	Tarea: registrar porcentaje de cumplimiento de las indicaciones de su plan de alimentación, tratar de aumentar ese porcentaje cada día.	Libreta de apuntes	10 min

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 5

Objetivo: autoevaluación de la adherencia al tratamiento dietético y conocer alternativas saludables y agradables para comer y cumplir con el plan de alimentación. Descubrir las calorías ocultas en los alimentos (densidad calórica)

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
- Saludo.	- El facilitador les pedirá a las participantes que se pongan de pie y hagan un círculo tomadas de las manos y cada una comparta cómo se siente el día de hoy.	Ninguno	15 min.
-Revisión de la tarea.	- El facilitador les pedirá que compartan el porcentaje de adherencia que se autoevaluaron y si aplicaron las estrategias sugeridas la sesión anterior.	- libretas de trabajo, pizarrón y gises.	40 min.
-“Alternativas saludables para disfrutar mi alimentación”.	- El especialista en nutrición utilizará presentación en (PP) para explicar detalladamente en que consiste la densidad calórica. Utilizará modelos de alimentos para que las participantes formen menús y preparaciones con menos calorías.	Laptop, proyector y presentación en PP. Cartulinas y marcadores, nutrikit	1.5 horas
Para finalizar se resolverán dudas y se escucharán comentarios.	Tarea: continuar con el registro de alimentos y emociones, quien no ha cumplido al 100% con el plan de alimentación, seguir aumentando el porcentaje y quien ya lo logró lo mantenga, poner en práctica lo que se ha visto en la sesión, identificar los alimentos de alta densidad calórica y cambiarlos por alimentos de baja densidad	Libreta de apuntes	15 minutos

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 6

Objetivo: resolución de conflictos, evaluación y cierre del taller.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación
- Saludo.	- El facilitador les pedirá a las participantes que se pongan de pie y hagan un círculo tomadas de las manos y cada una comparta brevemente como les fue en los días que no se vieron.	Ninguno	15 min.	
- Revisión de la tarea	- El facilitador les pedirá que compartan su autoevaluación y sus ejemplos de alimentos de alta y baja densidad calórica.	- libretas de trabajo y plumas	30 min.	
- Ejercicio para resolución de conflictos	- Dinámica “meta/deseo” (Anexo 6).	Cartulina y marcadores	40 min.	
- Se pesará a cada una de las participantes y se les medirá la cintura y la cadera para obtener la medida final.	- El especialista en nutrición medirá a las pacientes, sin zapatos y con ropa ligera. Peso, estatura, cintura y cadera.	Báscula digital, flexómetro.	20 min.	
- Aplicación del pos-test.	-Se les proporciona a cada participante el formato del cuestionario (anexo 1).	Cuestionarios y plumas.	20 min.	Se compararán las respuestas del pre-test con las respuestas del pos-test
Cierre: se les pedirá a cada participantes que compartan que se llevan y que dejan del taller	El facilitador agradece la participación y les entrega un reconocimiento por sus logros y la invitación para mejorar su estilo de vida.	Reconocimientos	20 min.	

DISCUSIÓN

En México la obesidad es un problema que va en aumento, la encuesta ENSANUT (2012) reporta que 7 de cada 10 adultos tienen sobrepeso u obesidad y se encuentra entre los primeros países del mundo con el mayor índice de obesidad infantil, lo cual es aún más preocupante, ya que la obesidad hiperplásica (mayor número de adipocitos) provoca que la enfermedad sea más difícil de tratar y aumenta el riesgo de adquirir otras enfermedades crónicas y mortalidad.

El sistema de salud en México no ha sido contundente en la prevención y el tratamiento de este problema, se han creado muchos programas, el más reciente fue “CHECATE, MIDETE Y MUEVETE”, difundido masivamente en televisión, radio, carteles, etc. pero aun así no se ha logrado un cambio sostenido en el estilo de vida de la población, ni se ha logrado la disminución significativa de la prevalencia de la enfermedad.

Esto es debido a que el tratamiento de la obesidad no es sencillo, ya que cambiar un hábito o modificar el estilo de vida de las personas requiere tiempo, constancia y educación, Rodríguez (1999) menciona que la tasa de adherencia más baja es la que tiene que ver con cambios en el estilo de vida, en uno de los estudios a los que hace referencia menciona que la adherencia de un grupo de pacientes diabéticos es menor al 27%. Mientras que Sámano (2011) reporta que 8 de cada 10 pacientes con obesidad abandonan el tratamiento antes de llegar a la meta establecida de reducción de peso.

Se recomienda que el tratamiento de los pacientes que viven con obesidad sea interdisciplinario (médico, nutriólogo y psicólogo), para apoyar al paciente de manera integral. La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA-2010 puntualiza la intervención psicológica en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, donde se menciona que el psicólogo clínico es el encargado de atender a los pacientes:

1. Valora y brinda apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias.

2. Trata los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso y obesidad.
3. Refiere al médico, nutriólogo o psiquiatra, cuando el caso lo requiera.

La Guía de Práctica Clínica (2012) menciona que la intervención psicológica es necesaria para poder identificar los obstáculos para adherirse al plan de alimentación y a un programa de actividad física, ubicar alguna alteración como depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastorno bipolar, adicciones o alcoholismo y trastorno de la alimentación. Estas intervenciones pueden ser individuales o grupales.

En la Guía Clínica del Instituto Nacional de Rehabilitación (2014) se recomienda la terapia cognitivo conductual para mejorar la adherencia al tratamiento dietético y la actividad física. Es por ello que la Terapia Racional Emotivo-Conductual es la opción idónea para cumplir con la recomendación, ya que no solo se trabajará con el cambio de conductas alimentarias, además se identificarán las creencias irracionales que llevan a la persona a experimentar emociones desadaptativas que le impiden seguir las recomendaciones de su plan de alimentación proporcionado por el profesional de nutrición.

A pesar de las recomendaciones antes mencionadas, la intervención del psicólogo en el tratamiento de la obesidad, no está establecida en todas las unidades médicas de primer y segundo nivel del sector salud.

El taller definirá la intervención del psicólogo en el equipo interdisciplinario encargado del tratamiento de la obesidad, dándole un papel relevante, donde sus conocimientos y habilidades en la TREC, apoyarán al paciente en su cambio de estilo de vida, brindándole las herramientas necesarias para modificar pensamientos y conductas que se interponen en la adherencia al tratamiento dietético, motivándolo a que los cambios sean permanentes, lo cual se traducirá en una disminución de peso significativa y duradera. Permitirá que el paciente conozca de manera racional su enfermedad, facilitando la toma de conciencia de

todas las consecuencias reales que se derivan del exceso de peso, este conocimiento lo llevará a una mejor aceptación del tratamiento.

En general el paciente que se encuentra en tratamiento nutricional, experimenta una serie de sentimientos, desde sentirse castigado o un perdedor, ya que es enviado por el médico y no por iniciativa propia. Las creencias que el paciente tiene con respecto a la dieta y a la alimentación saludable se interponen en la adherencia a las indicaciones dadas por el profesional en nutrición. Garcia y Kaufer (2011) mencionan la influencia que tienen las expectativas del paciente con la adherencia al tratamiento, por lo general se busca un tratamiento rápido y fácil.

La depresión, la ansiedad y la obesidad están estrechamente relacionadas y el cambio en el estilo de vida, también puede detonar ansiedad y depresión, sobre todo cuando el consumo de azúcares es elevado (Balsa 2014). Por lo que la intervención del psicólogo a través de esta propuesta, facilitará la adherencia al tratamiento dietético ya que se trabajará con las creencias y actitudes del paciente ante el cambio de hábitos alimenticios.

El trabajo del psicólogo será ayudar a los participantes a que centren su atención en los beneficios y ganancias que se tienen al llevar una alimentación saludable y no en las pérdidas (dejar de comer lo que acostumbramos y nos gusta). Además se mejorará la comunicación con los profesionales de la salud y los pacientes, pues el lenguaje y la información que se proporcionará en el taller carecerán de tecnicismos, aumentando la satisfacción del paciente al recibir un trato cálido y empático, pues se validarán sus emociones, se le permitirá entenderlas y manejarlas de una manera más adaptativa (Joice & Barros 2007).

Los usos, costumbres y tradiciones del mexicano están muy arraigados, por lo que se tendrá que hacer un esfuerzo para modificarlos o cambiarlos por otros más saludables. Por ejemplo uno de los hábitos más difíciles de cambiar es el consumo de refresco o agua de sabor en la comida; las fiestas y reuniones generalmente giran alrededor de la comida y las bebidas; desde un nacimiento hasta un velorio se celebran con comida; desgraciadamente la globalización ha influido en la

alimentación, por lo que cada vez es más frecuente el consumo de comida rápida y procesada que es menos saludable.

Al modificar las creencias irracionales y conductas alimentarias que se interponen en la adherencia al plan de alimentación indicado, se identificarán cual o cuales son los hábitos más difíciles de cambiar, se establecerán premios o castigos para poder extinguir estas conductas (Ellis 1993).

La mercadotecnia a través de mensajes engañosos y productos “milagro” confunden y dan expectativas irreales al consumidor, lo cual se interpone también en el tratamiento del plan de alimentación (García & Kaufer 2011). La industria alimentaria cada vez utiliza más aditivos y conservadores que generan tejido adiposo, alteran la glucosa y estimulan e incrementan el consumo del producto, provocando adicción, de tal manera que se les proporcionará a las pacientes una lista de alimentos que afectan la salud y que se podrían considerar saludables, se les enseñará a leer etiquetas y buscar ingredientes nocivos para la salud y lipogénicos en los alimentos procesados. Aprenderán a identificar los alimentos con alta densidad calórica, para que puedan tomar mejores decisiones de consumo y adquisición de alimentos.

Los medios masivos de comunicación bombardean a la población con mensajes contradictorios, por un lado crean estereotipos de belleza inalcanzables (lipovetsky en Parra 2012) y por otro estimulan el consumo de alimentos hipercalóricos, generando estados de ansiedad y depresión por la presión social de no cumplir con estos estereotipos.

El taller también promueve un pensamiento racional ante el plan de alimentación y los cambios de conducta alimentaria, identifica las respuestas emocionales que estos cambios generan en las personas, permitiendo que sean expresadas, para que no se interpongan en el cumplimiento de las indicaciones dadas por el especialista en nutrición.

Algunas personas piensan que con llevar el plan de alimentación de lunes a viernes, pueden comer lo que quieran el fin de semana, o que cuando come algo

de vez en cuando, no hay problema, por ello se elaborará un diario de alimentos en el taller, para que al analizar y comentar cuanto se apegan o no a su plan de alimentación, en el grupo se plantearán tareas y desafíos para que puedan llevar el plan de mejor manera

ALCANCES

- Esta propuesta puede ser replicada no solo para mejorar la adherencia al tratamiento dietético de la obesidad, sino también de otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas como: la diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, en las cuales, parte fundamental del tratamiento es el cambio de alimentación.
- La inclusión del trabajo psicológico como parte del tratamiento interdisciplinario, no solo de la obesidad, sino de cualquier enfermedad crónica, cuyo diagnóstico provoca una crisis en la persona que la padece, puede hacer la diferencia en el control y prevención de complicaciones, contribuyendo a la adherencia al tratamiento, por medio del acompañamiento emocional, el cambio de pensamiento que permitan aprender y desaprender conductas y creencias que se interponen en el cambio de estilo de vida.
- Permitir la introyección de que la alimentación saludable, no solo es para bajar de peso y se lleva “mientras” se logra el objetivo deseado, sino que nos provee de todos los nutrimentos que requiere nuestro cuerpo para funcionar adecuadamente y nos previene de enfermedades crónico-degenerativas, sin importar la edad, el sexo, ni la condición física.
- Al ser dirigido a las mujeres, se pretende tener un mayor impacto en la población, ya que en México por lo general, las mujeres son las encargadas de preparar los alimentos de la familia, aunque trabajen fuera de casa. Por lo que funcionarán como sujetos de cambio para ellas y sus familias.
- El grupo ayuda a la contención y autoapoyo de las pacientes, lo que estimulará la adherencia, ya que compartirán estrategias, vivencias, puntos

de vista que les permitirán tomar mejores decisiones en el cambio de estilo de vida.

- No solo se puede aplicar a la adherencia al tratamiento dietético, sino también a la adherencia a cualquier tratamiento médico de largo tiempo, como el tratamiento antirretroviral de los pacientes que viven con VIH.

LIMITACIONES

- Por desgracia en las instituciones de salud gubernamentales (IMSS; ISSSTE, SSA, DIF) no cuentan con suficientes psicólogos para poder integrarse al grupo interdisciplinario.
- Que las participantes no asistan a todas las sesiones del taller o que lo abandonen.
- Que las pacientes no lleven las indicaciones dietéticas, tal y como se las indicó la especialista en nutrición.
- Que las participantes no realicen las tareas que se les indiquen en el taller.
- Que los cambios de conducta de las participantes no sean permanentes.

REFERENCIAS

- Allison, K. C; Wadden, T. A; Sarwer, D. B; Fabricatore, A. N; Crerand, C. E; Gibbons, L. M; et al. Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features. *Obesity* 2006; 14: 77S-82S.
- Balsa, F. M 2014 Actitud hacia la ingesta y peso corporal. Recuperado de [Http://www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)
- Bravo, T. A. Espinosa, T. Mancilla, L. Recillas, M. (2011) Rasgos de personalidad en personas con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología* 115-125.
- Brownell K. D. Dieting and search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy* 1991; 22:1-2.
- Donoso, T. C; Diez R. Modelo cognitivo-comportamental de evaluación e intervención terapéutica aplicado a los trastornos de la ingesta de comida. Universidad Católica Boliviana. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a02.pdf>
- Ellis, A. (1999) Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Barcelona; Paidós.
- Ellis, A; Abrahams, E. (2005) Terapia Racional Emotiva. México; Pax México.
- Ellis, A. Blau Shawn (comps.) (2000) Vivir en una sociedad irracional. Barcelona; Paidós
- García, C. M. Arakelean, C. A. & Parra, C. A. (2012) Alimentación de los pacientes con sobrepeso y obesidad. En Pérez, A. B. & García, M. dietas normales y terapéuticas alimentos en la salud y la enfermedad (305-319). (6ª ed.) México; Ediciones Científicas La Prensa Mexicana
- García, G. J. Kaufer, H. M. & Arroyo, P. (2010). La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. México; Médica Panamericana.
- García, G. E. & Kaufer, H. M. (2011) Tratamiento de la obesidad una responsabilidad compartida. *Cuadernos de nutrición* 1 (34) 19-31.
- Heinberg, L. J; Keating, K. & Simonelli, L. Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: who is likely to be unrealistic? *Obes Surg* 2010; 20 (2): 148-153.
- Hurtado, F. M. & Riveros, D. R (2012). La obesidad un nuevo horizonte para su manejo. Bogotá; Universidad del Rosario.
- Joice, L. Barros, L. (2007) Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención. México; Manual Moderno.

- Kaufer, H. M. & Ávila, R. H. (2003) La obesidad y la distribución como factores de riesgo de la hipertensión arterial en adultos. *Cuadernos de nutrición*. 1 (26) 21-28
- Lega, L. I. Caballo, V. E. Ellis, A. (1997) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid; Siglo veintiuno de España editores S. A.
- Lipovetsky G. (1983) la tercera mujer. Barcelona; Anagrama.
- López, J. M. (2003) cultura y alimentación. *Cuadernos de nutrición* 2 (26) 60-67
- Lobera, S. J. García, S. C Identidad, significado y medición de las amas de casa. *Quaderns de psicologia* 2014 vol. 16 No. 1, 213-216 recuperado de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1193>
- Mahan, L. K; Escott-Stump, S (2001). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. México; McGraw-Hill Interamericana. Décima edición.
- Martínez, N. 2006 recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/138255.html> .
- Mitchell, J. E; Crosby, R. D; Ertelt, T. W; Marino, J. M, Sarwe; D. B; Thompson, J. K; et al. (2008) The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. *ObesSurg*; 18 (10): 1308-1312. Recuperado de <http://www.rebt.orf/>
- Moreno, M. S, Iglesias, B. P, Guijarro, D. G (2012) Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamiento y calidad de vida. España; Fundación BBVA.
- Papalia, D. Felman, R. Mantorell, G. (2012) *Desarrollo Humano*. México; Mc Graw Hill Education.
- Pardío, J. & Kaufer, H. M. (2012) La densidad energética de la dieta: ¿Qué es y cómo ayuda a la prevención y el manejo de la obesidad? *Cuadernos de nutrición* 2 (35) 57-71
- Parra. C. A. (2012) aspectos psicosociales asociados a la delgadez en la mujer dentro de la sociedad posmoderna. *Cuadernos de nutrición*. 4 (35) 135-142.
- Pérez, A. B. & García, M. (2012) Dietas normales y terapéuticas alimentos en la salud y la enfermedad (305-319). (6ª ed.) México; Ediciones Científicas La Prensa Mexicana
- Rodríguez, G. (1999) Fortalecimiento de la adherencia terapéutica. México; Facultad de psicología, UNAM.
- Sámano, O. L. F. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 31, 15-19
- Saucedo, A. G. (2012) Perspectiva antropológica de la gordura. *Cuadernos de nutrición*. 1 (35) 17- 28

Soderlund, D. S. (2009) Alteraciones sexuales y reproductivas en las mujeres con obesidad. *Cuadernos de nutrición* 4 (32) 135-146.

Valdivia, J. M. (2005) comida y depresión. *A tu salud. Revista de medicina preventiva.* (19) 58-63

Yankura, J. Dryden, W. (2000) Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) casos ilustrativos. Bilbao. Desclée De Brouwer.

Zukerfeld, R. (1996) Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Argentina. Paidós Psicología profunda.

Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> nota descriptiva 311 agosto 2014

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, actualización 2011. En <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pages/guias.aspx>

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. México. Secretaria de Salud, actualización 2012. En http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GP_C_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. En <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Mujeres y hombres en México INEGI 2013

Guía Clínica para el tratamiento de la obesidad I y II en <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SMD-01.pdf>

<http://www.seedo.es/index.php/como-alimentar-la-felicidad>

http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

www.todoensobrepesoyobesidad.org.com

Anexos

ANEXO 1 pretest y postest

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

DATOS PERSONALES:

NOMBRE COMPLETO _____

EDAD _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____ ESCOLARIDAD _____

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y CONTESTE LAS PREGUNTAS HONESTAMENTE LO QUE CONSIDERE MÁS APEGADO A SU SITUACION EN LOS ULTIMOS 3 MESE.

ELIJA UNA SOLA OPCIÓN Y MARQUELA CON UNA "X"

1.- ¿con que frecuencia come ensalada de verdura?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO VERDURAS
2.- ¿con que frecuencia come fruta	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
3.- ¿Cuántas piezas de bolillo o pan blanco come al día?	MÁS DE 3	2	1	RARA VEZ	NO COMO PAN
4.- ¿Cuántas piezas de pan de dulce come el día?	MÁS DE 3	2	1	RARA VEZ	NO COMO
5.- ¿Cada cuando come alimentos fritos (empanizados, capeados, frituras, donas, churros, etc.)?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
6.- ¿Cada cuando come barbacoa, carnitas y/o chicharrón?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
7.- ¿Cada cuando come guisado de pescado o atún o sardina?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
8.- ¿Cuántas veces come huevo como platillo principal, sin importar el momento del día?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
9.- ¿Cada cuando come leguminosas (frijol, lentejas, habas, garbanzos, soya, alverjones, etc.)?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
10.- ¿Cada cuando comes embutidos (jamón, salchicha, mortadela, longaniza, etc.)?	TODOS LOS DIAS	5 VECES POR SEMANA	3 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	NO COMO FRUTAS
11.- ¿Cuántas tortillas come al día?	7 O MAS	4 A 6	3 A 1	RARA VEZ	NO COMO TORTILLA

12.- ¿agrega azúcar a sus bebidas (agua, té, café, leche)?	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA	
13.- ¿utiliza el salero cuando está comiendo?	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA	
14.- ¿toma refresco, agua de sabor, agua de fruta o jugos embotellados?	TODOS LOS DIAS	3 A 5 VECES SEMANA	FIN DE SEMANA	SOLO EN FIESTAS	NUNCA	
15.- ¿frecuenta lugares de comida rápida (pizza, hamburguesas, hot-dog, pollo frito, comida china, tortas, tacos, alitas, etc.)?	TODOS LOS DIAS	3 A 5 VECES SEMANA	FIN DE SEMANA	SOLO EN FIESTAS	NUNCA	
16.- ¿come golosinas, chocolates o botanas?	TODOS LOS DIAS	3 A 5 VECES SEMANA	FIN DE SEMANA	SOLO EN FIESTAS	NUNCA	
17.- ¿Cuándo termina de comer la comida servida, pide le sirvan o se sirve más?	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA	
18.- ¿Hace ejercicio por lo menos 30 minutos al día?	TODOS LOS DIAS	DE LUNES A VIERNES	3 VECES POR SEMANA	FIN DE SEMANA	NO HAGO EJERCICIO	
19.- ¿Cuántas horas al día ve televisión?	MÁS DE 4	2 A 3	1	SOLO EN FIN DE SEMANA	NO VEO TELEVISIÓN	
20.- ¿Fuma? SI () NO ()	SI RESPONDIO "SI" ¿CUÁNTOS CIGARRILLO FUMA?		MÁS DE 10	6 A 9	3 A 5	1 A 2
21.- ¿Toma bebidas alcohólicas?	NO	OCASIONALMENTE	SOLO EN FIESTAS	FIN DE SEMANA	MÁS DE 3 VECES POR SEMANA	
22.- ¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe en cada ocasión?	HASTA LA EMBRIAGUEZ	MÁS DE 6	DE 3 A 5	1 O 2	NINGUNA	
23.- ¿Alguna vez has tomado algún medicamento o producto para bajar de peso?	NO	SI	¿HACE CUANTO TIEMPO?			
			¿CUÁL FUE?			
24.- ¿Alguna vez has estado en tratamiento dietético?	NO	SI	¿HACE CUANTO?			
25.- ¿Cuántas veces come al día?	1 o 2	3	MAS DE 3			
26.- ¿tiene horarios fijos de alimentación?	NO	SI				
Al inicio del taller						
Al final del taller	Peso	Cintura	Cadera	IMC		

Anexo 2

Dinámica “A mí me gusta”

- 1) Consiste en que los participantes se presenten y conozcan el nombre de los demás compañeros, así como que compartan sus gustos.
- 2) OBJETIVO: identificarse con los demás miembros del grupo.
- 3) DESARROLLO: todos los participantes se ponen de pie, forman un círculo. El facilitador pone el ejemplo y explica que cada uno dirá su nombre y lo que más le gusta hacer, dando dos pasos al centro del círculo, todos a los que les guste lo mismo que dijo la persona darán 2 pasos al centro del círculo. De esa manera lo harán hasta que todos participen.
- 4) Al finalizar se les pregunta a los participantes ¿Qué les pareció la actividad?
¿De qué se dan cuenta?
- 5) Duración 20 minutos.

Anexo 3

“Baile africano”

- 1) DEFINICIÓN: movimientos libres con música.
- 2) OBJETIVO: a través del juego se toma conciencia corporal; se trabaja con el auto-concepto, autoestima e imagen corporal.
- 3) MATERIALES: reproductor de música y música de percusiones.
- 4) CONSIGNA DE PARTIDA: se ponen de pie y se distribuyen a través del salón para que tengan suficiente espacio alrededor, se les pide que cierren los ojos y se dejen guiar por la música.
- 5) DESARROLLO: el facilitador empieza dando las instrucciones diciendo: vamos a explorar como podemos mover diferentes partes del cuerpo, empecemos por las manos y los dedos, a ver de cuantas maneras diferentes los podemos mover, ahora agreguemos el movimiento de antebrazos, permitan que el movimiento fluya por los brazos también; ahora que se vaya a los hombros, cuello, cabeza, continúen moviendo brazos y manos, despacio va a irse ese movimiento a todo su cuerpo, dejen que su movimiento fluya en su tronco y pecho, descubran como pueden moverlos. Ahora el movimiento se va hacia las caderas, se va hacia los muslos, las rodillas, y, finalmente a las piernas, tobillos y pies. Descubran todas las maneras en que pueden mover sus pies y piernas, continúen dejando que se mueva el cuerpo de cualquier manera que les resulte más cómodo. Ahora vamos a abrir los ojos y exploraremos otro tipo de movimientos. Primero vamos a experimentar los de doblar, para ello doblemos todas las partes del cuerpo, de todas las maneras que podamos. Ahora vamos a balancear; ahora a girar; ahora a sacudirse; ahora a hacer olas; ahora a mecernos; ahora vamos a movernos de la manera en que más nos gustó. Ahora vamos a relacionar los movimientos con diferentes sonidos, yo haré un sonido y ustedes lo repetirán, al tiempo que empiezan a moverse de acuerdo a lo que el sonido les sugiere; Bzzzz, Grrrrrr, Shhhh, Zapzapzap, Owwwwwuuu, Tic-tac...tic-tac, Riiiiing: Ahora busque a un compañero y

platique con él, solamente con movimientos y sonidos, sin usar palabras. Fíjense como se mueve su compañero y respondan ustedes con otro movimiento y ruidos ocasionales; ahora busquen un nuevo compañero y vuelvan a dialogar con él pero solo con movimientos y ruidos, fíjense si se comunican de la misma forma o de otra diferente. ¿Qué sienten de no poder hablar? Nuevamente busquen otro compañero y hagan lo mismo, den cuenta de cómo se comunican de maneras diferentes con él.

Finaliza cuando hayan buscado a todos los compañeros y regresan a su lugar.

- 6) Al finalizar se les preguntará a los participantes ¿Qué les pareció la actividad? ¿pudieron comunicarse con los demás? ¿Qué movimiento les gustó? ¿Cómo se sienten después de la actividad?
- 7) Duración 30 minutos.

Anexo 4

Dinámica: “Elefantes”

- 1) DEFINICIÓN: consiste en que el grupo llegue a la meta atravesando un camino de obstáculos que no ven.
- 2) OBJETIVO: aumentar la confianza y crear un clima de distensión.
- 3) MATERIALES: algún objeto para hacer ruido, pañoletas para tapar los ojos
- 4) CONSIGNAS DE PARTIDA: escoger un guía que permanecerá en silencio, mientras que el grupo no puede ver nada.
- 5) DESARROLLO: se escoge a alguien que haga de guía para la manada de elefantes. Los demás se tapan los ojos, se toman de la mano haciendo una cadena. El guía hará señales con algún instrumento u objeto, que habrán sido acordadas previamente por el grupo. Se dan a conocer las reglas del juego.
 - La guía dirige a la manada hasta una meta señalada, por un recorrido preparado previamente por el facilitador y solo lo conocerá el guía.
 - La manada entera deberá llegar a la meta.

La manada será llevada por diferentes obstáculos, de tiempo en tiempo, alguien fuera del grupo intentará romper la cadena y confundirlos imitando la señal del guía (las participantes deben tener la capacidad de continuar el juego),

- 6) Al final en un clima muy relajado cada miembro de la “manada” explicará sus sentimientos, preocupaciones, dificultades y confianza en el grupo.
- 7) Duración 30 minutos.

Anexo 5

“Decir no asertivamente”

1. El facilitador da información a los participantes respecto al uso conveniente del decir “no”. Explica que esto es permitido cuando se está en riesgo, porque hay un peligro, se infringen las reglas o alguien puede ser dañado, perjudicamos nuestra salud, etc., sin embargo el decir “no” requiere habilidad para que cuando esto ocurra sea asertivo o pueda decirlo de manera no agresiva, con firmeza pero amablemente, etc., situaciones en donde se ponen límites de manera sana y se emite el “¡no!” de manera positiva.
2. Posterior a la explicación el facilitador les dice que van a jugar con unas tarjetas que tienen escritos la descripción de escenarios en donde se ve obligado a decir “no”. Algunos ejemplos para elaborar las tarjetas pueden ser: alguien ofrece un vaso de refresco; tu mejor amigo te invita a salir al cine pero compra una gran cantidad de comida, un amigo en la tienda te ofrece un chocolate; restaurantes de comida rápida, estas en una fiesta y te ofrecen pastel con gelatina.
3. Se forman dos equipos y se les dice que van a participar en un concurso, en el cual uno de los miembros de uno de los equipos sacará una tarjeta, la lee y dramatiza, pidiéndole a un participante del equipo contrario se haga lo que está escrito en ésta, por ejemplo: “Vamos a comernos una dona”... a lo cual éste deberá responder argumentando que no lo va a hacer, pero deberá hacerlo de maneras diversas, puede ser enfático, usando explicaciones o razones, deberá modular su voz, sus posturas corporales, etc., la idea es que maneje diversos recursos para convencer al que demanda hacer la acción que inflige la adherencia a su plan de alimentación, pueda ceder y dar la razón a su (s) compañeros (s), entonces dirán “sí, accedemos” y deberán decir los motivos para hacerlo. Va a ganar el equipo que convenza al otro de

hacer lo demandado por ellos, sin enojarse. El trabajo de dramatización puede ser individual o entre los miembros del equipo, pero en ambos se tratará de “defender” una posición procurando convencer al otro de asumir la posición que le tocó hacer valer a su equipo. Cuando han dramatizado varias tarjetas puede hacer cambio de roles.

4. Para concluir con la actividad se les preguntará ¿qué les pareció la actividad?, ¿qué sintieron al decir “no”?, ¿les fue difícil?, ¿hay alguna situación que vivan en su cotidianidad que los pone en una situación difícil para decir “no?”
5. Duración 30 minutos

Anexo 6

Dinámica: “Meta deseo”

1. DEFINICIÓN: consiste en describir conflictos y buscar soluciones en grupo.
2. OBJETIVOS: aprender a explicar todos los detalles de un conflicto y estimular la imaginación y creatividad para la búsqueda de soluciones. Favorecer la afirmación de uno mismo y el apoyo del grupo ante los conflictos.
3. MATERIAL: pizarrón o cartulina, gises o marcadores.
4. CONSIGNA DE PARTIDA: formar grupos de menos de 7
5. DESARROLLO. Se comienza diciendo en voz alta todos los problemas que cada quien tiene en su mente, sin discutirlos. Se escriben de forma que todas las personas del grupo lo vean.

Una persona escoge el problema de la lista que le parezca significativo (seguramente será uno de los que ella haya sugerido), y lo explica detalladamente al grupo, para que todas lo entiendan.

A continuación todas dicen una “meta/deseo” o un “deseo/fantasía” que les gustaría que ocurriera si todo fuera posible (esto abre una variedad de posibilidades para la situación y ayuda a definirla más claramente).

Después, cada quien propone una solución, practica y realista, para hacer frente al problema. Las metas/deseos y las soluciones, se escriben y se entregan a la persona que ha sugerido el problema.

El proceso se repite con cada una de las participantes.

6. Para finalizar con la actividad se pregunta a los participantes ¿Cómo se ha sentido cada una? ¿Qué le han aportado los demás?