



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
PACIENTES CON OBESIDAD TIPO I y II**

**TESIS**

Para obtener el Grado de Maestro (a) en Psicología

**PRESENTA:**

Paula Palacios Ayala

**Director de Tesis:**

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

**Comité Tutorial**

Dr. Samuel Jurado Cardenas  
Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano  
Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio  
Mtra. Gabriela Añorve Valdez

Junio de 2018

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. LA OBESIDAD</b>	<b>8</b>
1.1 DEFINICIÓN	9
1.2 ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD	11
1.3 CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA OBESIDAD	18
1.4 LA OBESIDAD Y CORMOBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS	21
1.5 FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA OBESIDAD	23
<b>CAPÍTULO II. DIFERENTES TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LA OBESIDAD</b>	<b>30</b>
2.1 EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN LA OBESIDAD	30
2.2. ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD	31
2.3. TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LA OBESIDAD	32
2.4. TRATAMIENTO MÉDICO-FARMACOLÓGICO EN LA OBESIDAD	35
2.5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA OBESIDAD	37
2.6. TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA OBESIDAD	38
2.6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA OBESIDAD	39
2.7. INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA OBESIDAD	41
<b>CAPÍTULO III. DIFERENTES APORTACIONES PSICOLÓGICAS EN RELACIÓN A LA OBESIDAD</b>	<b>60</b>
3.1 INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA OBESIDAD A NIVEL MUNDIAL	60
3.2 INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN LATINOAMÉRICA	62
<b>CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>67</b>
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	69
4.2 OBJETIVO	69
4.3 JUSTIFICACIÓN	70
<b>CAPÍTULO V. METODOLOGÍA</b>	<b>74</b>
5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	74
5.2 PARTICIPANTES	74
5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	75
5.4 PROCEDIMIENTO	76
5.5 INTERVENCIÓN: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA PACIENTES CON OBESIDAD TIPO I Y II.	78

<b>CAPÍTULO VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>87</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>125</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>141</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO</b>	<b>185</b>

## **Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual para Pacientes con Obesidad tipo I y**

### **II.**

#### **Resumen**

El objetivo de esta investigación es analizar el proceso psicoterapéutico cognitivo conductual implementado en pacientes con obesidad tipo I y II, así mismo se pretende describir los efectos de una terapia en los pacientes con obesidad antes y después de su participación en dicha intervención. Este trabajo de investigación es de tipo cualitativo de alcance exploratorio descriptivo con el fin de comprender e interpretar las características del mismo, se utiliza la entrevista semiestructurada y el cuestionario de Registro de Opinión antes y después de la intervención cognitivo conductual. Cumpliendo con los criterios de inclusión se trataron 7 personas con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 (obesidad tipo I) y menor a 40 (obesidad tipo II) entre 20 a 65 años de edad, en un periodo de 4 meses. Se evaluó de manera individual a cada uno de los pacientes: Psicoterapia cognitivo conductual con control nutricional. Los resultados arrojan que los pacientes con obesidad consiguen modificar hábitos alimenticios dado que logran una adherencia al tratamiento nutricional a causa de cambiar ciertas conductas en consecuencia mejoran su estado de ánimo reduciendo la ansiedad.

**Palabras clave:** Proceso terapéutico cognitivo conductual, pacientes, obesidad tipo I y II.

## Introducción

La obesidad junto con el sobrepeso se ha convertido en el factor de riesgo que conlleva al desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, convirtiéndose en uno de los problemas más graves de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) considera a la obesidad como una enfermedad crónica que se relaciona con el desarrollo de enfermedades como: Dificultades respiratorias, resistencia a la insulina, diversos tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria, apnea y problemas cardiovasculares que pueden causar la muerte y conduce a efectos psicológicos serios para las personas que la padecen.

Recientemente la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2015) conocida como FAO (por sus siglas en inglés) ha referido que México es el país con más obesos. De acuerdo a los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) se considera que la obesidad no descenderá en el país, debido a que la prevalencia de obesidad ha ido en incremento en adolescentes, adultos y moderadas en niños.

La obesidad y el sobrepeso para el ENSANUT MC (2016) se incrementó a nivel nacional un 1.3% en el 2016, lo cual permite conocer que los problemas aún continúan a pesar de las labores preventivas.

Rivera *et al.* (2012) en México el desarrollo de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares) originó en el país el 75% del total de las muertes en todo el país. En el caso de la obesidad se le atribuye el 12.2% al total de muertes y 5.1% de personas que viven con discapacidad.

En cuanto a la Secretaría de Salud de Morelos (SSM, 2016) considera que la obesidad está relacionada con enfermedades, discapacidades y tumores malignos; ubicando a Morelos en el lugar décimo noveno con problemas de obesidad a nivel escolar, el décimo séptimo lo ocupan los adolescentes, mientras que en el vigésimo tercero se encuentran los adultos a nivel Nacional. Esta problemática de salud pública ha provocado al Estado grandes gastos destinados a la obesidad.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016 menciona que para obtener resultados eficientes el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe ser integral, con un conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, tomando en cuenta un tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en algunos casos tratamientos quirúrgicos, con la finalidad de lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Finalmente, es conveniente considerar la importancia de llevar a cabo una intervención a partir de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la obesidad, ya que se considera una eficaz alternativa para la disminución de peso, debido a que aborda los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas y las modificaciones de sus pensamientos del individuo a través de la atención y del entrenamiento apropiado. Esta terapia se considera relevante debido a que los pensamientos influyen en las emociones y conductas, por ejemplo, la dieta, la actividad física y la ingesta de medicamentos que en ocasiones no son suficientes para obtener los resultados deseados en los pacientes obesos.

## **Antecedentes**

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben considerarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad lo que implica la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, nutriólogos y psicólogos entre otros.

La obesidad es en sí misma un factor de riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión, deficiencias cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II y desarrollo de diversos tipos de cáncer entre otros; y se puede manifestar en todas las edades. Es por ello que se ha tomado en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos relacionados con la obesidad y que actualmente cobran gran relevancia.

En este punto cabe resaltar la trascendencia que tienen los aspectos psicológicos en la obesidad de las personas, debido a que se ha observado que por lo general quienes la padecen tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan minimizar mediante la inadecuada ingesta de alimentos, conducta característica del individuo obeso. Esto, aunado a las condiciones ambientales en que se desenvuelve, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social.

Ahora bien, debido a que la dieta, la actividad física y la ingesta de medicamento no han sido suficientes para obtener los resultados deseados en los pacientes obesos, se torna de suma importancia llevar a cabo una intervención a partir de la Terapia Racional Emotiva, la cual fue propuesta por Albert Ellis, quien la refiere como una terapia breve directa y efectiva, con mayor integración entre terapeuta y paciente, con técnicas centradas en la influencia que ejercen

los pensamientos y las creencias irracionales sobre las emociones y los comportamientos de las personas.

Esta terapia propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son resultados de lo que las personas piensan, asumen o creen. Su objetivo consiste en hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas (Beck *et al.*, 2008).

La Terapia Cognitivo Conductual se considera una eficaz alternativa para la disminución de peso, debido a que aborda los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas y las modificaciones de los pensamientos del individuo a través de la atención y del entrenamiento apropiado. Esta terapia se considera relevante debido a que los pensamientos se encuentran mediando e influenciando la forma emocional y conductual.



## Capítulo I. La obesidad

En este capítulo se abordará la problemática entorno a la obesidad, la cual se ha convertido en un problema de salud pública con consecuencias que van desde la salud física (médica), hasta los aspectos psicológicos como: emociones y comportamiento (Silvetri y Stavile, 2005).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la obesidad es considerada una enfermedad crónica está relacionada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), resistencia de la insulina, dificultades respiratorias, cáncer (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) y a efectos psicológicos (estrés, ansiedad) para las personas que la padecen.

De acuerdo a las estadísticas mundiales, el país que anteriormente contaba con mayor obesidad en su población era Estados Unidos, con 65% de adultos con sobrepeso y 30.6% de obesos. En los últimos años como lo sostiene la Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2015) México es considerado el país con más individuos con obesidad.

De acuerdo a estudios reciente Rivera *et al.* (2012) afirman que en México el desarrollo de las enfermedades no transmisibles originó el 75% del total de las muertes. En el caso de la obesidad se le atribuye el 12.2% al total de muertes y 5.1% de las personas viven con discapacidad. En este sentido la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) considera que la obesidad no descenderá en el país, por lo cual es necesario que las labores preventivas se optimicen, a pesar de que en las encuestas realizadas en el 2012 la prevalencia en sobrepeso y obesidad fue de 71.2% y en el ENSANUT (2016) fue de 72.5, por lo que llega a la conclusión que hay un 1.3 de diferencia, lo cual no resulta significativo para el resultado de las encuestas de ENSANUT 2016. A pesar de que no resulte significativo para la encuesta, es

conveniente señalar que existen más personas con obesidad, es decir, no hay descenso sino más bien un incremento de la enfermedad.

La Secretaria de Salud de Morelos (SSM, 2016) considera que la obesidad está relacionada con enfermedades, discapacidades y tumores malignos. Morelos ocupa el lugar 19 a nivel Nacional con problemas de obesidad en niños a nivel escolar, mientras que los adolescentes obesos se encuentran en el lugar 17 y finalmente el lugar 23 está posicionado por los adultos obesos.

### **1.1 Definición**

Carricarte (1995) comenta que la palabra obesidad *ob-esus* significa el que está frente a lo que se come; la raíz. A lo cual Jáurregui (2006) menciona que a través del tiempo la obesidad o sobrepeso se describe como “gordo” del latín *gurdus* de origen hispánico, considerado con abundantes carnes, muy abultadas o corpulentas.

Chinchilla (2003) considera a la obesidad como una enfermedad crónica la cual se describe por un aumento de grasa y por ende un aumento de peso. Según Moreno (2006) el término crónico hace referencia a enfermedades de duración prolongada y que en la mayoría de las veces no son curables.

Por su parte, la Secretaria de Salud en 2012 refirió que a partir de ese año la Norma Oficial Mexicana para el Manejo integral de la obesidad, definía a esta patología como una enfermedad en la que existe un exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual trae consigo alteraciones metabólicas y daño a la salud pues se relaciona con patologías endocrinas, cardiovasculares, ortopédica y a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Para Rivera et al. (2012) la obesidad es un trastorno crónico de origen multifactorial que se asocia a factores genéticos, endocrinológicos y ambientales. En estos factores ambientales están presentes el excesivo consumo de alimentos debido a la influencia social, comercial y la poca actividad física, incitando trastornos psicológicos en la actualidad.

En cuanto a su clasificación se refiere, Zimmermann (2012) establece que la obesidad puede clasificarse de acuerdo a las características de cada persona: 1) La obesidad tipo I que tiene que ver con el aumento de masa corporal o grasa, sin importar el lugar donde se acumule; 2) La obesidad tipo II se caracteriza por el aumento de grasa hipodérmica que se encuentra en el tronco y en el abdomen (androide); 3) La obesidad tipo III es el aumento de grasa en la zona abdominal visceral.

Recientemente, la OMS (2016) afirmó que la obesidad es resultado de una acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual resulta perjudicial para la salud, tiene que ver con un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético aunado a esto la poca actividad física; la define por el índice de masa corporal (IMC)  $>30$ . El IMC se calcula dividiendo peso (kg) y talla al cuadrado.

La clasificación de la obesidad de acuerdo al índice de Masa Corporal, según los datos de la OMS (2016) es:

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Interpretación
$\leq 18.5$	Bajo peso
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Sobrepeso
30.0-39.9	Obesidad grado 1
35.0-39.9	Obesidad grado 2
$>40.0$	Obesidad grado 3

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)

## 1.2 Etiología de la obesidad

La obesidad tiene una etiología multifactorial en la que los aspectos de mayor relevancia se relacionan con factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Sin embargo, la causa principal tiene que ver con la sobrealimentación. Dentro de los factores ambientales se encuentran: la alta ingesta de alimento y la falta de actividad física. Es importante hacer hincapié en que los trastornos psicológicos, el sedentarismo, la presión social y comercial influyen en la ingesta de alimentos con alto grado de calorías, por lo que se consideran los principales factores de la etiología de la obesidad (Ayela, 2009).

Martínez, Moreno, Marques y Martín (2002) comentan que los factores que se relacionan con la obesidad son los hábitos dietéticos y el sedentarismo los cuales están determinados por los genes, es decir, si uno o ambos padres son individuos con obesidad, es mayor la probabilidad que el gasto energético, el metabolismo y la ingesta de alimento se vean afectados, por esa causa las personas tienden a subir de peso con mayor facilidad. Es conveniente señalar que el consumo de alimentos ricos en grasa, el alto consumo energético y el aumento de sedentarismo en las sociedades actuales aumenta la probabilidad de tener obesidad.

Moreno (2003) afirma que el problema de la obesidad es el resultado de un desajuste del control del balance entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos, entonces se debe a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la cual también pueden intervenir factores hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, pero al igual los malos hábitos alimenticios, estilos de vida y factores sociológicos son determinantes.

De la misma manera Bersh (2016) nos dice, que la obesidad es un problema multifactorial de manera que se encuentran presentes los factores genéticos y metabólicos;

además para el autor están presentes aspectos conductuales de los cuales intervienen problemas psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos de alimentación.

Mientras que, Moreno (2012) comenta que solo el 2 al 3% de las personas con obesidad el padecimiento en específico está relacionada con alguna patología endocrinológica, en la cual se encuentra el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfatiga.

### **1.2.1 Factores genéticos y familiares que influyen en la obesidad**

El estudio de los factores genéticos que contribuyen al desarrollo de la obesidad, han resultado complejos. En las investigaciones realizadas en torno a los genes vinculados con la conducta alimenticia, al gasto energético y a la acumulación de grasa no se ha encontrado suficiente evidencia que avalen la herencia en el desarrollo de la obesidad (Moreno, Morelo y Álvarez, 2005).

Sin embargo, el que varios miembros pertenezcan a una familia en donde en su mayoría los integrantes sean individuos con obesidad, es un factor determinante para que los hijos desarrollen dicha enfermedad. Al respecto, Moreno (2003) afirma que al tener un padre con obesidad la probabilidad de que sus sucesores tengan obesidad es de un 50%, cuando ambos progenitores son personas con obesidad la probabilidad aumenta a un 80%. Asimismo, se ha demostrado que la existencia de familias obesogénicas que consumen alimentos con alto nivel calórico y una vida completamente sedentaria contribuyen a incrementar la obesidad en las mismas, aunado a que ello determinará factores de riesgo en la adquisición de enfermedades como las cardiovasculares o metabólicas entre otras. En este sentido Barquera (2013) refiere la

importancia que reviste la influencia de los padres en la formación de hábitos saludables (Moreno, Moreno y Álvarez, 2005).

Por su parte la National Institutes of Health afirma que tanto la obesidad como el sobrepeso resultan ser hereditarios, al igual que esto los genes se ven reflejados en la acumulación de exceso de grasa en el cuerpo. Cuando los padres consumen alimentos con alto contenido calórico y la poca actividad los hijos tendrán mayor riesgo de convertirse en individuos con obesidad.

De misma manera Bersh nos refiere que la predisposición a la adiposidad y la grasa corporal se debe a cuestiones hereditarias, a la vez distintas investigaciones señalan que existen algunos factores conductuales como la ingesta de grasas, el alto consumo de alimentos altos en calorías y el sedentarismo, mismas que están relacionados con los componentes genéticos.

De acuerdo con Cope, Fernández y Allison (2004) refieren que, a pesar de las investigaciones realizadas en torno a los genes vinculados con la conducta alimenticia, al gasto energético y a la acumulación de grasas no se ha encontrado suficiente evidencia que avalen la herencia en el desarrollo de la obesidad ya que están relacionados factores ambientales.

Cabe decir que para Considine *et al.* (1996), el gen que codifica la leptina en los adipositos está relacionada con los factores hereditarios en la obesidad, en donde nos explica que la proteína llamada leptina producida por los adipocitos es importante en el desarrollo de la obesidad, hay que mencionar su influencia en la ingesta y en el gasto energético, un ejemplo de esto, al despertar los niveles de leptina son bajos de tal modo que existe una estimulación del apetito, debido a esto actúa como un “marcador” de reservas energéticas en el organismo. Sin embargo, cuando se tiene una dieta alta en grasa, se genera una obstrucción llamada bloqueo leptinérgico mismo que recibe el nombre de resistencia a la leptina, como consecuencia de esto

existe cierta sencibilidad en las funciones de la misma agravando así el padecimiento de la obesidad.

### **1.2.2 Medicamentos que aumenten la obesidad**

Ciertos medicamentos para National Instiutes of Health pueden provocar el aumento de obesidad algunos de estos son los glucorticoides utilizados para tratar enfermedades autoinmunes debido, a las alteraciones en el metabolismo de carbohidratos. Al respecto Soriguer (2004) menciona que “diferentes estudios sugieren que el tejido intraabdominal es un lugar especialmente sensible al efecto de los glucocorticoides y se ha comprobado que el número de receptores de corticoides es mayor en los depósitos de grasa intraabdominales...”

De acuerdo a Moreno, Moreno y Álvarez (2005) existen algunos medicamentos como los antidepresivos, los anticonceptivos orales y los antidiabéticos que contribuyen a la aparición o mantenimiento de la obesidad. En cuanto a los antidepresivos se observa la amitriptilina que tiene que ver con la acumulación del tejido adiposo, el cual es considerado como un órgano con función endocrina capaz de secretar diversas sustancias que están relacionadas directamente en la aparición de la obesidad.

Asimismo, se encuentran los anticonceptivos orales éstos se relacionan con un aumento en la retención de líquidos. De igual manera, la testosterona y las hormonas masculinas provocan incremento de peso debido al metabolismo de cada persona y también por aumento en la retención de líquidos como en el caso de las hormonas femeninas.

Dentro de esta misma serie de medicamento se encuentran los antidiabéticos, es decir, la administración de insulina puede facilitar la aparición o el mantenimiento de la obesidad en algunas personas con diabetes tipo I y con mayor frecuencia en pacientes con diabetes mellitus

tipo II. Por su parte, Moreno, Moreno y Álvarez (2005) refieren otros medicamentos que son contraproducentes en el tratamiento de la obesidad debido, a que el resultado de la ingesta de éstos puede facilitar el aumento de peso en algunas personas; por una parte, se encuentran los antiinflamatorios utilizados en enfermedades reumáticas por otra parte, están los broncodilatadores para el asma bronquial.

De la misma manera, Bersh menciona que los medicamentos como son los esteroides, antidepresivos, antipsicóticos y anticonvulsivos están relacionados con el incremento de peso dado que algunos de ellos aumentan el apetito mientras, que otros actúan metabólicamente.

### **1.2.3 Factores psicosociales asociados a la obesidad**

De acuerdo a, Tamayo y Retrepo (2014) en el problema de la obesidad se encuentran presentes factores psicosociales como son los educativos, económicos y sociales; hay que mencionar, además que de acuerdo al autor mencionado éstos pueden posibilitar el aumento de peso en individuos con éste padecimiento.

Después de lo anterior expuesto, Moreno, Gallardo y López (2007) mencionan que los factores educativos relacionados con la obesidad están ligados con el nivel educativo de los padres de acuerdo, con el autor mientras más bajo sea el grado educativo de los progenitores existe un consumo menor de frutas y verduras así mismo, un aumento en la ingesta de bebidas azucaradas o procesadas favoreciendo hábitos inadecuados en los pequeños infantes; como resultado de esto existe un mayor riesgo de padecer obesidad. Por lo que se refiere a los padres con alto nivel educativo tienden a ofrecer a sus hijos una dieta más equilibrada con una mejor calidad nutricional, disminuyendo el riesgo de desarrollar dicha enfermedad.



Con respecto a, los factores económicos en la obesidad se encuentran más frecuentes en las clases sociales más desfavorecidas, asimismo, Bertrán y Arroyo (2004) señalan que “en los estratos socioeconómicos bajos se buscan alimentos que proporcionan saciedad y que quitan el hambre considerando así que se están dando una alimentación saludable”.

Por su parte, Téllez (2014) refiere que, a mayor contenido energético a expensas de grasas y colesterol, así como los alimentos procesados industrialmente, incluyendo la comida rápida y las bebidas azucaradas consumidas de manera constante son en gran medida causantes del aumento de peso.

El siguiente aspecto trata sobre los factores socioculturales en la obesidad de ahí que, el incremento de la clase media, así como el papel de la mujer en aportación del hogar, los precios accesibles y cómodos de algunos alimentos en donde se ofrecen porciones pequeñas a menor precio, pero con un alto nivel calórico, encontrándose así más fácil al alcance del consumidor. Además, se encuentra la ingesta de comida rápida propia de las artes culinarias y el sedentarismo, son factores que pueden influir en el desarrollo de la obesidad. (López y Magaña, 2014).

Ante la situación planteada, Medina, Aguilar, y Solé (2014) mencionan cada uno de los individuos puede elegir los alimentos que desea consumir a pesar de que pueden seleccionar sus provisiones están presentes las diferencias socioeconómicas educacionales y el poco conocimiento de una dieta balanceada de manera que puede obstaculizar la elección apropiada de los alimentos para una dieta saludable.

Asimismo, Medina, Aguilar, y Solé (2014) afirman que en los últimos años la modificación de los estilos de vida en torno a la obesidad son más evidentes debido a que, no sólo se reconoce a la obesidad como una enfermedad, sino también se comienzan a ver al cuerpo

como un factor socioeconómico y con esto oportunidad de negocio puesto que, se comienzan a ofrecer dietas “milagro” haciendo éstas hincapié en el ideal del cuerpo occidental ya que debe verse atractivo cuando se relaciona con la delgadez.

En el caso de Guzmán, Del Castillo, y García (2010) refieren que el peso del recién nacido está asociado con aporte energético proporcionado por la madre, cuando ésta es una persona con obesidad existe la probabilidad de que el bebé tenga un exceso de peso, por lo tanto, si el ambiente favorece para mantener e influir en la alimentación del niño éste se mantendrá. De ahí se hace mención la relación de la obesidad con los padres y otros factores ambientales, como los tipos de alimentos ingeridos y la actividad física.

Con respecto a Hernández (2004) refiere también que la obesidad está más presente en personas de nivel socioeconómico bajo, aún no se sabe con exactitud la razón específica. Hay otros constituyentes sociales que pueden dar origen a los problemas de obesidad algunos de estos son: fenómenos migratorios, la transculturización, aumento de las proporciones de los alimentos, las condiciones de urbanización no aptas para caminar, la falta de cultura nutrimental, las ofertas sin fin de soluciones fantásticas para la obesidad y las condiciones económicas.

Por otra parte, Hernández (2004) habla sobre la “mutación ambiental” la cual describe como: “pérdida que el sistema nervioso central (SNC) susceptible, pierde su capacidad para detectar los ritmos internos y externos. Puesto que el SNC emplea al sistema nervioso autónomo (SNA) para regular el ritmo interno, se ha propuesto que este desequilibrio y pérdida del ritmo sean los mecanismos más importantes en el origen del síndrome metabólico”.

### 1.3 Consecuencias físicas de la obesidad

Rivera *et al.* (2015) menciona que la obesidad está altamente relacionada con las enfermedades no transmisibles especialmente con la diabetes, enfermedades cardiovasculares, traumatismo articular, el dolor de espalda, hipertensión, algunos tipos de cáncer y la mortalidad. Sin embargo, Odgen (2005) señala que los efectos de la obesidad se deben en gran parte en donde se encuentre la acumulación de grasa en el cuerpo ya que específicamente la grasa que se almacene en el abdomen resulta ser la más perjudicial. Se ha estipulado que especialmente la grasa que se encuentra en la zona toracoabdominal del cuerpo se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Moreno, 2012).

De acuerdo a Moreno (2003) la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles aunada al tabaquismo y al alcohol, así como a problemas de reflujo gastroesofágico. Al igual la obesidad se relaciona con la colelitiasis la cual se debe al incremento de la secreción del colesterol por la vía biliar, al mismo tiempo en las personas con obesidad se encuentran problemas de esteatosis hepática (hígado graso) que puede desarrollarse en fibrosis hepática.

Por lo tanto, la obesidad también genera mayor trabajo respiratorio, debido a que se tiene que desplazar más masa de tejido, “los músculos respiratorios del obeso trabajan más para vencer mayor inercia y resistencia al movimiento, tanto de los tejidos como del aire que circula a través de vías aéreas más estrechas” (Méndez, 2013, p. 199).

Al mismo tiempo, el autor menciona algunas alteraciones en la función respiratoria en la persona con obesidad así, por ejemplo:

- Baja capacidad vital

- Incremento del trabajo respiratorio
- Debilidad muscular respiratoria
- Respuesta ventilatoria inadecuada
- Mayor consumo de oxígeno y de producción de CO<sub>2</sub>
- Posible limitación funcional en comparación con personas de la misma edad

En este mismo escenario las alteraciones por falta de una adecuada circulación debido a la acumulación de grasa son muy frecuentes en los individuos con obesidad, lo que las hace más factibles a sufrir una trombosis venosa profunda (Barbosa *et al.*, 2012).

Asimismo, existen rasgos característicos de las alteraciones dermatológicas en las personas con obesidad, para ilustrar mejor se mencionan las siguientes:

- Dermatitis asociadas con la resistencia a la insulina: acantosis nigricans y los fibromas péndulos o blandos
  - Acantosis nigricans: enfermedad, caracterizada por la presencia de hiperpigmentación en los pliegues cutáneos perinatales y de las axilas.
  - Fibromas péndulos o blandos: bultos pequeños blandos, marrones o de color de piel normal en zonas de roce como el cuello, las axilas o las ingles.
- Dermatitis por causas mecánicas:
  - Estrías por distensión: son de dos tipos de estrías, roja y blanca, parecen y evolucionan con un aumento de peso.
  - Lipodistrofia benigna: es la pérdida del tejido adiposo y altera la distribución de la grasa corporal, lo que causa deformaciones y problemas metabólicos.

- Queratosis plantar son: alteraciones en la dinámica del pie en pacientes con sobrepeso u obesos que adoptan una abducción permanente produciendo una modificación de los puntos de apoyo con la finalidad de mantener el equilibrio.
- Hiperqueratosis: trastorno caracterizado por el engrosamiento de la capa externa de la piel.
- Insuficiencia vascular periférica: se caracteriza por ser un trastorno de la circulación lento y progresivo. Incluye todas las enfermedades en cualquiera de los vasos sanguíneos fuera del corazón y las enfermedades de las arterias, las venas o los vasos linfáticos. Los órganos como el cerebro, el corazón y las piernas, pueden no recibir el flujo sanguíneo para un funcionamiento normal.
- Dermatitis por aumento de pliegues: intertrigo candidiásico
  - Es una afectación de los grandes pliegues existentes debajo de las mamas, en axilas o en las ingles por una infección de hongos.

Como Sánchez, Ibañez y Klaassen (2014) nos comenta que en estudios recientes se ha vinculado a la obesidad con diferentes tipos de cáncer, como es la obesidad y neoplasias de: Esófago (adenocarcinoma), páncreas, cáncer de colo-rectal, cáncer de mama en postmenopáusicas, endometrio, renal y tal vez de vesícula, el vínculo que se da entre la obesidad y el cáncer tiene que ver con la repartición de la masa corporal y la cantidad de hormonas que se encuentran en movimiento en el cuerpo (Deslypere, 1995).

En cuanto a, las alteraciones en la gestación Dereure *et al.* (2000) nos señala que la obesidad resulta un factor de riesgo durante el embarazo y el posparto al igual que, aumenta el riesgo de muerte perinatal. Durante el embarazo hay la probabilidad de que se desarrolle la

aparición de hipertensión y diabetes gestacional. Otro de los riesgos es que los efectos de la hipertensión gestacional no solo se pueden manifestar en la madre sino también en el producto. Además, puede existir la probabilidad de que el parto culmine en cesárea, y se presenten complicaciones en la anestesia y el postoperatorio.

#### **1.4 La obesidad y comorbilidad con otros trastornos**

Las personas que padecen sobrepeso u obesidad tiene mayores probabilidades de presentar comorbilidades. Dentro de las principales causas de consulta médica en México se encuentran la obesidad asociada a la Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, síndrome de hipoventilación – obesidad, síndrome de apnea del sueño y a la artropatía degenerativa de las articulaciones entre otras (ENSANUT, 2016).

Herrera (2011) refiere que la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad sistémica crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, así que se caracterizan por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono, proteína y grasa.

La obesidad y por ende la grasa puede tener un efecto asociado de riesgo de morbilidad en las enfermedades cardiovasculares (ECV). Según la OMS (2015) la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol.

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial mayores o igual a 140/90 mm/Hg. Es el producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular

sistémico (Cortada y Coca, 2006). Asimismo, estos autores refieren que la presión arterial a menudo se encuentra elevada en sujetos con obesidad; diferentes estudios señalan que el índice de masa corporal se encuentra en una relación diferente proporcional con la hipertensión arterial sistémica.

De acuerdo a Gallardo, Casados y Conthe (2008) la hipertensión arterial sistémica como toda enfermedad crónica degenerativa ha incrementado su prevalencia en México desde hace dos décadas y tiende a aumentar. El síndrome es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, oculares y renales.

Es importante mencionar que la ventilación normal significa la impregnación en los pulmones de una cantidad adecuada de oxígeno y la eliminación de óxido de carbono (CO<sub>2</sub>). La hipoventilación es la insuficiente absorción de oxígeno por los pulmones, este síndrome es característico de pacientes con obesidad.

Los síntomas de este síndrome son básicamente: debilidad, mareos, quedarse dormido en un momento no deseado, y es debido a la acumulación de CO<sub>2</sub> en la sangre.

Aproximadamente el 80% de los pacientes obesos sufren del síndrome de hipoventilación.

Myers (2005) refiere que la Academia Americana de Medicina del Sueño (AAMS) define al síndrome de apnea del sueño como una enfermedad que se caracteriza por episodios repetitivos de obstrucción total (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía aérea superior durante el sueño, es decir, la respiración se interrumpe o se hace muy superficial. Estos eventos a menudo ocasionan disminución de la saturación sanguínea de oxígeno. Estas interrupciones pueden durar desde unos pocos segundos a minutos y ocurrir más de 30 veces por hora. El tipo más común es la apnea obstructiva del sueño.

Este síndrome, de acuerdo con Vera, Villarreal y Murillo (2013) es la somnolencia diurna excesiva, lo cual disminuye la calidad de vida y aumenta los riesgos de accidentes vehiculares, laborales y domésticos, así como síntomas depresivos, de ansiedad, problemas de memoria, atención y concentración. Por lo cual estos autores refieren que se ha demostrado asociación con enfermedades cardiovasculares como: hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica, arritmias prevalentes fibrilación Auricular, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial pulmonar, y enfermedad vascular cerebral e incremento del riesgo cardiovascular, alteraciones metabólicas tales como resistencia a la insulina, diabetes mellitus, aterosclerosis e hiperlipidemia.

Un dato sobresaliente, es que en la última Encuesta Nacional de Salud y Sueño se calculó que un cuarto de la población tiene alto riesgo de padecer la enfermedad. Siendo un trastorno frecuente que acompaña a la epidemia actual de obesidad y que tiene un gran impacto sobre los sistemas de salud (Vera, Vallareal y Murillo, 2013).

Por último, el exceso de peso puede causar alteraciones en la postura, incremento en la incidencia de degeneraciones de los discos intervertebrales lumbares, incremento en la fuerza mecánica ejercida sobre las articulaciones con un aumento en la incidencia de artrosis asociada al IMC, de problemas musculares que pueden ocasionar dolor en todo tipo de articulaciones. (Rabec, Ramos y Vealec, 2011)

### **1.5 Factores psicológicos en la obesidad**

Bersh (2006) afirma que la comida ha sido utilizada como un objeto transicional la cual se encuentra presente desde el inicio del desarrollo del individuo, sobre el mundo occidental: “se utiliza la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen”. También la obesidad



favorece para evitar la sexualidad y en ocasiones el miedo al desprenderse de los padres pues esto puede ser amenazante para los individuos con obesidad.

Silvestri (2005) refiere que es importante retomar el aspecto psicológico para el tratamiento de las personas con obesidad, ya que las emociones y el comportamiento están relacionadas con la ingesta excesiva de alimentos, sin embargo, en cada una de las personas obesas suelen ser diferentes debido a que los individuos responden de diferente manera de modo que, es importante el abordaje multifactorial.

Mahoney (1976) menciona que es importante conocer algunos mitos e ideas equivocadas que se han originado en torno a la obesidad y la reducción de peso.

1. Gran parte de los problemas de peso se deben a la herencia.
2. Los que tienen padres obesos tienden a serlo.
3. Los problemas hormonales, deficiencias de la tiroides son los responsables de la mayoría de los casos de obesidad.
4. La obesidad es un problema de personalidad para lo cual se tiene que implementar psicoterapia de larga duración para encontrar el problema que la origina.
5. La forma más adecuada para perder peso, son las dietas que no consideran las grasas ni los carbohidratos.
6. Al consumir productos naturistas se puede perder peso fácilmente.
7. La utilización de algunas drogas puede ayudar a bajar de peso (diuréticos, laxantes, anfetaminas).
8. El ejercicio solo sirve para aumentar el apetito y no se queman muchas calorías.
9. Al pesarse a diario puede hacer que las personas se sientan motivadas.

Para concluir, Bersh (2006) menciona que la cultura resulta ser determinante principalmente para las mujeres mientras que, se ven presionadas por la sociedad misma que exige un estereotipo de figura corporal delgada que en muchas ocasiones resulta imposible obtener, ocasionando frustración y culpa, dando origen a la adopción de estrategias para reducir peso y volumen, pero no siempre resultan ser convenientes cuando siguen dietas mal elaboradas.

#### **1.4.1 Personalidad de los individuos con obesidad**

Las personas con sobre peso viven hoy en una sociedad estigmatizadora que trae como consecuencias diversas alteraciones como, por ejemplo: una baja autoestima, relaciones interpersonales defectuosas o conflictivas, menos posibilidad de acceso a mejores trabajos, o bien una deteriorada relación de pareja, lo cual conlleva a sufrir de angustia, ansiedad y depresión.

Lo anterior es debido a que las personas con obesidad viven sentimientos de desvalorización cotidianos, enfrentan presión social dirigida a su figura física. Esto varía de acuerdo a su historia personal y la combinación de los conflictos generados por un medio social hostil. Lo cierto es que el individuo con obesidad puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios.

Orozco (1998) menciona que la conducta y la personalidad son de gran importancia para el desarrollo de la obesidad, debido a que las personas con obesidad suelen comer más alimento que los individuos que tienen un peso normal, esto se debe a que los individuos con obesidad tienen un trastorno en relación con la cantidad de comida que ingiere y no es consciente de que esta ingiriendo comida en exceso.

Es por tanto que, para Silvetri (2005) es importante que las personas realicen un cambio en los hábitos alimenticios y una mayor actividad física con el fin de mantener un peso equilibrado, así como una vida más saludable. Sin embargo, existen investigaciones que evidencian que lo anterior no alcanza los resultados deseados ya que, al cabo de uno, tres o cinco años mas o menos el 90% está recuperando el peso perdido, destacando las variables de personalidad como son depresión, autoestima, autoconcepto, etc.

Kaplan y Kaplan (1957) identificó que las personas que tenían problemas con la obesidad y por ende problemas con la personalidad, recurrían a la comida, al consumir una gran cantidad de comida se debía a una conducta aprendida, con ello llego a la conclusión de que la sobre ingesta es una conducta aprendida con la cual el obeso calmaba su ansiedad. De lo anterior se desprende la importancia que los aspectos psicológicos y familiares revisten.

Al respecto, Bersh (2006) encontró que hay elementos que hacen que las personas con obesidad incrementen su peso, algunos factores familiares también juegan como otro determinante para desarrollar problemas con el peso, entonces la comida se posiciona como un objeto de transición desde las etapas tempranas del desarrollo, acudiendo a la comida para aliviar algún problema emocional.

Es importante destacar que la obesidad no solo es un problema médico, sino también trae consigo implicaciones psicológicas y sociales. Como comenta Brownell (1982) las personas con obesidad no solo conllevan su problema con el peso, sino también tienen que hacer frente a la sociedad que se encarga de discriminarlas

Asimismo, es importante referir que el individuo con obesidad aun cuando sea consciente del alcance de su problema, por lo general se siente incapaz de conseguir el cambio que necesita para mejorar su salud, y que entra en una lucha constante contra el ocio sedentario y

la alta ingesta de alimentos. Se siente culpable de ser una persona con obesidad y no ser capaz de solucionarlo. Por lo tanto, termina en el aislamiento con una baja autoestima, que lo conduce a la depresión y casi siempre crea relaciones de dependencia, de complacencia hacia otras personas y con gran necesidad de aceptación (Lara, 2012).

Ingelmo y Escalante (1996) refieren que las teorías psicodinámicas han tratado de explicar el origen de la obesidad, relacionándolo con un problema en la etapa oral, tratando de anclar a la obesidad con depresión, baja autoestima y problemas de autoconcepto. Los individuos con obesidad comen cuando se encuentran nerviosos, realizando comidas extras.

El ser obeso tiene una vinculación casi directa con conceptos como falta de voluntad, de autocontrol, dejadez y pereza en la sociedad actual. Es por tanto la importancia de la intervención psicoterapéutica como lo es la Terapia Cognitiva Conductual que conlleva a un cambio de conducta de la persona con obesidad.

#### **1.4.2 Alteraciones Psicológicas frecuentes en la obesidad**

Orozco (1998) menciona que la obesidad, aunque no se contempla como una enfermedad psiquiátrica si existe relación con problemas para desarrollar anorexia y bulimia, la apariencia de la forma del cuerpo y el vínculo que el niño tenga con respecto a la comida son algunos factores importantes para desarrollar un trastorno psicológico, pues los individuos con obesidad, las personas con bulimia y los sufren episodios de atracones tienden a adoptar una conducta solitaria; ahí es donde suelen perder el control de los impulsos.

Silvetri y Stavile (2005) mencionan que existen alteraciones psicológicas frecuentes, entre las que se encuentran:

- a) Imagen corporal distorsionada

El registro de la forma o figura, clásicamente conocidos por esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso) ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos. Las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física.

b) Descontrol alimentario

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuando se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/desesperación/decepción por no poderse controlar.

c) Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

d) Depresión

Dado que las personas con obesidad no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc., se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión.

e) Trastornos de la sexualidad

- Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo
- Miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando.

- Aparición de la obesidad como respuesta a la pérdida de un ser querido.
- Estar con obesidad como forma de agredir al compañero.

Es importante destacar que dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) encontramos que la obesidad puede estar relacionada con el apartado de los Trastornos Alimentarios No Específicos (TANES), como son los trastornos por atracón y síndrome de comedor nocturno.

Al respecto Errandonea (2012) establece que los trastornos por atracón (TA), como la ingesta excesiva de alimento en un tiempo relativamente corto aunado se encuentra la pérdida de control en la ingesta. Mientras que el trastorno del comedor nocturno está relacionado con el sobre peso y la obesidad, sin embargo, también lo presentan con frecuencia la personas que se encuentran en algún tratamiento para controlar el peso ya que este trastorno tiene relación con la acumulación excesiva de masa corporal.

Forga, Petrina y Barbería (2002) ha mencionado que las personas con obesidad adquieren una deficiente calidad de vida por la limitación en sus movimientos aunado esto los efectos que surgen de la obesidad como la baja autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad y culpa. La reacción de la sociedad ante la obesidad origina rechazo tanto escolar como laboral, afectando aún más al individuo con obesidad.

Por su parte Vázquez (2004) refiere que en los últimos años se ha sostenido la idea de que la obesidad se debe a que las personas tienen un problema con la insatisfacción de su cuerpo, las dietas restrictivas lo que puede llevar al individuo a desarrollar un problema de trastorno de conducta alimentaria la cual puede mantener la obesidad, sin embargo, también están presentes aspectos psicológicos, físicos y sociales.

## **Capítulo II. Diferentes tratamientos utilizados en la obesidad**

### **2.1 Eficacia del tratamiento en la obesidad**

Bersh 2006 menciona que el tratamiento en torno a la obesidad puede resultar complicado para las personas con obesidad debido a que es necesario adoptar cambios en la ingesta y actividad física, por ello se deben englobar aspectos educativos, médicos, consejería nutricional y psicoterapia conductual, ciertos medicamentos para la reducción de peso y la cirugía bariátrica.

De acuerdo a, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016 menciona que para obtener resultados eficientes el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe ser integral, con un conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, tomando en cuenta un tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en algunos casos tratamientos quirúrgicos, con la finalidad de lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Todo tratamiento refiere la NOM 008-SSA3-2016, debe prescribirse a través de una previa evaluación del estado de nutrición, con base a indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos que incluyan: IMC y perímetro de cintura y cadera. Así mismo mencionan que todas las acciones terapéuticas se deben apoyar en medidas psico-conductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud; habría que decir también que se debe incluir un programa individualizado de actividad física y ejercicio adecuado a la condición clínica y física de acuerdo a cada paciente.

Es así que, la NOM 008-SSA3-2016 menciona que el médico, el licenciado en nutrición y psicólogo serán responsables de brindar un tratamiento integral al paciente con sobrepeso u obesidad. Además, cada uno lo hará desde sus respectivas áreas de competencia

profesional en dicho tratamiento se deberán evaluar las distintas alternativas disponibles de acuerdo a las necesidades y comorbilidades que afecten a la salud.

Por su parte, Torres (2011) menciona que es necesario un trabajo integral multidisciplinario al trabajar con los pacientes con obesidad no sólo se debe tomar en cuenta la alimentación, la actividad física, farmacológico y tratamientos quirúrgicos, sino también los aspectos psicológicos de las personas con obesidad, ya que para este autor padecen problemas de depresión y estados de ánimo. Dicho lo anterior, es importante mencionar que actualmente se le da poca importancia al abordaje psicológico en el tratamiento de la obesidad.

## **2.2. Adherencia en el tratamiento de la obesidad**

De acuerdo, a Martín 2006 cabe decir que a pesar del desarrollo y actualizaciones en torno a los diagnósticos y los procesos terapéuticos siguen existiendo dificultades en cuanto al seguimiento adecuado de los pacientes hacia el tratamiento de las cuales se pueden desplegar: “dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito, la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida”.

En efecto, la OMS (2003) menciona que al no seguir correctamente los tratamientos los pacientes se privan de una mejoría en cuanto a la salud deteriorando así la calidad de vida, por otro lado, no se aprovechan los recursos destinados a las asistencias sanitarias correspondientes por el contrario generan más gastos, debido, por ejemplo, a hospitalizaciones frecuentes y que requieren de más tiempo de instancia (cuidados intensivos).



A su vez, Martín *et al.* (2007) refiere que para lograr una adherencia al tratamiento es importante que exista un convenio en cuanto a la realización del procedimiento entre el paciente y el médico; es decir, en donde el paciente con obesidad lleve a cabo el adecuado seguimiento del tratamiento prescrito por el profesional por lo tanto, es importante poner énfasis en la participación activa del paciente con obesidad para lograr una mejor adherencia; en pocas palabras, el paciente tenga la iniciativa para realizar las actividades que competen al tratamiento.

### **2.3. Tratamiento nutricional en la obesidad**

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016 para el Manejo Integral del sobrepeso y la obesidad nos dice que el tratamiento nutricional es descrito por los apartados siguientes: un plan de cuidados nutricio, elaboración de un plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutriológica y recomendaciones físicas al igual que lo hábitos alimenticios. En ese mismo sentido, comenta que es importante tomar en cuenta las circunstancias de cada paciente, hecha la observación anterior cabe señalar que el tratamiento debe ser individual dependiendo de las características que posee cada una de las personas con obesidad, en el momento de la evaluación nutricional (Secretaria de Salud, 2017).

Ahora bien, Suverza y Haa (2010) refieren que para llevar un adecuado manejo nutricio es importante recolectar todos los datos posibles de cada paciente con obesidad, enseguida analizarlos e interpretarlos esto nos permite establecer los métodos que se utilizarán, los cuales están ordenados en:

- a) Antropométricos: Evaluar las dimensiones físicas del paciente y composición corporal, utilizando la técnica de Lohman estandarizadas por el método de Habitch; las mediciones que se realizan son: el peso, la estatura, el ancho de codo, la

circunferencia de la muñeca, los cuatro pliegues cutáneos o panículo adiposo:

tricipital, subescapular, suprailíaco y bicipital, y la circunferencia de cintura, cadera, abdomen y brazos.

- b) Bioquímicos: permite detectar deficiencia nutricional mucho antes de que se vean alterados los indicadores antropométricos y clínicos se vean alterados, en caso de sospechar deficiencias o exceso de nutrimentos inorgánicos o vitaminas para ello se deben seleccionar indicadores bioquímicos entre los cuales se encuentran la ferritina, sérica, saturación de transferina o hemoglobina para deficiencia de hierro o vitamina B6 en orina.
- c) Clínicos: La evaluación en relación a evaluar el aspecto general del paciente, sus actitudes observar sus tejidos superficiales (piel, cabello etc.) con la finalidad de encontrar un problema nutricional específico, también la presión arterial del paciente.
- d) y Dietéticos los cuales son los ABCD del estado nutricional; la historia médica del paciente, su historia dietética, historia sociocultural, examen físico, mediciones antropométricas y pruebas de laboratorio son necesarios conocer.

Con respecto al estado nutricional del individuo con obesidad Casanueva, Kaufer, Pérez, y Arroyo (2006) mencionan que todos los casos deben poseer una valoración integral que contemplen indicadores dietéticos, antropométricos y bioquímicos. A través de esta evaluación es importante determinar tres aspectos; a) la grasa corporal y su distribución; b) edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de antecedentes familiares con este problema; c) la presencia de alteraciones físicas o emocionales que pudieran ser causantes de la obesidad o bien consecuencia de ésta.

Debido a esto, Casanueva, Kaufer, Pérez, y Arroyo (2006) dicen que es importante en primer lugar hacer una evaluación del estado nutricional del paciente que padece obesidad hay que mencionar además que, es fundamental conocer cuánto mide el contenido de grasa y su tipología de cada individuo para conocer el tipo de tratamiento destinado a cada persona con obesidad. Teniendo en cuenta que en la actualidad ya se cuenta con métodos que miden con exactitud el nivel de grasa en el cuerpo.

Por otra parte, Barceló y Borroto (2001) afirman que la obesidad se relaciona a una excesiva ingesta de alimentos los cuales tienen relación con los hábitos alimenticios adquiridos (tipo exógena) en la infancia debido a que solo un porcentaje reducido se les atribuye a factores endocrino-metabólico (tipo endógena).

De acuerdo a, Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013) dicen que como consecuencia de seguir ciertas dietas famosas las personas más tarde presentan carencias nutricionales las cuales pueden presentar un peligro para la salud de quienes las consumen. Esto se debe a que, este tipo de dietas prometen resultados rápidos en poco tiempo al mismo tiempo son poco realistas; por una parte, el individuo no tiene que poner esfuerzo físico para realizar una adecuada alimentación y por otra parte no tiene que ejercitarse. Sin embargo, cuando se abandonan constantemente pueden ocasionar que el mismo fracaso de seguir una u otra dieta origine culpa y sentimiento de desesperanza ante la necesidad de controlar el peso.

Con respecto a, lo anterior Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013) mencionan la importancia de llevar una restricción calórica como parte del tratamiento para la obesidad por un tiempo prolongado puesto que, su seguimiento amplía la esperanza de vida y retrasa el desarrollo de enfermedades crónicas. No obstante, hay que, considerar una disminución drástica de calorías que origine una rápida de reducción de peso puede incluir una respuesta similar a la inanición.

Las alteraciones metabólicas observadas durante la inanición son la bradicardia, la hipotensión, la sequedad de la piel y cabello, la fatiga, el estreñimiento, las anomalías del sistema nervioso, la depresión e incluso puede llegar a la muerte.

Debido a esto, Luckie, Cortés e Ibarra (2009) menciona que es importante valorar una dieta hipocalórica que resulte pertinente para cada paciente con obesidad, para ejemplificar tal consideración los autores nos explican lo que contribuye a la reducción de peso (20 a 25 kcal/kg de peso/día), en donde nos dicen que el plan de alimentación deberá ir distribuida en 55% de carbohidratos, 25% de grasas, 20% de proteínas y adicionar 40g de fibra al día para lograr dicha disminución, de igual manera se debe planear la dieta del individuo con obesidad en relación con sus actividades con la finalidad de que se apegue al tratamiento.

#### **2.4. Tratamiento Médico-Farmacológico en la obesidad**

Bersh (2006) menciona que los fármacos son uno de los tratamientos para tratar los problemas de obesidad, sin embargo, el uso de éstos suele ser restringidos. Los fármacos antiobesidad se agrupan en cuatro grupos principalmente:

- 1) Sibutramina. La cual es inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina y el cual es un inhibidor del apetito, algunos de los efectos secundarios de este medicamento están: boca seca, cefalea e insomnio, para algunas personas hay un aumento del 2% en la presión arterial (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).
- 2) Orlistat. El cual es un inhibidor de la absorción de grasa, este medicamento modifica la manera de absorción de grasa del propio cuerpo. Lo que pretende este medicamento es una acción intraluminal y advierte la función de la lipasa producida por el páncreas, secretada por el intestino y que bloquea la digestión de las grasas. Entre los efectos

secundarios se encuentra los problemas gastrointestinales indeseados: calambres gástricos, gases y sensación de diarrea o incapacidad para controlar el intestino (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).

- 3) Efedrina. Es un estimulador de gasto de energía, lo que hace el organismo genere más calor además de la inhibición del apetito (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).
- 4) Se encuentran otros grupos de sustancias que actúan como estimuladores de la movilización de grasa lo que hacen estas sustancias es reducir la ingestión de alimentos al igual que las hormonas, sin embargo aún se encuentran estudiando, aunque se han aprobado como medicamentos antiobesidad, entre ellos se encuentran: la leptina como hormona del tejido graso; Neuropeptido, estimula el centro del apetito; Colecistocinina, facilita la digestión en el intestino delgado; Melanocortinas, receptor encontrado en el hipotálamo y la proteína que juntos conforman un papel importante para el control de peso; Glucagón, hormona producida por el páncreas la cual regula la utilización de carbohidratos y reduce la ingestión de alimentos (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).
- 5) El componente antiobesidad tienen que cubrir los requisitos mencionados a continuación:
  - a) generar la disminución de peso (correspondiente a grasa); b) seguridad aceptada; c) que no poseen efectos secundarios relevantes; d) los efectos sean más permanentes; e) su administración sea por vía oral; f) que no provoque dependencia o tóxicas; g) que disminuyan la grasa visceral; h) económicas (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009).

De lo anterior, Luckie, Cortés e Ibarra (2009) mencionan que es importante para el tratamiento de las personas que padecen obesidad llevar una dieta balanceada, la modificación de los hábitos alimenticios y la actividad física se recomienda que se lleve a cabo durante 6 meses

antes de comenzar un tratamiento con farmacología, actualmente existe desacuerdo entre sí debe o no administrarse medicamentos como coadyuvantes en el padecimiento de la obesidad.

## **2.5. Tratamiento Quirúrgico en la obesidad**

Bresh (2006) afirma que la cirugía bariátrica tiene resultados benéficos en un tiempo más prolongado, además está indicado para personas que cuentan con un IMC >40 con comorbilidad asociada a la obesidad mórbida.

A su vez, Mahan, Excott-Stump y Raymond (2011) mencionan que se le denomina cirugía bariátrica a cualquiera de las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato digestivo que tienen por objeto la reducción ponderal, ya sea obligando a reducir drásticamente el volumen alimentario capaz de ser ingerido o provocado.

La sociedad española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en el 2000 refiere que la cirugía puede resultar benéfico para algunas personas en caso de que padezcan un grado de obesidad mayor y resistente como puede ser obesidad mórbida o extrema; siempre y cuando los resultados de sus tratamientos sean insuficientes y por ende tengan complicaciones debido al peso excesivo de la persona con obesidad. Las principales técnicas utilizadas son: 1) intervenciones restrictivas, en las que se encuentra la gastroplastía vertical anillada (GVA); 2) técnicas derivadas o malabsorbidas como el bypass gástrico; 3) técnicas mixtas en estas hallamos el cortocircuito biliopancreático y la técnica que une una GVA y un bypass gástrico.

Finalmente, Bersh (2006) menciona que al realizarse alguna de estas técnicas la pérdida de peso puede ser de un 40% a 60% a la vez esta pérdida depende del procedimiento que se haya elegido, ahora bien, el tiempo para alcanzar un peso normal es aproximadamente de 18 a 24 meses; sin embargo, puede recuperar algo de peso en un periodo de tres años así mismo los

efectos secundarios pueden dar origen al síndrome de dumping o a una deficiencia de vitamina B12 y anemia.

## **2.6. Tratamiento relacionado con la actividad física en la obesidad**

Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013) mencionan que durante el proceso de la pérdida de peso y el mantenimiento del peso a largo plazo es importante la actividad física moderada, así como la constancia de la misma; como consecuencia de esto se obtienen mejores resultados en cuanto a la disminución ya que aporta importantes beneficios para la salud del paciente con obesidad. Como se puede ver en los individuos que realizan una dieta hipoenérgica y realizan actividad física tienen mayor probabilidad de mantener la pérdida de peso, acompañado de mejores estilos de vida.

Con respecto a lo anterior, Mahan, Escott-Stump y Raymond (2013) mencionan que la actividad física tiene efectos positivos en los individuos con obesidad ya que ayuda a que la reserva de tejidos adiposo se sustituya por reserva muscular, por ser metabólicamente más activa al mismo tiempo se fortalece la integridad cardiovascular, el aumento en la sensibilidad a la insulina y el aumento del gasto energético.

Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo (2006) refieren que lo más importante en el tratamiento nutricional es la perder tejido adiposo lo cual se logra mediante dietas no muy estrictas pero equilibradas, de manera análoga el fomentar el ejercicio físico en las personas con obesidad ayuda en la disminución de grasa en el cuerpo; a causa de trabajar de manera paralela la parte nutricional y la actividad física se obtienen mejores resultados. El ejercicio debe realizarse durante un período de 30 a 45 minutos de tres a cinco veces por semana, esto puede generar quema de 1500 a 2000 kilocalorías, puede tener resultados aún más favorables cuando se

combina el ejercicio aeróbico con los ejercicios de fuerza y resistencia, puesto que se logra un aumento de masa muscular.

En conclusión, SEEDO (2000) refiere que existen dos tipos de actividades físicas, mismas que pueden realizar los individuos con obesidad de manera progresiva, las cuales se mencionan a continuación:

- a) La cotidiana, son las actividades que podemos realizar diariamente: subir escaleras, caminar, recorrer distancias cortas.
- b) Actividades programadas, las cuales requieren de un tiempo establecido para realizarlas como son: prácticas algún deporte (natación, fútbol tenis etc.), sin embargo, lo mejor sería poder combinarlas.

## **2.6. Tratamiento Psicológico en la obesidad**

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016 para el Manejo Integral del sobrepeso y la obesidad de la Secretaría de Salud (2016) el tratamiento psicológico resulta necesario debido a la importancia tanto de la valoración nutricional como del apoyo psicológico para un adecuado cambio no solo, en el ámbito alimenticio sino también en lo que respecta a las conductas alimentarias, de manera que el tratamiento integral logre una mejor adherencia al tratamiento; por consiguiente considera necesario la atención a los problemas psicológicos de la familia asimismo abordar la parte social de las personas con obesidad.

García y Larrañaga (2007) mencionan de manera análoga la pertinencia de los tratamientos psicológicos en el problema de la obesidad; entendiendo a esto se puede lograr una mayor efectividad en cuanto al tratamiento cuando se aborda la parte psicológica asimismo los resultados pueden ser duraderos en relación a los cambios significativos de hábitos alimenticios



y actividad física; finalmente, se obtiene una modificación en el estilo de vida de los individuos con obesidad.

Bersh (2006) refiere que los tratamientos psicológicos se deben enfocar específicamente en el problema de la obesidad, así como el padecimiento de manera individual, dado que resulta complicado para los pacientes con obesidad cambiar de manera duradera la ingesta de los alimentos y el incremento de la actividad física. Además de la inclusión de un trabajo integral entre médicos, nutriólogos y psicólogos para obtener resultados satisfactorios.

Considerando que, para Cervera, Clapes y Rigolfas (2004) es necesario que el paciente con obesidad desee bajar de peso al mismo tiempo se encuentre motivado para iniciar un tratamiento dirigido a la pérdida de peso, cuando es el paciente el que desea bajar de peso y está motivado para permanecer en un tratamiento el resultado se torna más satisfactorio que cuando la solicitud al tratamiento es indirecta en donde es referido por el personal médico o por algún familiar.

Es así que, Prochaska, Diclimente y Nocross (1992) proponen el modelo de niveles de motivación para el tratamiento de pacientes con obesidad el consta de:

1.-Precontemplación: Cuando no existe intención de cambio en paciente, porque no hay conciencia del problema.

2.-Contemplación: Existe una conciencia del problema, el paciente sabe del problema sin embargo no existe intención de cambiarlos.

3.-Preparación: Esta presente la intención de un cambio, sin embargo, lleva un año sin hacer nada.

4.-Acción: El paciente cambia conductas, actitudes, experiencia o el entorno mismo para combatir el problema.

5.-Mantenimiento: El paciente ha modificado las conductas, se puede ver recaídas y hay refuerzo de logros.

## **2.7. Intervención Cognitivo-Conductual en la obesidad**

Los programas de técnicas cognitivas y conductuales en años recientes han tenido resultados óptimos para el tratamiento de la obesidad. Lo que pretende la terapia conductual es la modificación significativa de los hábitos y conductas.

Cabe decir que, para Caballo (2008) el nacimiento de la psicología experimental trajo consigo los trabajos realizados por Pavlov sobre el condicionamiento Clásico, así como el trabajo que llevo a cabo Watson sobre el conductismo seguidamente, se encuentra la investigación realizada por Thorndike acerca del aprendizaje el cual resulta más tarde fundamental para la terapia cognitivo conductual; terminando así con los trabajos de Skinner sobre el condicionamiento operante.

Después, Caballo (2008) menciona que la terapia cognitivo-conductual (TCC) resulta ser una de las técnicas más utilizada por los psicólogos en países de primer mundo para el tratamiento y abordaje de diferentes trastornos, haciendo hincapié que los resultados eficientes se logran siempre y cuando sea aplicada correctamente.

Del mismo modo, Caballo (2008) refiere que el objetivo de la terapia cognitivo-conductual es buscar principalmente que los sujetos logren una adaptación apropiada al entorno, debido a esto se enfoca en trabajar en base a sus potencialidades y el sentido de su existencia para que al final de la intervención psicológica los individuos consigan conocerse a sí mismo.

Hechas las consideraciones anteriores, Bersh (2006) menciona que la terapia cognitivo conductual puede ser utilizada para el tratamiento de personas con obesidad debido a que,

durante el proceso terapéutico el trabajo se centra en la reducción de peso en donde el paciente trabaja sobre la modificación de los hábitos alimenticios, además, se estimula al sujeto para iniciar y mantener la actividad física retomando medidas específicas durante el tratamiento.

Larrañaga y García (2007) dicen que durante el tratamiento psicológico es necesario utilizar técnicas específicas para tratar el problema relacionado a la obesidad como las que incluye la psicoterapia cognitivo-conductual. Esto se debe a que el paciente con obesidad llega a consulta con la idea de que su obesidad es muy independiente a otras áreas de su vida, ahora bien, el paciente desea perder peso en un tiempo relativamente corto sin lograr una modificación de conducta que resulte significativa que le permita perder y mantener el peso perdido.

Además, Rodríguez *et al.* (2014) comentan que los estudios realizados para tratar los problemas de obesidad mismos que han sido abordados desde la terapia Cognitivo Conductual resultaron ser efectivos para ayudar a la adherencia al tratamiento en pacientes adolescentes y niños con obesidad. Sobre la base de las consideraciones anteriores mencionan que, los resultados de sus investigaciones en relación al seguimiento del tratamiento alimenticio y médico fueron satisfactorios de la misma manera, se observó que hubo menos bajas en cuanto al tratamiento nutricional y médico; sin embargo, hicieron hincapié en que nunca se dejó de lado el trabajo multidisciplinario.

Por su parte, De la Vega y Gómez (2012) mencionan que la terapia cognitivo-conductual coadyuda en el tratamiento nutricional es decir ayuda en la reducción de conductas de alimentarias de riesgo. De acuerdo con los resultados obtenidos en sus investigaciones los participantes modificaron la actitud hacia su cuerpo al disminuir conductas de riesgo (conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva) al reestructurar los pensamientos negativos hacia los

alimentos y modificar sus hábitos alimentarios, al término de la investigación se encontró que más de la mitad los participantes disminuyeron su índice de masa corporal normal.

En las aportaciones de Tapia (2006) refiere que de acuerdo con las investigaciones que realizó sobre la ansiedad en persona con obesidad, encontró que ésta se encuentra presente en la mayoría de los individuos que padecen la enfermedad; por lo cual es conveniente que se aborde no solo mediante el plan nutricional y médico sino también a través de la parte psicológica.

Ahora bien, para Lafuente (2011) es importante considerar el trabajo de los profesionistas con respecto a la forma de abordar la problemática en relación al padecimiento de la obesidad por su parte, resulta necesario que la motivación de la profesión se encuentre presente en todo momento durante la intervención para lograr buenos resultados en el seguimiento del tratamiento (dietas y ejercicio).

### **2.6.1 Técnicas de la modificación de la conducta.**

Caballo (2008) afirma que la terapia de la conducta se basa en investigación científica y en una teoría coherente al mismo tiempo, toma en cuenta la conducta manifiesta más que las conductas subyacentes. Si bien es cierto que las conductas que los individuos adquieren son aprendidas y mantenidas no es menos cierto que pueden modificarlas por el mismo aprendizaje, sin embargo, no niega que existan conductas “sanas” o “enfermas”, “normales” o “anormales”; existen personas que presentan conductas desadaptativas socialmente pero que pueden sustituirlas por conductas más adaptativas.

Las técnicas más utilizadas en la terapia de conducta son las descritas a continuación:

## 1.- Técnicas de autocontrol:

Con respecto a Prieto (1989) dice que la técnica de autocontrol pretende que el individuo aprenda a moldear su propia conducta como consecuencia de un buen comportamiento, cuando se forma la personalidad esta tiene bases o cargas sociales que le indican al individuo cómo comportarse, sin embargo, cuando la conducta es controlada por el individuo puede tener un efecto diferente para éste.

Olivares, J., y Méndez, F. (1998) refieren que el término de autocontrol se usa en el aprendizaje de conductas concretas y específicas las cuales necesitan un control de conductas conflictivas. Asimismo, mediante este medio el terapeuta instruye al paciente mediante estrategias para que pueda generar auto-intervenciones. La técnica cuenta con dos objetivos en el primero va dirigido al cambio en la frecuencia, intensidad y duración de ciertas conductas en diferentes contextos (manipulando las consecuencias o reorganizando las situaciones), mientras que el segundo pretende que se logre mediante metas a corto o largo plazo.

Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) mencionan que es necesario que los pacientes con obesidad inicien comprometidos con el tratamiento para la obtener resultados eficientes a través de un aumento del autocontrol sobre la conducta de ingesta; por lo tanto, utilizan las técnicas mencionadas a continuación:

- a) Autorregistros de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen: Se pretende que el paciente tome conciencia en todo momento del alimento que ingiere y las variables que intervienen en la ingesta.
- b) Autorregistro de actividad: Aunado a la disminución de la ingesta de calorías es necesario ir incorporando la actividad física.

- c) Establecimiento de metas y submetas adecuadas: Dependiendo de las características del paciente es importante establecerse metas que sean alcanzables, sostener un buen nivel de motivación y apego al tratamiento, es importante establecer submetas u objetivos parciales al objetivo final (obtención del peso deseado).
- d) Control estimular: está orientado al consumo de alimentos y la manera de cómo se da la ingesta de los alimentos (comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato con una ración, utilizar platos pequeños, comer siempre sentado, levantarse de la mesa la terminar, evitar alimentos de “riesgo”).
- e) Autoesfuerzo: Aparte de la motivación es necesario que los pacientes obesos aprendan a reforzar el esfuerzo al ocupar diferentes reforzadores.
- f) Registro semanal de peso: Debe cada paciente llevar un registro semanal de su peso y si es posible una gráfica de seguimiento.

### **2.6.2 Terapia Racional Emotiva**

Martorell (2004) afirma que la Terapia Racional Emotiva (TRE) impulso el desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales la cual relaciona el estímulo ambiental con las consecuencias emocionales inadecuadas. El objetivo principal es hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas.

Para Ellis y Grieger (1990), en la Terapia Racional Emotiva los pacientes tienen que utilizar sus propias habilidades en donde utilizan tanto el razonamiento como el control de sus propios pensamientos, acciones y conductas para que a través de esto puedan conocer las cogniciones y creencias que poseen y finalmente trabajar en base a eso.

Ellis (1996), las emociones y las creencias de la persona son producto de las interpretaciones que hacen de su realidad, por consiguiente, la TRE se enfoca en las ideas que el sujeto crea y las que generan su perturbación por tal razón es preciso hacer que el paciente se dé “cuenta” e identifique los pensamientos irracionales que están generando un trastorno emocional.

Martorell (2004) menciona que el terapeuta guía al paciente para que enfrente actividades difíciles que usualmente evitarían lo que puede ser útil para la modificación de la conducta alimentaria, en ella se busca manipular los procesos cognitivos, la escucha de pasiva por activa, proponiéndole al paciente la opción de cambiar un pensamiento y una conducta irracional directa o conscientemente.

Ellis & Grieger (1990) refiere que es importante que los individuos racionales se conozcan a sí mismos, pues si son capaces de manejar emociones logran bienestar para tomar decisiones sin tomar en cuenta a otros.

El objetivo principal utilizado por la TRE es tratar de identificar ideas irracionales basadas en las exigencias absolutistas que el sujeto se ha formulado sobre “los deberías” para posteriormente adecuarlas por una filosofía más adaptativa y funcional.

Ellis, A. (1987) menciona que los sujetos pueden desarrollar algunos trastornos psicológicos cuando se encuentran dominando las ideas irracionales. Debido a esto, es necesario que durante la evaluación se pueden identificar las más predominantes, para ilustrar esto algunas de las exigencias absolutistas que predominan son: “debo de” y “tengo que” posteriormente al estar presentes genera que el sujeto no logre o alcance sus objetivos y propósitos dando lugar a una emoción desagradable. En relación con lo anterior Ellis, A. (1987) señala que al surgir el pensamiento irracional se originan en el sujeto tres inferencias:

1.- Tremendismo. En este instante el sujeto siente que todo lo que ha experimentado es 100% malo llevando de esta manera sus pensamientos a un extremo, causando así malestar emocional.

2.-No-puedo-soportantitis. Cuando el sujeto se encuentra en esta inferencia siente incapacidad para sentirse feliz como consecuencia de esto surgen pensamientos inadecuados en donde siente que no puede soportar determinada situación sobre todo cuando la percibe amenazante.

3.- Condenación. El sujeto suele condenarse por sus comportamientos, ahora bien, es conveniente señalar que esto se deriva de cómo se ha condenado a los seres humanos a través de su entorno, como consecuencia de lo mencionado los individuos siempre está pensando en los “deben”.

Albert Ellis (1987) publicó una lista de ideas irracionales más utilizadas por los sujetos, las cuales son las siguientes:

Pensamiento de *todo o nada*. Por ejemplo: si fracaso en un hecho importante, en este caso podría ser el seguimiento de una dieta como *no debo* interrumpir dicha dieta entonces ¡soy un fracaso *total y completamente* indeseable.

- *Saltando a las conclusiones y non sequiturs negativo*. “por su parte el paciente percibe que los demás lo han visto fallar en el seguimiento de distintas dietas como *no debería* haberlo hecho piensa que lo ven como un idiota incompetente”.

Pensamiento de *Adivinar el futuro*. Mientras tanto, el pensamiento que surge en el paciente con obesidad es que lo demás se ríen de él por no haber concluido satisfactoriamente algo en donde *debería* de haber tenido éxito y además lo despreciarán para siempre.



- *Descalificando lo positivo.* Para ilustrar esto, el pensamiento del paciente puede estar dirigido a “cuando me hacen un cumplido sobre las cosas buenas que he hecho sólo están siendo amables y olvidándose de las estupideces que no *debería* haber cometido”.

Pensamiento de *Siempre y nunca*. Sin embargo, como las condiciones de la vida deberían ser buenas, pero en realidad son malas e intolerantes entonces *siempre* se podrán apreciar de esa manera y *nunca* podré ser feliz.

- *Minimización.* El paciente argumenta que “sus logros son el resultado de la suerte y en consecuencia no son importantes. En donde puede expresar que no *debería* haber cometido tal cosa ya que como resultado de esto son tremendamente malos y totalmente imperdonables”.

Mientras tanto, Ellis & Grieger (1990) dicen que para entender la terapia racional es conveniente sobre la base de la terapia mencionar que las ideas que generan los pacientes pueden dar pie a un sentimiento inadecuado, para ejemplificar tal consideración en la primera idea irracional el paciente con obesidad suele presentar algunos sentimientos de depresión, ansiedad y culpa. Mientras que en la segunda idea irracional como se puede entender genera en el individuo con obesidad algún sentimiento inapropiado que ocasiona hasta cierto punto sentimientos de ira, agresividad y en algunos casos conductas violentas dirigidas hacia ellos mismos o hacia los demás. En último lugar se encuentra la tercera idea irracional en donde el paciente puede presenciar lástima de sí mismo y debido a esto problemas en el autocontrol.

Por esta causa, la terapia racional aborda la conducta desde una serie de acontecimientos A-B-C. Es decir, cuando se habla de A se refiere un acontecimiento externo cuando la persona sale con la novia y le invita un pastel; mientras que B es una serie de

pensamientos “si me como el pastel no pasa nada solo esta vez” y se lo come sin preocupación; para C son todos los pensamientos y las emociones que genera B, el paciente se puede sentir culpable porque no pudo resistirse a comer pastel y termina comiendo todo. De acuerdo con lo anterior al cambiar estas ideas o creencias irracionales por pensamiento racionales se genera una “refutación” o “debate” (D) (Ellis, 1987).

De acuerdo a, la hipótesis planteada el terapeuta TREC se encuentra en constante búsqueda del discurso del paciente para identificar “los deberías”. Mismo que entrena al paciente en el ejercicio del ABC y de la búsqueda de éstas ideas irracionales a partir del debate o cuestionamiento (D) un ejemplo de esto, es cuando el paciente con obesidad dice que no podrá continuar con la dieta por haberse comido todo el pastel, que ya está todo perdido. Y después de llevar a cabo el debate o cuestionamiento generar una nueva idea, pero esta vez dando pie a ideas racionales (E) “sin embargo, eso no significa que tenga que dejar la dieta establecida aún puedo continuar con el seguimiento de la dieta”. Finalmente, la E es el efecto o las nuevas filosofías, emociones y conductas efectivas. Por esta situación el proceso completo da el resultado conocido como ABCDE.

Es necesario recalcar que, para Legan, Caballo y Ellis (1997) se debe agregar las características irracionales de manera que pueda entenderse lo mencionado anteriormente:

1. Radical/Extremo: Se presenta en definitiva cuando el paciente ve la situación (A) precisamente en términos de “blanco o negro”.
2. Muy generalizado: En pocas palabras las conclusiones de los pacientes están determinadas a través de datos empíricos de una situación determinada. Así mismo, los términos que pueden ser más utilizados son “siempre”, “nunca”, “todos”, “nadie” etc.

3. Catastrófico: En este caso la persona tiende a exagerar los acontecimientos negativos y en consecuencia le otorga un sentido de catastrófico. Así, por ejemplo, surge la idea irracional “Esto no tiene solución”.

4. Muy negativo: El paciente no sólo tiende a tomar en cuenta las cuestiones negativas de una situación determinada sino también el pronóstico que tiene para el futuro.

5.- Muy distorsionado: El paciente suele poner atención a detalles con poca importancia como resultado sacar conclusiones importantes de algo sin relevancia.

6.- Poco científico/confuso: El paciente suele ignorar la evidencia empírica como los sucesos que tiene por delante de donde resulta que los sentimientos que presenta en ese momento se convierten en pruebas reales sin tomar en cuenta los hechos.

7.- Totalmente positivo/negación de lo negativo: El paciente suele ignorar la situación para convencerse a sí mismo de que no existe tal acontecimiento ya que niega tener algún problema con esto, sin embargo, resulta que si tiene efectos negativos en relación a las emociones del sujeto.

8.- Extremadamente idealizado: El paciente suele tener una visión de la realidad excesivamente irreal en donde la mira de color de rosa debido a esto crea expectativas irreales sobre sí mismo, los demás y el mundo.

9.- Extremadamente exigente: El paciente suele prestar atención a las exigencias absolutistas constantemente acerca de lo que quieren de sí mismo, de los demás y del mundo. Sirva de ejemplo, “todo tiene que salir perfecto”.

10.- Obsesivo: El paciente suele presentar pensamientos repetitivos que al parecer son lo único importante para él. Así, por ejemplo “tiene que bajar de peso como sea, sin importar riesgos”.

Después de lo anterior expuesto, al identificar los pensamientos racionales y los irracionales de los pacientes el terapeuta intentará debatir las ideas irracionales con el sujeto, con la finalidad de que éste logre formular e interiorizar una alternativa racional a sus ideas irracionales.

Seguidamente, como resultado del debate se pueden generar dos estilos retóricos: el didáctico o inductivo/socrático. En primer lugar, se encuentra el estilo didáctico cabe decir que se lleva a cabo a partir de las afirmaciones lógicas vinculadas a sus ideas irracionales; en segundo lugar, está el estilo socrático en donde el paciente cuestiona las ideas irracionales mientras se cuestiona sobre ellas a partir de preguntas relacionadas con los pensamientos irracionales.

#### **2.6.2.1. Técnicas emotivas que se utilizan en la TRE**

Para continuar Ellis & Grieger (1990) menciona las técnicas emotivas que se utilizan en la Terapia Racional Emotiva (TRE):

- **Imágenes racionales emotivas positivas:** Es decir, se le pide al paciente que se imagine realizando con éxito aquella conducta que no puede realizar de la misma manera sintiéndose como le gustaría sentirse al concluirla en donde se enfatiza que se imagine habiendo alcanzado ya su meta. Así por ejemplo a una persona que no puede consumir los alimentos sugeridos en este caso, se le podría pedir que se imagine ingiriendo los

alimentos de forma agradable y no como una imposición; en donde se muestre con ganas de realizar las cinco comidas, así como recordar y volver a estados en donde se solía sentirse bien en este caso disfrutando los alimentos.

- Imágenes racionales emotivas (negativas): Ahora bien, al utilizar esta técnica se entrena al paciente para que haga una imagen mental de un sentimiento negativo desadaptativo como la ansiedad y que él mismo mediante cogniciones lo convierta en un sentimiento negativo, pero a la vez adaptativo como el miedo. Después se le cuestiona acerca de cómo logró ese cambio y cómo podría seguir logrando ese tipo de cambios en sus cogniciones para poder lograr el cambio en sus consecuencias emocionales y conductuales. Se hace hincapié en la relación existente entre las creencias (B) y las consecuencias (C), y la capacidad del sujeto de modificar C a partir de B.
- La técnica de la aceptación incondicional: En igual forma, se le enseña al paciente a evaluar solamente sus conductas, pero no su ser es decir no se juzga al paciente. En donde se guía al paciente para alcanza la autoaceptación en lugar de la autoestima; se utiliza con ella el diálogo socrático haciendo hincapié en mostrar a los pacientes las acciones deficientes de cada uno sin etiquetar. Finalmente, se discuten fallas, pero no como parte de su personalidad así el terapeuta muestra la capacidad del sujeto para solucionar los problemas.
- Ejercicios contra la vergüenza: De hecho, estos tienen como finalidad hacer experimentos para empezar se le muestra al paciente que vea por sí mismo que NADA es realmente “terrible” o “insoportable” al realizar algo que parece “indeseable” o “vergonzoso” por lo tanto al darse cuenta pueda aceptarse y quererse a sí mismos.

- Que su autoaceptación no depende de sus actos: Para ilustrar esto, los pacientes tienen que realizar una actividad en donde no involucren un peligro o castigo real pero que al mismo tiempo para ellos sea “horrible” hacerlo o simplemente produzca en el sujeto una vergüenza “insoportable”.
- Otra técnica es la autorevelación: Con respecto a esta técnica se le pide al paciente que “revele” alguna situación que le causa incomodidad misma que en algún momento le ha o le pueda generar vergüenza. Pues, se pretende que el paciente pueda progresivamente habituarse a ese sentimiento, además, se dará cuenta de que no es tan terrible sentir un poco de vergüenza; sobre todo porque podrá generalizar este sentimiento de “realmente no es terrible hacer algo vergonzoso” y entonces no tendrá motivo para etiquetar como “horrible” un comportamiento vergonzoso.
- Representación del papel: En cuanto a esta técnica se le pide al paciente que represente un papel en donde toma una conducta objetivo considerando que éste no se encuentra realmente en el escenario. Al mismo tiempo, el ambiente debe ser seguro para el paciente a causa de que se le pedirá que lleve a cabo una conducta objetivo considerando que en todo momento se dará importancia a las auto verbalizaciones que tenga el paciente de donde resultan que, se podrán encontrar las ideas irracionales que hasta este momento no ha permitido al paciente llevarlo al escenario real.
- Carga de emoción: En lo que toca a esta técnica se da énfasis en la repetición de frases que el paciente exprese mismo que tendrá un significado especial para sí mismo, mientras tanto el terapeuta ayudará al paciente a llevarlas a cabo en tonos emotivos. Por consiguiente, se le puede pedir al paciente que elabore tarjetas con las frases que se

elaboraron en sesión y ponerlas en lugares visibles con la finalidad de que el paciente pueda verlas.

- La argumentación enérgica para defender las creencias racionales de los clientes: De igual manera en esta técnica se le pide al paciente que elabore una lista de las argumentaciones convincentes en cuanto a defender sus ideas racionales. “Ejemplo: ahora que tengo que seguir una dieta, no significa que deje de comer TODO lo que me gusta.
- Diálogo enérgico en zigzag entre creencias racionales e irracionales: Hay que mencionar que, en esta técnica lo que se pretende es que haya un cambio de roles entre paciente y terapeuta; de manera que se lleve un debate más energético con las ideas del paciente de manera que permita a éste debatir y cuestionar como si fuera el terapeuta.
- Diálogo enérgico de las dos sillas entre lo racional e irracional: El objetivo principal de esta técnica es hacer un cambio de roles para entender mejor se le pide al paciente que ocupe ambos roles en donde el sujeto es paciente y terapeuta al mismo tiempo.

#### **2.6.2.2. Técnicas conductuales que se utilizan en la TRE**

Asimismo, Ellis & Grieger (1990) también hablan de las técnicas conductuales que se ocupan en el tratamiento mediante la TRE, así por ejemplo se encuentran:

- Lectura de Bibliografía: En esta técnica el terapeuta proporciona al paciente desde inicio algún manual o libros de TREC con el fin de utilizar los términos que ocupa el terapeuta en las sesiones además de que el paciente conocerá los fundamentos y la dinámica de la TREC.

- Tareas para casa: Conforme a esta técnica el terapeuta al final de cada sesión le asignan tareas específicas a los pacientes. Pongamos por caso, al paciente se le pide tareas en donde tendrá que escoger lugares apropiados para comer conforme a esto realizará autorregistros o cualquier otra técnica de la TREC dando pié a la prueba de sus hipótesis. Con el propósito de revisar entre el terapeuta y paciente los resultados de las tareas en cada sesión.
- El control de contingencias: Por medio del control de contingencias se entrena al paciente para que él mismo pueda autoreforzarse o autocastigarse sobre la base de si logra o no la tarea meta.
- Se les instruye en dilación o aplazamiento de manera que al no realizar una conducta meta no pueden llevar a cabo una conducta que en sí ya es reforzante para ellos y que tiene una alta probabilidad de ocurrencia.
- En todo momento, el terapeuta recuerda al paciente que a pesar de que puede tener “conductas no deseadas” eso no lo condena, ni tampoco lo convierte en una mala persona.
- Control del estímulo: Mediante esta técnica se le enseña al paciente a preparar el ambiente para que éste facilite su objetivo.
- Para trabajar la baja tolerancia a la frustración o la no soportantitis podemos pedirle a un paciente que “resista” una situación frustrante para él durante algunos minutos. Como resultado el paciente tendría información contraria a su exigencia irracional de “no puedo soportar estar en este lugar ni 5 minutos”.
- Métodos de distracción: En esta técnica se trabaja afrontamiento de distracción como hacer deporte, ir al cine o tener un hobby, hay que mencionar que se le informa al



paciente que sus resultados no son duraderos porque no llevan consigo un cambio en la filosofía de vida del paciente, que es la causa de su problema actual.

- Técnicas de relajación: La técnica de relajación se utiliza para entrenar al paciente en donde se le enseña relajarse cuando sea conveniente, siempre que sea de tensión distensión, imaginativa, y de respiración.
- En las técnicas de relajación se utilizan manuales o discos compactos: El paciente y terapeuta pueden elegir la técnica de relajación que mejor se adecue a la situación.
- Buscar y proponerse un interés vital absorbente: Buscar que el sujeto se comprometa emotiva, conductual y cognitivamente con una actividad que le será reforzante, y recibirá su atención; sirva de ejemplo tener una pareja, ingresar a un gimnasio, terminar actividades suspendidas etc.
- Desensibilización in vivo: Para que el paciente comprenda mejor se le explicará que mientras más evite una situación más miedo tendrá de enfrentarla y que la mejor manera de conquistar ese miedo sería enfrentándose a él para poder cambiar su creencia irracional.

### **2.3.2.3. Técnicas cognitivas de la TRE**

Por tanto, Ellis & Grieger (1990) refieren las técnicas cognitivas de la TRE en donde dentro de las mismas se utilizan técnicas como la sugestión y la autosugestión, la precisión semántica, métodos de distracción, el empleo del humor y la intención paradójica. Asimismo, el objetivo final de todas las técnicas, cognitivas, conductuales y emotivas que utiliza la TREC es que el sujeto logre la autoafirmación.

- Empleo del humor: Hay que mencionar, además, que en esta técnica se utilizan canciones divertidas para hacer la burla de una manera simpática de las propias ideas irracionales del paciente. En vista de que es el paciente el que elige determinada canción tendrá que ser de su agrado ya que cambiará la letra; como resultado se hará alusión al carácter irracional e ilógico de las exigencias absolutistas que tiene de cómo piensa que las cosas deberían ser.
- Precisión semántica: Las técnicas de precisión semántica consisten en enseñar al paciente a utilizar adecuadamente las palabras. Con el propósito de enseñar que existen palabras que al utilizarlas denotan creencias irracionales o demandas absolutistas como el “siempre”, “nada”, “nunca”, “nadie”, “todo” o bien, los conocidos “no soporto”, o “es terrible”. El terapeuta enseña al paciente a utilizar términos como “inconveniente” o “desearía que las cosas fueran de esta otra manera.”
- Lista de Desventajas: De acuerdo con esta técnica se le pide al paciente que realice una lista de las desventajas con “exigencias absolutistas” con respecto a una situación en lugar de solamente preferencias o deseos.
- Mostrar al cliente los éxitos y las virtudes de las que dispone: En esta técnica el terapeuta sirve como apoyo para que el paciente pueda ver cuáles son sus virtudes, sus éxitos y las maneras en cómo ha resuelto sus problemas hasta ese momento. De manera análoga, hace hincapié en las habilidades y capacidades de las que dispone el sujeto. Sin embargo, debe enseñarle a verlas como “armas” extras y no como una valoración que el sujeto debe de hacer de sí mismo.
- Mostrar a los clientes que pueden cambiar: Por lo tanto, en esta técnica se les enseña a los pacientes que a partir del cambio de sus pensamientos éstos pueden cambiar no sólo su

conducta sino también sus emociones y sentimientos. Hacer hincapié en la capacidad que tienen ellos mismos para controlar su conducta, cogniciones y sentimientos.

- Técnicas paradójicas: Es una técnica de “ganar, ganar” ya que si el paciente la cumple es reforzado y puede comprobar que la situación de no lograr el objetivo final no es terrible. Sin embargo, si no logra cumplirla no estaría concluyendo el objetivo final de la terapia.
- Filosofía anti queja y métodos antihorror: Considerando que el paciente ha aprendido a debatir o cuestionar sus ideas irracionales y buscar los “deberías” él mismo puede desarrollar métodos anti queja o antihorror al detectar un pensamiento en cuanto a la situación que viva, a causa de esto él puede tener un debate mental para poder erradicar esos pensamientos y sustituirlos por pensamientos racionales.

Para continuar Legan, Caballo y Ellis (1997) hablan de la autoafirmación con respecto a esto, mencionan que se logra cuando los sujetos llegan a ser ellos mismos, individuales, inconformistas, existe un interés social y confianza ética; además ser autoconscientes, conocerse a sí mismos, aceptar la ambigüedad y la incertidumbre del mundo en que vivimos así mismo tolerante con las situaciones, con la gente y con uno mismo. Hay que mencionar además que, al lograr un compromiso con alguna actividad y no como un medio para acceder a alguna situación reforzante llegan a ser individuos más creativos y originales.

Además, Legan, Caballo y Ellis (1997) mencionan que las personas se vuelven más independientes de ahí que saben tomar decisiones razón por la cual son capaces ahora de pedir apoyo cuando lo necesitan es por esto que son más flexible en cuanto a su actitud, su pensamiento y sus respuestas hacia sí y los demás. De igual modo, interpretan lo que sucede a su alrededor e interiormente haciendo uso del método científico ubicando sus cogniciones como hipótesis y no como “deberían ser” las cosas. Lo más importante es que logran trabajar en

condiciones para procurar el placer a largo plazo; finalmente se aceptan de una manera incondicional tanto a sí mismo como a los demás.

## **Capítulo III. Diferentes aportaciones psicológicas en relación a la obesidad**

### **3.1 Intervenciones para el tratamiento psicológico en la obesidad a nivel Mundial**

Con respecto a, Moriana y Martínez (2011) mencionan una psicología basada en las evidencias de ahí que es un modelo metodológico que nace para demostrar el resultado de los trabajos hay que mencionar, además que en ella existe una demostración de los conocimientos de experiencia al llevar a cabo los experimentos considerando que es necesario e importante que se abalen los resultados obtenidos en torno a las investigaciones realizadas, del mismo modo es preciso que durante el trabajo de investigación se tenga un control experimental que demuestre eficacia.

De lo anterior, Moriana y Martínez (2011) también refieren que como resultado de varias investigaciones psicológicas en 1993 el gobierno de los Estados Unidos junto con la American Psychological Association (APA) establecen que la psicología debería de mostrar mediante la evaluación y la eficacia de tratamientos sus herramientas para diseñar y evaluar guías de tratamiento, a manera que garanticen la calidad en atención clínica para abordar las diferentes problemáticas.

Al convertirse la obesidad un problema de salud mundial Saldaña (2001) comenta que las publicaciones en torno a ésta llamaban más la atención, por consiguiente, distintos especialistas pertenecientes al área de la salud muestran mayor interés por abordarlas desde ese momento varios de ellos deciden reunirse para elaborar directrices clínicas enfocadas en la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

Además, Werrij et al. (2008) afirman que el problema de la obesidad puede ser tratado mediante la terapia cognitiva a causa de los resultados eficaces que se han obtenido en las investigaciones, de manera análoga los resultados del enfoque se muestran favorables en relación a la reducción de peso en pacientes con obesidad; además de tener un efecto más duradero en cuanto a la pérdida y mantenimiento del peso.

En la investigación realizada por Danielsen, Nordhus, Júlíusson, Maehle y Pallesen (2012) mencionan que a causa de la intervención cognitivo conductual encontraron que tiene un efecto positivo en la reducción del IMC, a consecuencia de esto se observó una disminución de colesterol en la sangre de los participantes de manera tal que hubo un aumento de la autoestima y un mejoramiento en relación a los síntomas depresivos al ver mejoría en la salud física.

Así mismo, Alvarado, Guzmán y González (2005) dicen que, de acuerdo a los estudios realizados con respecto a sus investigaciones a pacientes con obesidad, se encontró que no sólo se logró una mayor reducción de peso cuando se trabaja con ellos mediante la terapia cognitivo conductual enfocada a la pérdida de peso en los pacientes, sino también se percatarían de que los sujetos muestran un mejor nivel de autoestima al finalizar la intervención.

Por otro lado, Arrebola, et al. (2013) nos refieren antes que nada la importancia de modificar los estilos de vida en los pacientes con obesidad del mismo modo trabajar de forma conjunta aspectos relacionados a la dieta, ejercicio y cambios conductuales mediante tratamientos adecuados; asumiendo que al trabajar la elección de la dieta mediante un control calórico se logra un aprendizaje para elegir adecuadamente alimentos saludables, logrando así resultados satisfactorios.

De manera análoga, Torres, et al. (2011) comentan que de acuerdo a las investigaciones realizadas en cuanto a la modificación de los hábitos alimenticios en pacientes con obesidad y en comparación con autores mencionados, se logran mejores resultados cuando se implementa de manera paralela la terapia cognitiva y la presoterapia; del mismo modo, opinan que es necesario implementar un tratamiento psicológico en los individuos que padecen obesidad.

Con respecto a, Lafuente (2011) dice que se han utilizado tratamientos psicológicos con distintos enfoques para abordar el problema de la obesidad, algunos de ellos son: la terapia interpersonal, terapia psicodinámica, técnicas de relajación e hipnosis sin embargo cabe señalar que se han usado con menor frecuencia que las terapias de conducta y cognitivo-conductual. Considerando que de acuerdo a distintos estudios los enfoques que muestran mayor eficacia en torno a sus resultados son los cognitivo conductuales y de conducta.

Finalmente, Collins (2009) refiere que el problema de la obesidad se ha incrementado en los últimos años a causa de factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos mismos que se encuentran presentes en el desarrollo de la enfermedad; a causa de esto es necesario que el trabajo sea integral para lograr mejores resultados, de forma tal que después de haber realizado una intervención tanto quirúrgica como psicológica el apoyo al paciente continúe; de acuerdo a lo mencionado los niveles de estrés disminuyen por tal motivo existe una mejoría en los estados emocionales permitiendo que el control de peso se mantenga.

### **3.2 Intervenciones para el tratamiento de la obesidad en Latinoamérica**

De acuerdo a, Gómez *et al* (2008) mencionan la importancia de la psicoterapia en el tratamiento de la obesidad al mismo tiempo esta puede servir con apoyo para otros tratamiento

como son los médicos y nutricionales; cabe agregar, que para el autor la terapia interpersonal puede ayudar para trabajar los aspectos interpersonales de la misma manera hablan de la eficacia de la dialéctica conductual para el tratamiento de la obesidad ya que mediante este enfoque se trabaja en relación al afecto adaptativo que tiene la persona para reducir los comportamientos que pudieran afectar a su calidad de vida. Llegando a la conclusión que en el tratamiento es indispensable la motivación tanto del paciente como la que brinde el terapeuta para obtener resultados más efectivos en torno al problema del peso.

En las mismas circunstancias, Alvarado, Guzmán y González (2005) refieren que es importante abordar la autoestima de los individuos con obesidad para lograr resultados idóneos en relación con la reducción de peso; al mismo tiempo, el resultado suele ser más enriquecedor cuando se trabaja en conjunto con la educación nutricional y el apoyo psicológico, por esto tiene que estar dirigida a la modificación de los hábitos de las personas con obesidad.

Debido a esto, Pompa y Torres (2010) dicen que es importante la prevención de la obesidad desde edades tempranas como la niñez ya que la educación nutricional, así como el ejercicio y el apoyo psicológico que los padres proporcionen en esta etapa ayudan a reducir problemas de ansiedad y depresión; al mismo tiempo encontraron al final de su intervención que los niños no sólo mejoraron su estado emocional sino también observaron una reducción en su índice de masa corporal (IMC).

A través de lo mencionado, para Oliveros et al. (2015) la obesidad es un problema que actualmente está relacionado no sólo los hábitos alimenticios sino también con el estado emocional en donde a través del tiempo se ha abordado desde diferentes enfoques. Así, por ejemplo, se encuentra la terapia con enfoque sistémico misma que, puede coadyuvar en el tratamiento de la obesidad pues el objetivo principal de ésta es abordar a la familia como un



sistema; dado que, la familia muchas veces es la encargada de incorporar los alimentos que deben ser ingeridos por cada uno del integrante que la conforman además de que, es considerado un medio de interacción, comunicación y vínculo entre los miembros de la familia. Asimismo, consideran la importancia del trabajo multidisciplinario para obtener mejores resultados, sin embargo, es necesario integrar algún miembro de la familia que acompañe al paciente para que en conjunto o como sistema trabajen en el cambio de una modificación y mantenimiento de la conducta (Oliveros *et al.*, 2015).

Torres et al. (2011) dicen que la terapia cognitivo-conductual en conjunto con la presoterapia logran avances en la reducción de peso debido a esto, en la intervención observaron que las personas se hacen más conscientes de las calorías que consumen puesto que, centran más atención a la hora de elegir cierto alimentos de tal modo que sean más saludables y acorde a las porciones que se encuentran dentro del plan nutricional; por otro lado también se logra un aumento progresivo de la actividad física ya que llevan un automonitoreo y autocontrol de estímulos.

De acuerdo al estudio que realizaron Arredondo, Gálvez y López (2010) refieren que es importante ocupar un programa de economía de fichas y el contrato conductual en el tratamientos como forma de prevenir la obesidad al mismo tiempo, se trabajó en torno a la modificación de los hábitos alimenticios de la personas que participaron en su investigación con la finalidad de que estos adquieran herramientas y habilidades que les ayuden a reducir los riesgos de presentar obesidad; además, los resultados obtenidos fueron favorables los pacientes lograron aplicar lo aprendido, sin embargo, la información proporcionada por los terapeutas fue olvidada por los pacientes se observó también que reaccionaron de manera positiva ante el conocimiento de creencias de lo que se debe consumir, pero no lo llevaron a la práctica.

En los estudios que realizó Aguilera (2011) mencionan que era más eficaz una terapia cognitivo conductual grupal y un tratamiento de ejercicio aeróbico controlado en bandas sin fin para el control de peso a causa de que resultaron favorables para el control y manejo de la obesidad I y II. En donde los participantes lograron una modificación de sus hábitos alimenticios, reducción de peso debido a esto, hubo una disminución en los niveles de colesterol y ácido úrico; también una mejor percepción de la imagen corporal y afectividad. Finalmente, recomienda para futuras investigaciones trabajar bajo grupo control y experimental para observar si se obtienen mejores resultados.

Lejia (2010) dice que la terapia cognitivo conductual tiene resultados favorables para la reducción de peso de las personas que tienen problemas de obesidad sobre todo cuando se trabaja en conjunto con la parte nutricional. Considerando que, encontró que las personas que siguen un tratamiento integral comienzan a realizar prácticas más saludables además de que tienen una mejor percepción de su imagen corporal; los logros de efectividad también se deben a que las personas se encontraban dentro de un contexto que no resultaba exaltante lo cual ayudó a que pudieran llegar a las metas propuestas. Finalmente determina que la TCC resulta efectiva para la modificación de la conducta, así como al cambio de los hábitos alimenticios y a la actividad física.

A su vez, Morán *et al* (2014) refieren que como resultado de su investigación en torno a la terapia cognitivo conductual a pacientes con obesidad, las personas con este padecimiento adquirieron conocimientos y habilidades para mejorar sus hábitos alimenticios y la actividad física a través de esto distintas estrategias con las que cuenta este enfoque. De la misma manera puede ser un apoyo para que las personas logren tener una mejor adherencia al tratamiento nutricional.

A manera de colofón Villareal *et al* (2012) mencionan que la intervención psicoeducativa puede resultar efectiva para el tratamiento de la obesidad dado que de acuerdo a sus investigaciones los pacientes reflejaron una disminución de peso sin embargo, los resultados no fueron significativos ya que los participante no pudieron incorporar correctamente a su dieta frutas y verduras, no obstante hubo una buena respuesta en cuanto al incremento de la actividad física lo cual pudo reflejarse en la pérdida de peso de los participantes; llegan a la conclusión de que es importante tomar en cuenta el contexto de los participante o a que se deben implementar una intervención más extensa.

## Capítulo IV. Planteamiento de la intervención

Entre los aspectos más graves que actualmente presenta la obesidad es el hecho alarmante de que existen cada vez más personas que la padecen de tal manera, en el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) señala que cada año mueren cerca de 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso y la obesidad por otro lado se le atribuye una de las principales causas de diabetes con un 44%, de cardiopatías isquémicas un 23% y en algunos cánceres entre el 7% y el 14%.

Silvestri y Stavile (2005) considera que la obesidad suele abordarse desde los planes de alimentación hipocalóricos y la actividad física dando poca importancia a los factores emocionales comportamentales, es decir, a los problemas psicológicos que pueden estar relacionados con la sobre alimentación.

Bersh (2006) afirma que al restringir voluntariamente la ingesta de alimento por la dieta se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control cognitivo que tiende a fallar por la presión fisiológica (el hambre), el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, el consumo de alcohol, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad, lo que tiene consecuencias emocionales.

Al mismo tiempo Tapia (2006) afirma que la presencia de trastornos psicológicos puede estar relacionados con la obesidad e influyen negativamente en el abandono de los alimentos destinados a la disminución de peso y a las patologías que de ésta se derivan.

Lafuente (2011) considera que la obesidad puede ser considerada como el síntoma de un problema de ajuste psicológico o social que atenta contra las cualidades emocionales, la percepción del auto funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de quienes la padecen a cualquier edad, especialmente por el estigma social que le acompaña.

Ahora bien, para tratar de contrarrestar la obesidad se han implementado varios tipos de estrategias como dietas, ejercicio, modificación en el estilo de vida o bien tratamientos médicos. Sin embargo, la experiencia muestra que con lo anterior no siempre se logran los resultados esperados por la falta de apego a las estrategias mencionadas. Es a partir de ello que se requiere identificar cogniciones que modifiquen los procesos que conllevan a la obesidad. Con la finalidad que exista un cambio en la modificación de la conducta en conjunto con los aspectos nutricionales (dietas, ejercicio, modificación de estilos de vida). Es por ello que, la Terapia Cognitivo Conductual se considera una alternativa positiva para el tratamiento de la obesidad.

Este tipo de terapia es llevada a cabo por medio de programas integrales enfocados en actuar sobre el aspecto cognitivo y comportamental de las personas a través de una serie de ajustes cognitivos-conductuales que le permiten mejorar su estilo de vida es decir, requiere de: Información relevante para entender la obesidad, sus características y riesgos, conocer que conductas inapropiadas de alimentación le llevaron a la obesidad, cuáles son los posibles tratamientos a seguir, cómo mejorar su estilo de vida, pero sobre todo cómo reducir el riesgo de adquirir enfermedades que traen consigo la obesidad.

De acuerdo Schaefer (2005) la Terapia Cognitivo Conductual sostiene que las experiencias de un individuo están determinadas por cogniciones que se han desarrollado desde edad temprana como lo es el caso de hábitos alimenticios. Asimismo, es considerada una técnica de intervención, donde se han desarrollado un conjunto de técnicas específicas con el fin de solucionar las diversas problemáticas de los pacientes (Vargas 2002). De la misma forma ayuda a los sujetos a cambiar patrones del pensamiento que conducen a emociones o comportamientos inadecuados como la ingesta excesiva de alimentos (Coon, 1999).

Debido a lo anterior, es que se considera que los procedimientos terapéuticos más favorables son aquellos que están estructurados, generan resultados a corto y mediano plazo, son estandarizados y con resultados comprobados. Por tanto, se considera que la Terapia Cognitivo Conductual una alternativa que puede coadyuvar a que las personas disminuyan su obesidad.

De lo anterior surgen diferentes cuestionamientos: ¿Existe relación entre las emociones y la obesidad? ¿Qué conflictos psicológicos están asociados con la obesidad? ¿Qué tan pertinente es la técnica de psicoterapia cognitivo-conductual para el abordaje de conflictos psicológicos asociados con la obesidad? Y aterrizando en el siguiente planteamiento:

#### **4.1 Pregunta de investigación**

¿Qué ocurre en el proceso psicoterapéutico y cuáles son los efectos psicológicos de una terapia cognitivo-conductual en pacientes con obesidad tipo I y II?

#### **4.2 Objetivo**

Objetivo General

Analizar el proceso terapéutico cognitivo conductual implementado en pacientes con obesidad tipo I y II que acuden a la Cruz Roja Mexicana en Cuernavaca Morelos.

Objetivos específicos

- Identificar el índice de obesidad tipo I y II en los participantes que se encuentran en la clínica de Nutrición, a partir de la historia clínica y la evaluación nutricional realizada por nutriólogos.
- Determinar los factores de riesgo asociados con la obesidad y las ideas irracionales predominantes en los participantes

- Determinar e implementar las técnicas de la TCC que se aplicó en la intervención con los pacientes con obesidad.
- Evaluar los efectos de la intervención psicológica en el cambio de estilo de vida, las ideas irracionales y el control de peso de los participantes

### **4.3 Justificación**

Actualmente la obesidad es considerada una epidemia mundial, se ha convertido en un problema de salud pública, la OMS (2014) menciona que en 2014 había mil novecientos millones de personas en el mundo que tenían sobre peso y seiscientos millones obesidad.

En México alrededor de siete de cada diez adultos (más de cuarenta y nueve millones) y uno de cada tres niños de cinco a diecinueve años (alrededor de doce millones) presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad).

Espinosa (2013) afirma que la obesidad se ha convertido en un elemento peligroso para facilitar la aparición de enfermedades no contagiosas como son: Diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, a las cuales se les atribuye el fallecimiento de gran parte de la población en adultos mexicanos.

La obesidad actualmente es un problema de salud mundial, la cual no distingue niveles socioeconómicos, ni socioculturales, además no sólo es problema de los países desarrollados sino también de los países en vías de desarrollo, como es el caso de México. Para la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura 2015 (FAO por sus siglas en ingles), menciona que México es el país en el mundo que tiene más personas obesas, ubicándose encima de Estados Unidos.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016 nos menciona que para obtener mejores resultados para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad se debe trabajar de manera integral, con un conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, tomando en cuenta un tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en algunos casos tratamientos quirúrgicos, con la finalidad de lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se pretende que mediante la propuesta de intervención psicoterapéutica Cognitivo-Conductual y por medio del tipo de diseño de investigación, instrumentos de recolección de datos y los procesos de análisis de resultados, se analice el proceso terapéutico Cognitivo-Conductual en pacientes con obesidad mediante la terapia Racional Emotiva con apoyo de la técnicas de asertividad y autocontrol, la cual Lega y Ellis (1997) sostienen que se centra en los aspectos con los que funciona el ser humano: pensamiento, sentimiento y conducta ya que cuando se da un cambio en alguno de ellos se ve reflejado en los otros dos, mediante la identificación de sus pensamientos y creencias irracionales que ocasionan en algún momento estrés, ansiedad o depresión por el mal manejo de sus emociones.

Partiendo de allí, a través de esta investigación se aportaría los enfoques que han sido utilizados y que muestran mayor eficacia para el tratamiento de la obesidad; Tapia (2006) sugiere la Terapia de Conducta y Autocontrol para tratar la ansiedad en pacientes obesos; La Fuente (2011) propone una intervención con Terapia Conductual y técnica de autocontrol para manejar la motivación para un adecuado tratamiento en la obesidad; Torres y cols (2011) sugiere una Terapia Cognitivo-Conductual y Presoterapia para abordar la depresión y el estado de ánimo



de las personas con obesidad; en México Rodríguez *et al.* (2013) recomienda una Terapia Cognitivo-Conductual para una mejor adherencia y disminuir la deserción a un programa integral en individuos obesos.

Cabe mencionar que en la actualidad las intervenciones psicoterapéuticas en torno a la obesidad están consideradas como eje central para la salud física y mental de las personas que la padecen, puesto que a través de los procedimientos, registros e informaciones que ésta intervención aporte, se le facilite a las instituciones y profesionales de la salud, llevar a la práctica, la planificación financiera en atención a indicadores confiables y debidamente sustentados.

En este sentido, la ejecución de la intervención va a permitir expresar en la práctica los elementos teóricos propios y aplicación de una intervención psicoterapéutica Cognitivo-Conductual, mediante este modelo que se tiene propuesto en este trabajo y que pretende generar soluciones puntuales de una intervención en personas con obesidad, sujeto de estudio.

Desde el punto de vista metodológico se estaría estableciendo un conjunto de directrices que permitirían orientar el desarrollo de la aplicación de una intervención psicoterapéutica Cognitivo-Conductual considerando el tipo de diseño de investigación, instrumentos de recolección de datos y los procesos de análisis de resultados.

A nivel práctico, esta investigación viene a presentar una oportunidad importante para las personas con obesidad sujeto de estudio de abordar con precisión los problemas que actualmente presentan, en la aplicación de la intervención psicoterapéutica Cognitivo-Conductual a las personas con obesidad y los factores que han facilitado el problema de peso.

Otro de los aportes de este trabajo es que, a través de su ejecución, se abren las posibilidades de mejorar el procedimiento de intervención para personas obesidad hasta ahora utilizadas.

## **Capítulo V. Metodología**

### **5.1 Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación se realizó bajo una metodología cualitativa, con un alcance exploratorio descriptivo, con el fin de comprender e interpretar las características en las que la intervención psicoterapéutica se establece, siendo la población objetivo los pacientes con obesidad tipo I y II de la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca. En el presente estudio se describe la naturaleza del fenómeno y se exploran las causas de la problemática planteada, su desarrollo y seguimiento de los participantes a la par de la intervención psicológica y nutricional con la finalidad de lograr mayor comprensión del proceso y los elementos que inciden en el mismo.

Este tipo de diseño es importante porque parte de un acontecimiento real, estudia los procesos conscientes, los de intencionalidad, elección, autodeterminación y autorrealización. Además, el objeto de la investigación descriptiva consiste en describir y evaluar ciertas características de una situación particular, se analizan los datos reunidos para describir la realidad de un hecho (Hernández, 2006).

### **5.2 Participantes**

La muestra para la presente investigación fue de tipo no probabilística por conveniencia para fines específicos. La conformaron 7 personas entre 20 y 65 años de edad, hombres y mujeres diagnosticadas con obesidad tipo I y II que se encontraban en tratamiento nutricional para bajar de peso en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca y que presenten un IMC superior a 30 (obesidad tipo I) y menor a 40 (obesidad tipo II).

Los criterios de exclusión se dirigen a personas presenten un diagnóstico de obesidad ligada a una enfermedad endocrina (hipertiroidismo o hipercorticismos), obesidad por

medicamento, diabetes mellitus o cardiovasculares y trastorno mental graves (psicosis, esquizofrenia y demencia).

### **5.3 Técnicas e instrumentos**

Las técnicas que se utilizarán en el estudio son las siguientes:

1. Revisión documental
2. Entrevista semiestructurada (Instrumento Anexo 2)
3. Observación Participante
4. Intervención psicoterapéutica

Los datos se recabaron a partir de diversas técnicas como: revisión documental en base a los expedientes y seguimiento del control nutricional; la entrevista semiestructurada, para conocer aspectos de vida sobre los hábitos alimenticios y los tratamientos nutricionales de los pacientes abarcando la infancia hasta la actualidad, fue guiada por un conjunto de preguntas sin un orden predeterminado, ya que es un proceso abierto informal donde la investigadora y entrevistado dialogan a través de una conversación en la cual las preguntas se van insertando conforme avanza la entrevista (Valdés 2007); la observación participante conlleva a conocer los comportamientos de individuo, permitiendo a la investigadora tomar acción para promover y dirigir conjuntamente los cambios de los participante, además de describir los comportamientos importantes/significativos de los pacientes observados en cada una de las sesiones (Rojas 2006). Asimismo, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario registros de opiniones permitiendo a través del instrumento identificar las ideas irracionales que estén más presentes en cada uno de los participantes para que a partir de ahí, trabajar las más sobresalientes. Se utilizó las herramientas que señala la Terapia Cognitivo-Conductual, entre las que se encuentran: La

Terapia Racional Emotiva con las técnicas de: Autocontrol, asertividad, autoregistros, técnicas de relajación, control de estímulos, tareas, control de contingencias, desensibilización, técnicas ocupadas en la escuela Cognitivo-Conductual en todas sus generaciones.

## **5.4 Procedimiento**

### **5.4.1 Fase uno.**

En primera instancia, se realizó el contacto con la dirección de la Cruz Roja, a fin de presentar el proyecto y la propuesta de intervención, con el objetivo de solicitar la aceptación del proyecto para realizar el presente estudio. Al obtener los permisos se inicio con el proceso de intervención:

Se determinó las características particulares y necesidades de la población seleccionada:

- 1.- Se contactó a la institución para dar a conocer los objetivos e instrumentos que se utilizaron en la intervención.
- 2.- Se realizó una revisión de los expedientes clínicos para conocer la historia clínica y la evaluación nutricional como es el ABC del estado nutricional; la historia médica del paciente, su historia clínica, mediciones antropométricas (evaluar las dimensiones físicas del paciente y composición corporal) y pruebas de laboratorio; la cual fue realizada por los nutriólogos y así seleccionaron a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión para la intervención.
- 3.- Se llevó a cabo la entrevista semiestructurada con la finalidad de conocer al paciente y explorar los factores de riesgo que presentan cada uno, además de aplicar el cuestionario de Registro de Opiniones con la finalidad de identificar las ideas irracionales que permiten abordar a cada uno de los pacientes.

#### **5.4.2 Fase dos.**

Se implementó el programa de intervención mediante la Terapia Racional Emotiva y las técnicas pertinentes para cada paciente; las sesiones fueron individuales, tuvieron una duración de 14 sesiones de 60 minutos una vez a la semana, con una totalidad aproximada de cuatro meses. Las limitaciones de la intervención es que la intervención tenía que realizarse dentro de un tiempo determinado establecido por el programa de la maestría en Psicología además más de la mitad de los participantes abandonaron la intervención, así como la identificación de paciente que llevarán un control nutricional constante.

#### **5.4.3 Fase tres.**

Al terminar la intervención se realizó una entrevista semiestructurada que permitió conocer si han reducido los factores de riesgo, así como los cambios significativos de cada uno de los participantes y nuevamente se aplicó el cuestionario de Registro de Opiniones para identificar los cambios en el pensamiento, sentimientos y conducta de los participantes. Al final se recolectaron los datos obtenidos, para interpretarlos y con ello conocer los efectos logrados en la psicoterapia cognitivo-conductual.

Las entrevistas se grabaron, para realizar el análisis de contenido (Moraima y Auxiliadora, 2008) ya que éste utiliza la tarea de cada individuo por medio de las relaciones descriptivas que el investigador hace del metatexto, ajustando la interacción verbal, los actos de habla o la declaración y el registro modal, el cual descifra la actitud del entrevistado en relación a la alusión empírica y teórica. De esta manera la interacción del acto de habla y el registro modal

conlleva a la interpretación o comentario de la entrevista de manera que da forma a la construcción de una teorización.

#### **5.4.3 Fase cuatro.**

Finalmente se llevó a cabo un seguimiento, éste se realizó al mes después de terminada la intervención, con la finalidad de conocer mediante una entrevista semiestructurada (Anexo 3) que permita explorar si los participantes continúan utilizando las herramientas proporcionadas en la intervención.

### **5.5 Intervención: terapia racional emotiva para pacientes con obesidad tipo I y II.**

La terapia racional emotiva para paciente con obesidad se encuentra conformada por 16 sesiones, las cuales se distribuirán en una sesión semanal cada con una duración de una hora por lo cual tendrá una duración total aproximada de cuatro meses, se elaboró en base a la psicoterapia cognitivo-conductual con modelo de terapia racional emotiva de Ellis.

El diagnóstico conductual se centra en las conductas específicas de cada una de las personas tomando en cuenta las condiciones donde se realizarán. El diagnóstico de la intervención se dirige dependiendo de las características que presenta el paciente debido a que se proporcionan recomendaciones para cada caso de acuerdo al tratamiento.

Se centra especialmente en la conducta de las personas que necesitan ser cambiadas mediante la modificación de éstas, así como también es importante el apoyo de los eventos ambientales los cuales pudieran ser utilizados como una herramienta para facilitar la modificación de la conducta.

Para esta terapia es importante señalar que la conducta se puede entender por una serie de acontecimientos A-B-C. Cuando se habla de A se refiere un acontecimiento externo (eventos ambientales), cuando la persona sale con la novia y le invita un pastel; mientras que B es una serie de pensamientos si me como el pastel no pasa nada solo esta vez y se lo come sin preocupación; para C son todos los pensamientos y las emociones que genera B, el paciente se puede sentir culpable porque no pudo resistirse a comer pastel y decide comerse todo el pastel.

Para Ellis (1962) considera que en la cultura occidental existen problemas con las creencias irracionales debido a que las personas buscan la aprobación y aceptación de las personas más cercanas a ellas, para ello las personas debe mostrar un grado de competencia sino se logra puede producir insatisfacción e infelicidad en las personas. Lo que pretende también esta terapia es modificar las creencias irracionales y autoverbalizaciones por otras que le puedan funcionar mejor.

A lo largo de la terapia el terapeuta ayuda al paciente a trabajar en cada una de las ideas irracionales para que el paciente pueda entender que no es necesario mantenerlas, se le proporciona también al paciente tareas fuera de las sesiones relacionadas con la autoverbalizaciones adecuadas en cada una de las situaciones del paciente. También se le pide al paciente que anote las creencias irracionales para que posteriormente reconozca el pensamiento que origina y así proponga como podrían ser modificadas.

El vínculo que podemos encontrar entre los estados afectivos y los pensamientos o frases que el paciente obeso puede utilizar para sí mismo es que están relacionados con el comer en exceso. De esta manera de acuerdo a los estudios que realizaron Mahoney y Mahoney (1976) sobre la reestructuración cognitiva, es preciso trabajar en base a las series elaboradas de



pensamientos negativos y sus contrapartidas positivas para ello es necesario una evaluación de los factores a partir de los autorregistros cognitivos ABC, mencionados anteriormente.

De igual manera, la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual para pacientes con obesidad tipo I y II se realizó en doce sesiones; así mismo en la primera sesión se aplicó la entrevista semiestructura con el objetivo de identificar factores de riesgo (lugares en donde realiza las comidas, alimentos ricos en grasa etc.) más predominantes en dichos pacientes al mismo tiempo, se les proporcionó dos lecturas “como vivir sin culpas” y “el que se enoja engorda”; en cuanto a la segunda sesión se aplicó el cuestionario de registro de opinión para lograr de igual manera identificar las ideas irracionales más presentes en dicho sujetos de estudio. De ahí que, en la tercera sesión se comienza con el tratamiento psicoterapéutico teniendo como objetivo principal generar un ambiente óptimo de trabajo se motivó al paciente estableciendo junto con él el peso que desearía perder para iniciar adecuadamente con el tratamiento así mismo la importancia de disminuir el peso de manera saludable; de esta manera también se proporcionó al paciente un documento en donde registraría las cinco comidas realizadas durante el día (tres comidas principales y dos colaciones) lo cual permitió tomar conciencia de los alimentos ingeridos además del ejercicio progresivo, esto se le proporcionó a cada uno de los participantes.

Ahora veamos, en la cuarta sesión se identificó los pensamientos irracionales mediante un análisis motivacional del porque se debe perder peso en donde el paciente reconoció la pérdida de peso va relacionada con sentirse sano e igual prevenir una obesidad mayor y no por agrandar a otras personas por otro lado, se debaten las dudas que surgen identificadas en las lecturas proporcionadas “como vivir sin culpa” en donde se le muestra a los pacientes que pueden aprender a decir no sin sentirse culpables con relación a el libro “el que se enoja engorda” el

autor pretende hacer conciente a los sujetos que las emociones están relacionadas con los hábitos alimenticios, en donde propone dejar de cargar con culpas para lograr un cambio auténtico, duradero el cual no sólo sea mientras se está con un régimen sino adoptarlo como estilo de vida.

En la quinta sesión el objetivo principal fue determinar los estímulos ambientales en relación a la educación nutricional por medio del autocontrol con respecto a las pacientes que eran madre (paciente A) e hija (paciente B) identificaron algunos estímulos ambientales mismos que se relacionaban con los horarios de comida por ejemplo, la comida la realizaban juntas en un horario establecido pero delante del televisor encendido, se preregistran metas con relación a lo mencionado estableciendo de ésta manera estrategias para modificar tales estímulos ambientales mismas que serán debatidas en la sesión siguiente; en relación con la paciente C logra identificar los estímulos ambientales para ilustrar mejor realiza el horario de comida en un horario definido sin embargo, no podía ingerir los alimentos en un solo lugar (comía de pié, sentada por breves momentos). Conforme a lo anterior, las tres pacientes registraron en su hoja de autoregistro las metas conseguidas misma que iban dirigidas a seleccionar lugares específicos para toma los alimentos.

En la sexta sesión el objetivo se relacionó con el control de estímulos y modificación de “Todo o Nada” con la técnica de control de estímulos se trabajó con las tres pacientes las conductas adoptadas en la ingesta de los alimentos en donde se identificó la diferencia entre hambre y apetito en donde el consumo de alimentos está determinado por la primera. Se debatió con las pacientes sobre algunos hábitos y como se pueden controlar ciertos estímulos por ejemplo realizar las compras con una lista hecha, así como tener el estómago lleno con la finalidad de evitar compras innecesarias. De igual modo, junto con el terapeuta el paciente expresa e identifica el “Todo o Nada” , en esta sesión se comenzó a trabajar los pensamientos

irracionales por ejemplo, en la paciente A se abordó sobre la ansiedad presentada cada vez que pensaba que su esposo sufriría un accidente mismo que la llevaba a nombrar “hambre mala” a la sensación de querer comer algo sin especificar concretamente el alimento sin embargo, la paciente no resiste e ingiere alimentos pensando al mismo tiempo que no ha resistido comer entonces que más da terminarlo, se debate con la paciente el pensamiento irracional sobre el accidente señalando anteriormente el cual se vuelve recurrente el pensamiento racional al tener ese pensamiento no quiere decir que tenga pasarle algo; así mismo, el pensamiento racional dirigido hacia el “hambre mala” puedo probar un pan pero no quiere decir que lo tenga que terminar de la cual progresivamente cambió por una colación sugerida por la nutrióloga. En la paciente B se abordó la sensación de culpa y ansiedad, el pensamiento irracional se dirigía a que no podía resistía comer comida rápida en la cena por lo tanto el pensamiento era “que más da acabarlo si hay personas que comen lo que quieren”, argumentando que además era el momento afectivo que compartía con el esposo; el pensamiento racional si prueba algo de comida no necesariamente tiene que terminar con todo relacionando el sentimiento de culpa al hacerlo. En la paciente C se abordó la ansiedad; el pensamiento irracional identificado en éste caso se refiere a que no resiste comer los alimentos al poseer la idea “que más da acabarlo” adopta la idea “ya que es malo dejar la comida” además de que los consume con enojo; mediante el debate el pensamiento racional si prueba algo no necesariamente tiene que terminarlo o sentir enojo, debatiendo de está manera el pensamiento dirigido a los familiares mencionando que no necesariamente dicho comentarios van dirigidos a la paciente, identificando junto con la pacientes cuales son esos comentarios.

En la séptima sesión el objetivo va dirigido a transformar el “No puedo” y los pensamientos catastróficos, en dicha sesión se continuó con el abordaje en relación al control de

estímulos en donde se trabajo con la cantidad de comida cuestionando sobre la utilización del plato T mismo que fue sugerido por la nutrióloga, así mismo a las tres pacientes se les invitó a identificar la emoción relacionada con la sensación de hambre, se siguen trabajando las ideas irracionales que predominan en las pacientes en donde surgen el “No puedo soportar”, en la paciente A “No podía soportar” comer algo cuando se presenta el “hambre mala”, en la paciente B “No podía soportar no comer comida rápida, la paciente C no podía soporta comer sin sentirse criticada; mediante la parte racional se les cuestionó si podrían caer realmente fulminas sino hacen las conductas mencionadas en cada una de las pacientes(comer alimentos no saludables) ¿Quién lo dice?, se les muestra que pueden elegir otras opciones y pueden soportarlo.

En la octava sesión el objetivo se centro en la modificación de estilos de comer y el incremento de la actividad física, se reviso el menú que llevaba cada uno de los pacientes mismo que fue sugerido por la especialista en nutrición así mismo, se señala la importancia de comer de manera equilibrada y controlada reduciendo la cantidad de grasa, se revisó con cada una de las pacientes los autoegistros también se retomó la parte motivacional con el paciente acerca de la actividad física, cabe señalar que a las tres pacientes mostrarón dificultad en iniciar con el ejercicio.

En la novena sesión el objetivo se centro en las excusas y sobregeneralizaciones por ejemplo, siempre estoy pellizcando la comida, la parte racional que se abordo es que no es cierto que siempre lo hace; en donde la paciente A que siempre buscaba comer algo dulce o salado, no siempre lo hacía las excusas que se ponía era que se debía al “hambre mala”, se le ayudó a sustituir la excusa en donde la paciente buscó los “trucos” que pudo utilizar sustituyendo así alimentos salados o dulces por alguna colación sugerida por la nutrióloga; en la paciente B siempre estoy ingiriendo comida rápida porque no puede negarse cuando se encuentra con el

esposo o en la oficina, igualmente se le apoyó en la sustitución de las excusas en donde la paciente buscó “trucos”, en la oficina solo probaba los alimentos que le ofrecían o los guardaba y se los llevaba a casa sin consumirlos además decide cocinar junto con el esposo en casa lo cual permite tener un acercamiento afectivo. En la paciente C siempre consumía los alimentos enojada asumiendo que los demás la agredían se le ayudó a buscar “trucos”, ya que al parecer era verdad que siempre consumía sus alimentos enojada por ejemplo en la parte racional sin embargo los familiares no buscaban todo el tiempo agredirla, la paciente C asume que sí consume los alimentos enojada no se percata de lo que come, no hay disfrute de la comida y eso puede ocasionar el aumento de peso que después le constará perder.

En la décima sesión se continúa trabajando con los pensamientos catastróficos, durante la sesión se trabajó con las tres pacientes el reconocimiento de los acontecimientos desagradables, no deseados, pero el “horror” lo “catastrófico” sólo lo creamos nosotros. En las tres pacientes no se observó una reducción significativa en la reducción de peso sin embargo la paciente A, expresaba que ya no sentía el “hambre mala”, que no era algo catastrófico, que iba a perseverar porque se sentía bien física y psicológicamente de igual manera la paciente B y C reconocieron mediante el debate que no tenía que ser un “horror” no alcanzar el peso deseado, se sentía bien al cambiar los hábitos y conseguir otros más saludables, mediante los autoregistros se cuestionó a las pacientes sobre lo registrado con la finalidad de cambiar autoverbalizaciones positivas y racionales.

La sesión décima primera se identificó que las emociones y los pensamientos conducen a una conducta determinada enfatizando en la técnica del A-B-C en donde en esta sesión se trabajó con cada una de las pacientes la identificación de acuerdo con las autoregistros que llevan tantas emociones, pensamientos y finalmente nos lleva a una conducta, se retoman los pensamientos

irracionales identificados en la sexta sesión posteriormente y se enfatizó en los logros alcanzados de acuerdo al debate y cuestionamiento de los mismos por ejemplo, la paciente A se percató de la cantidad de alimento respetando la porción sugerida mientras que la paciente B inicia la actividad física al entrar a un gimnasio finalmente la paciente C asume que disfrutar los alimentos cuando no hay una emoción negativa existe un disfrute del mismo así como una mayor atención de los alimentos que se consumen; además las conductas registradas en sus autoregistros en donde se animó a las pacientes a modificarlas de manera racional.

La sesión décima segunda el objetivo se enfatizó en aprender a evitar recaídas y a hacerle frente cuando se produzcan, se enfatizó con las pacientes tanto A-B y C para que en el seguimiento no se pierdan los logros obtenidos. Se explicó la diferencia entre caída, recaída y pérdida total de lo conseguido. En donde se les mostró que las caídas son trasgresiones concretas inevitables algunas de las cuales ocurrieron a lo largo del tratamiento como, por ejemplo, el consumo de algunos alimentos que no estaban dentro del plan nutricional, salir a comer fuera de casa comida no saludable, dejar la actividad física debido a lesiones. Lo que más se abordó en esta sesión es que las pacientes aprendan a no adoptar conductas negativas ante ellas ya que las actitudes negativas sólo ocasionan recaídas por lo tanto las recaídas significan el abandono de los hábitos alimenticios y el ejercicio adquiridos.

En la sesión décima tercera el objetivo fue reforzar hábitos alimenticios y de conducta de acuerdo a esto se identificó los posibles miedos de finalizar el programa de intervención y se discutieron junto con el terapeuta las posibles creencias irracionales en donde las pacientes expresaron el deseo de continuar con el tratamiento psicológico. Se les cuestionó a las pacientes sobre acciones ante situaciones futuras de alto riesgo. Así mismo, se enfatizó en los hábitos aprendidos motivándolas para continuar así mismo estar alertas ante situaciones de riesgo de

igual forma hacer ejercicio regularmente, marcándose un tiempo para realizarlo aprender que al presentarse una recaída no deben castigarse sino utilizarlas como oportunidades de aprendizaje.

En la sesión décima cuarta el objetivo fue identificación de éxitos y virtudes, en donde se ayudó al paciente a ver cuáles son sus virtudes, sus éxitos y como han resuelto sus problemas hasta este momento y aprender hacer feliz. Se intentó con cada una de las pacientes que pensará acerca de lo peor que podría pasar si no consiguen algo anhelado (tener un cuerpo ideal al estándar social, miedos al abandono, a la no aceptación) al mismo tiempo se señaló la importancia de hacer consciente a las pacientes de que a pesar de lo terrible o insoprtable podría llevar una vida feliz.

En la sesión décimo quinta se realizó nuevamente la entrevista semiestructura en donde se exploró los cambios de conducta en los hábitos alimenticios y pérdida de peso en los participantes con obesidad tipo I y II

Finalmente, en la sesión décimo sexta se aplicó nuevamente el cuestionario de Registro de opinión en donde se conocieron los cambios en las ideas irracionales de cada uno de los participantes.

## Capítulo VI. Presentación de resultados

De acuerdo al objetivo principal de la investigación se efectuaron las siguientes actividades: se realizó la entrevista semiestructurada y el cuestionario de registro de opinión a 7 pacientes con obesidad tipo I y II.

Además se cumplió con los criterios de inclusión, fueron 7 pacientes los cuales tienen entre 20 a 65 años de edad, mismos que se encuentran en tratamiento nutricional dentro del hospital de la Cruz Roja en Cuernavaca: cuatro de los paciente cuentan con obesidad tipo I (23, 27, 41 y 51 años de edad), así como tres de los paciente tienen obesidad grado II (20, 52 y 64 años de edad), los pacientes se presentan en adecuadas condiciones de higiene y aliño, orientados en sus tres esferas, tiempo, espacio y circunstancia, con actitud colaboradora.

Tabla 1. Descripción de los pacientes

Paciente	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Edad	Tipo de obesidad
A	Femenino	Casada	Ama de casa	64 años	II
B	Femenino	Casada	Empleada	41 años	I
C	Femenino	Casada	Vendedora	52 años	I
D	Femenino	Casada	Empleada	23 años	I
E	Femenino	Soltera	Empleada	20 años	II
F	Femenino	Unión Libre	Estudiante	27 años	I
G	Masculino	Casado	Empresario	51 años	I

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se eligieron distintas categorías contemplando los principales temas planteados en la investigación: Salud, alimentación, actividad física, auto concepto, emoción y comida, apego al tratamiento y antecedentes



alimenticios. En cada una de las categorías se discernió una serie de subcategorías como resultado de los indicadores aportados por los distintos pacientes y vinculados directamente con los temas previamente mencionados, misma, que permitió realizar el manejo del cúmulo de información recogida en la investigación, asimismo, presentar los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos.

Con respecto a los resultados e interpretación de las entrevistas, notas de campo y registro anecdóticos, se hará el análisis desde la perspectiva de las diferentes categorías adentrándonos en las subcategorías definidas a continuación.

Ira. Categoría	Subcategoría
Salud	1.- Reconocimiento evasivo sobre la enfermedad
	2.- Conciencia de sobrepeso y sus consecuencias sobre la salud
	3.- Referencia a padecimientos graves de salud

### **Análisis e interpretación según las categorías**

- **Salud**

#### **Reconocimiento evasivo sobre la enfermedad.**

Con respecto a lo que mencionan los pacientes en cuanto a Salud, conseguimos manifestaciones como las que siguen, al preguntarles sobre la visualización de la obesidad: Paciente A: “[...] Ay... todos tienen diabetes... todos más bien yo estoy en la rayita, tengo... bueno estoy casi en pre diabética porque tengo alta la insulina y este... como se llama... y mi hermana... mmm y yo somos las únicas que estamos con prediabetes”.

Paciente C: “[...] yo considero que es un problema término medio que no es tan exagerado, pero no es tan correcto tampoco para el corazón, muchas cosas, la diabetes pues a mi no sé, lo dulce es lo que a mi me gusta y un montón”.

Entre los elementos que surgen, es la percepción que se tiene sobre salud, al no considerar a la obesidad como una enfermedad a causa de una sensación física estable.

Encontrando algunos indicadores de desconocimiento, como se puede observar a continuación, cuando se le pregunta sobre la salud:

Paciente B “[...] en mi estado físico, siempre he sido muy saludable y siempre saludable mucho, este... casi nunca me enfermo...

“[...] He usado de todo, me he hecho estudios de todo y... me han hecho estudios de la tiroides, entonces pues no, y este ha... lo único que si tengo es ovario poli quístico”.

“[...] fui con un especialista que me dijo que tengo ovario poli quístico, tomo medicamento para esto para tener un hijo, ese doctor me dijo que el síndrome éste, es como difícil porque no sabemos que fue primero el huevo o la gallina, si esta gorda por el síndrome o tienes el síndrome por la gordura”.

### **Conciencia de sobrepeso y sus consecuencias sobre la salud**

Para analizar algunos indicadores se examina brevemente ahora lo que concierne a la salud seleccionando algunos ejemplos de registros que nos permiten conocer la posición de los pacientes ante las consecuencias de la obesidad. Al abordar a los pacientes sobre la visualización que tienen con respecto a la obesidad y sus complicaciones, notamos que en realidad puede plasmar los diferentes padecimientos que surgen cuando no existe un cuidado en el aumento de peso, pongamos por caso:

Paciente A “[...] bueno yo digo que, si está grave, mi sobre peso porque ya me está afectando, porque, ya tengo la apnea del sueño... ya estoy apunto de la diabetes. Entonces digo en ese caso digo ya lo estoy viendo como gravedad, bueno, vamos a decirlo así”.

La paciente habla de la forma en como la obesidad afecta su salud, nombrando algunos padecimientos que han derivado de ésta. Así:

Paciente B “[...] porque, a pesar de que siempre he sido muy sana y estoy bien, este... el hecho de no poder embarazarme entre otras cosas, siento que creo que si, afecta mi salud y hasta mi salud mental”.

Paciente C “[...] he mantenido mi peso, no he subido más, es un problema para mi porque si me da miedo, por el corazón, comíamos mucha grasa, cocinaba como mi esposo me decía y mi esposo cocina muy rico, pero con mucha grasa”.

Nos dice además la manera en que reconoce que es un problema para su salud, a pesar de que no totalizarlo, planteando que:

Paciente B “[...] yo creo que es más la lucha interna que el problema realmente del sobre peso como tal, porque como te digo, además de todo, yo me siento, como si no tuviera un problema, pero se que lo tengo y se que tengo que hacer algo para solucionarlo”.

### **Referencia a padecimientos graves de salud.**

Nos interesa conocer las distintas enfermedades que la paciente ha desarrollado a raíz de la obesidad, especialmente las que están relacionadas con el peso excesivo, manteniendo las mismas palabras de la paciente:

Paciente A: “[...] bueno... de verás no le había mencionado que soy hipertensa, pero estoy controlada... perdón (se limpia la nariz), pero tengo una alergia, me operaron del pulmón ahí tenía que bajar de peso, pero ahí dije no puedo, solo para bajar de peso no, solo para controlar el azúcar, el respirador para el problema de apnea, presión y del estómago, siempre sufro del estómago”.

Paciente B: “[...] hace cinco años me diagnosticaron ovario poli quístico, desde que me lo diagnosticaron, me prohibieron usar hormonas, nada de pastillas anticonceptivas”.

Paciente C: “[...] mi problema de la obesidad se lo atribuyo a los medicamentos (Antidepresivos), desde que los tomo comence a subir de peso, me daban mucha hambre y ansiedad, también tengo una dermatitis crónica, mi piel es super sensible”.

2da. Categoría	Subcategorías
Alimentación	1.- Presencia de costumbres alimentarias mexicanas
	2.- Representación de los alimentos predilectos
	3.- Presencia de bebidas azucaradas
	4.- Ingesta rápida de la comida
	5.- Sensación confusa de hambre

- **ALIMENTACIÓN**

### **Presencia de costumbres alimenticias mexicanas**

En lo que se refiere a los alimentos, exploraremos un poco la idea de los pacientes acerca de los distintos suministros utilizados en su ingesta, de acuerdo con la etapa infantil. Para la National Institutes of Health la obesidad resulta ser un problema hereditario, si los alimentos

ingeridos por los padres resultan ser de un alto contenido calórico y poca actividad física, por ende, los hijos tendrán mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad:

Paciente A “[...] eh... pues ahora si que muchas verduras, bueno a mi me encantan, arroz, este, pues, carne ya sea de pollo, hacia bueno, mi mamá, vivía mi abuelita con nosotros, hacía muchos guisados de albóndigas, ósea a la antigüita... hemos de haber comido tortillas si, si este y pan, mi mamá era muy panera... la verdad hacía churros, donas de rodo”.

Paciente B “[...] si, comíamos albóndigas, los fines de semana comíamos un poco diferente, también íbamos a comer con ellos, comíamos como pollo rostizado, carnitas, pero solo era los fines de semana era como... este... alguna sopa, algún guisado y... no me acuerdo si había postre, yo creo que no y si había de los que hacía mi abuelita”.

Paciente C: “[...] cuando era chiquita era muy melindrosa, no me caía la leche, principalmente comíamos sopa, frijoles, te de hojas de limón y de vez en cuando pollo, una vez al mes una torta de huevo”.

Así mismo, algo semejante ocurre con los alimentos que solían consumir de acuerdo a las tres comidas principales del día, como lo muestra el siguiente registro:

Paciente A “[...] en la mañana antes de irnos a la escuela de eso si me acuerdo que nos hacía un licuado con huevo y con este... plátano y piña, y... nos daban un lunch de eso si me acuerdo... una torta de jamón con queso y mayonesa y aguacate, y este... en la comida pues en esa, siempre había como arroz o sopa aguada de pasta y verduras eso si siempre y la carne, siempre había carne o pollo y frijoles, siempre hacía mi mamá una olla grande de frijoles y arroz.

### **Representación de los alimentos predilectos**

Con relación a la ingesta de los productos predilectos en los pacientes, expresaron lo siguiente:

Paciente B “[...] te digo, que comemos en la oficina papas y todo eso, el pastel por ejemplo tiene que ser de chocolate porque si no, no me interesa comer”.

Paciente C “[...] puede faltar lo que sea ropa, pero comida no, mi despensa esta llena, igual que el refrigerador, tenemos de todo”.

### **Presencia de bebidas azucaradas**

Con respecto al consumo de bebidas azucaradas, empezaré por considerar en particular cuales han sido del agrado para el paciente:

Paciente B “[...] si, fijate que la coca si no la he podido dejar, si hay otros refrescos, pero no los tomo porque no me gustan, entonces tomo coca, agua mineral, ginger, y en las mañanas café, esos son los que más tomo”.

Paciente C “[...] me gusta tomar café y refresco, ahorita lo que me dice Lucero, que son tres vasitos”.

### **Ingesta rápida de la comida**

El tiempo requerido para llevar a cabo el consumo de los alimentos, es muy rápido, en tiempo sugerido por los profesionales de la salud es de media hora, tal como lo explican:

Paciente A “[...] 15 minutos”.

Paciente B “[...] eh... como rápido como 15 minutos, si como rápido hay otras personas que comen más rápido”.

Paciente C “[...] 9 minutos cuando está mi esposo como más rápido para no pelear con él”.

### **Sensación confusa de hambre**

En la preparación de los alimentos, necesita probar continuamente los sabores durante la preparación, como se describe brevemente:

Paciente A “[...] bueno tengo la chica, cuando estoy yo si pruebo, si ando probando”.

<b>3ra. Categoría</b>	<b>Subcategorías</b>
Actividad Física	1.- Afluencia de actividad física recreativa

- **ACTIVIDAD FÍSICA**

#### **Afluencia de Actividad física recreativa**

Presencia de la actividad física acorde con la fase infantil derivada del juego, tal como lo señala la paciente:

Paciente A “[...] era el juego, ya más grande si, me gustaba mucho nadar y bueno desde niña si, mi papá nos llevaba a nadar todos los sábados, pero, así que dijéramos como tal, no, íbamos a algún balneario”.

Paciente B “[...] no, no un deporte como tal, pero... si andaba mucho en bicicleta, vivíamos enfrente de un parque y todas las tardes me salía y estaba en el parque”.

Paciente C “[...] actividad física no hago, solo el quehacer, con eso no paro, bueno mi esposo, me dice que el lugar de salir que me poga hacer quehacer”.

### **Inactividad física por lesiones musculares**

Ahora veamos, la falta de actividad física, comenzaré dando un ejemplo sobre el abandono del movimiento de los pacientes:

Paciente A “[...] pero me dijo la nutrióloga que mejor salga a caminar, y si, pero me caí, no he salido... y tengo un botadorsito que hago todas las mañanas, pero ahora que me lastimé el pie lo estoy evitando, hago mis ejercicios por mi cuenta.

Paciente B “[...] si ya iba a un gimnasio a TRX, ¿no si lo has escuchado? Es un ejercicio a mi me gusta mucho porque es muy rudo, porque es muy extenuante ósea es una en donde una está saltando corriendo todo el tiempo, es un ejercicio rudo que a mi me gustaba mucho, lo tuve que dejar porque me empezó a molestar mi rodilla”.

<b>4ta. Categoría</b>	<b>Subcategorías</b>
Autoconcepto	1.- Alteración de la autopercepción física
	2.- Baja autoestima derivada de los insultos y el rechazo
	3.- Autoimagen negativa, exagera el peso
	4.- Comparación negativa con los demás
	5.- Responsabilizar a terceros por el aumento de peso

- **AUTO CONCEPTO**

#### **Alteración de la autopercepción física**

En lo que se refiere a la imagen que han construido de sí mismos, muestran el conjunto de ideas que creen que las definen, así, encontramos la forma en que se comportan los pacientes:



Paciente A: “[...] yo era gordita pero no gorda sí... este... como decir... como llenita pues, y como siempre e sido bueno cara redonda, pero si no este... gorda, gorda no, este mucho sobre peso no... pero si llenita”.

Paciente B: “[...] pues físicamente ahí también se que tengo un problema porque yo me siento normal, yo me miro en el espejo y siento que no estoy gorda, tan gorda y de repente me veo junto a otras personas o fotografías y digo no es que si estoy gorda”.

Paciente C: “[...] cuando era chiquita era muy melindrosa, estaba muy delgadita... en la adolescencia también esta bien delgadita pero bien delgadita, comencé a engordar cuando me casé y tuve a mis tres hijos, ya no pude bajar”.

### **Baja autoestima derivada de los insultos y el rechazo**

Vale la pena decir que la imagen de sí mismo del paciente tiene un componente emocional y valorativo, desde la infancia es deteriorado, además, hay que mencionar que estaba relacionado con el peso como se observa a continuación:

Paciente A “[...] después... bueno toda... toda... la primaria vamos a decir pues si, también así más o menos llenita, pero si la cosa era la... el ataque de los otros niños que la albóndiga con patas, que el este... que el aquello... entonces como que pues siempre si como que me... me sentía yo creo mal, bueno pues yo digo me sentía mal ¿no?”.

Paciente C “[...] me estuvieron viendo muchos doctores, ellos me decían que no estaba fea, que tenía buen cuerpo, me sentía mal cuando me decían gordita”.

### **Autoimagen negativa, exagera el peso**

Los sentimientos negativos que la paciente tiene de sí misma se asocian a la falta de confianza, se percibe con un peso excesivo que se acompaña con una actitud negativa como lo señala el discurso:

Paciente A: “[...] me acuerdo y digo, si media en ese entonces 1.58 y pesaba 54 kilos, pues estaba bien, pero a mí se me hacía que estaba gorda, pero bueno y si llegue a pesar 60 kilos me acuerdo, antes de la adolescencia, pero si”.

### **Comparación negativa con los demás**

Consideremos ahora la comparación que suelen tener los pacientes con otros individuos, siempre que está comparación sea negativa se verán afectados emocionalmente, ahora bien, se puede puntualizar con lo indicado en la expresión del paciente.

Paciente A “[...] Bueno le voy a explicar una cosa que me paso, mi cuñada subió con la menopausia, decía que estaba gorda bueno yo me imagino que eso anda pensando que, si se dice así misma así, que estará pensando de mí “.

### **Responsabilizar a terceros por el aumento de peso.**

Luego, se encuentra el no asumir responsabilidades sobre las consecuencias de los actos ante las indicaciones de los profesionales de la salud como muestra la paciente al adjudicar sus responsabilidades a otras personas.

Paciente B “[...] cuando me casé me puse el implante anticonceptivo el DIU y fue cuando engorde mucho y si hasta me veía en esta parte (señala el cuello) muy como hinchada no se, entonces fui con la doctora y le dije que me lo quitara porque me hizo daño, como un año entero no me bajo, entonces le dije a la doctora ¡quítame eso de ahí!”.

Paciente C “[...] mi problema se lo atribuyo a los medicamentos que tomo, desde ahí comencé a subir de peso, porque me daban mucha hambre y me daban mucha ansiedad, tengo 23 años tomando antidepresivos”.

5ta. Categoría	Subcategorías
Placer y Culpa	1.- Relación placentera y conflictiva con los alimentos
	2.- Actitud complaciente
	3.- Alimento como vinculación afectiva
	4.- Acompañamiento emocional para una dieta adecuada
	5.- Malestar emocional al dejar sobras de comida
	6.- Búsqueda de empatía
	7.- Relación confusa entre ansiedad y necesidad de alimento

- **PLACER Y CULPA**

### **Relación placentera y conflictiva con los alimentos**

Exploremos un poco la idea de las pacientes acerca de relación entre las emociones encontradas, al realizar la ingesta de determinados alimentos, de igual modo el disfrute por algunos de ellos, pero también visualizarlos como desencadenantes para un aumento de peso, tal como dice:

Paciente A “[...] en la adolescencia, bueno pues a lo mejor si empecé a comer más porque si pues que va uno a... bueno en la secundaria si come uno con las amigas, bueno en los descansos (risas) si en los... a los mejor si empecé aumentar, pero no, así como decirle bien, bien no me

acuerdo (risas) pero si este... casi comimos igual... para salir de la secundaria fue cuando empecé a bajarle a la comida”.

Paciente B “[...] viene mi otro problema, es variado puedo cenar desde cereal, quesadillas, tacos, ahí es súper diferente todas las noches, cenamos eso, cuando estoy más relajada o estoy a dieta y vamos a los tacos intento pedir taco de nopal no, pero ahí digo pero porque voy a pedir taco de nopal, es otras de las cosas que siento que esta mal pero si pienso que no entiendo porque otras personas pueden comer porque esas persona que por ejemplo están delgadas comen y no engordan y yo como un taco y ya engorde”.

Paciente C “[...] comía muchos fritos, escurro más, hago tinga de res con jitomate eso nos encanta a mi y amis hijos, atole con mascabado, mi hija come muchos azucars, igual mi hijo, antes comí cuatro rebanadas de pizza, dos platos de pozole y si mi esposo hacía hot cakes me comía cuatro y después que se íban me comía los que quedaban”.

### **Actitud complaciente**

En las relaciones significativas que se establecen existe la tendencia de complacer al otro para obtener la aceptación como se puede observar en el siguiente discurso:

Paciente B “[...] Este... de hecho yo era de las únicas que si comía hasta verduras porque mi hermano y mis primos casi nunca comían verduras y siempre nos tenían sentado ahí en la mesa hasta que terminaran todo, pero a mí me desesperaba estar en la mesa comiendo nunca me gusto, este... a mí gustaban más irme a jugar hacer otras cosas... mi mamá por ejemplo me decía que no estaba comiendo, pero yo le decía pero mamá estoy comiendo contigo, pero ella decía no estas comiendo, tienes problemas, de ahí fue cuando comencé a subir de peso y llegue a 85 muy rápido mucho”.

### **Des obligación materna/falta de cuidados alimenticios maternos**

Asimismo, se encuentra la falta de cuidado alimenticio en la paciente, en donde no se le proporcionan los alimentos saludables, los cuales suelen ser proporcionados por la madre.

Paciente B “[...] cuando comíamos en casa de mi abuelita, como a mi mamá no le gustaba cocinar y no es muy buena, entonces cuando comíamos en nuestra casa comíamos cosas en lata o cosas así pero casi desde que yo me acuerde hasta mis quince años comíamos prácticamente en la casa de mi abuela”.

### **Alimento como vinculación afectiva**

Hay que mencionara además que el alimento ha sido un medio para relacionarse con los demás, por lo que al estar con la familia se experimentaban gratos momentos afectivos, que se asociaban con un bienestar emocional. Como se expresa en lo siguiente:

Paciente A “[...] hora si que, por decir si llegamos de la escuela nosotros a las tres a las tres comíamos todas, entonces si siempre comíamos todas juntas. No, no, no no, hora si que no comíamos solitas horas si que siempre fue acompañadas... antes tomaba la coca cola, pero de dieta, pero ahora no, sola agua, cuando vamos de viaje solo tomo twist de limón porque los demás toman coca cuando vamos de vacaciones, lo que me gusta tomar es un tequila cada semana y ya igual cuando vienen los familiares”.

Paciente B “[...] si, comíamos mi mamá, mi hermano y yo... mi papá se quedo, bueno no se quedo en México, se quedo a trabajar en México, entonces él iba y venía todos los días, pero llegaba aquí para cenar, la comida solo la hacíamos mi mamá y yo”.

Paciente C “[...] cuando era niña solía comer con todos mis hermanos y mi mamá porque mi papá trabajaba... cuando me cuidaba mi hermana me daba de cenar galletas con café”.

### **Acompañamiento emocional para una dieta adecuada**

Algo semejante ocurre con la elección de seguir un plan nutricional, considerando que se necesita de la motivación de una figura representativa para el paciente, teniendo en cuenta que no solo es indispensable el apoyo físico sino también la preparación de los alimentos:

Paciente A “[...] pues si, como por ejemplo mi hija que también tiene problemas, con la comida, le digo a la chica que me ayuda como la hace, y pues ella también come, hasta luego come menos que yo, me apoya no comen otra cosa que se antoje”.

Paciente B “[...] pues mi mamá y mi esposo que esta dispuesto, pero le cuesta trabajo y luego ya no me ayuda, pero si, mi mamá y mi esposo”.

Paciente C “[...] mis hijos se comen la comida, le digo que ahora tenemos que aprender a comer, aunque con mi esposo es más complicado, aunque está enfermo sigue comiendo igual”.

### **Malestar emocional al dejar sobras de comida**

Por lo que se refiere a dejar restos de comida, se debe agregar la historia de la infancia de la paciente, en donde se le reprendía, cuando no deseaba continuar consumiendo los distintos alimentos, mismos que eran suministrados por la madre, tal como lo plasman:

Paciente A “[...] cuando la comida sabe bien: Pues si me la acabo. Es lo que le digo como se va a quedar, es como nos decía, es de gordo lastima que se queda. Para que no quede nada en la mesa se la come”.

Paciente B “[...] mi mamá de chiquitos, siempre nos decía, y eso lo tengo como muy muy marcado, siempre nos amenazaba con que teníamos que comer bien, porque mañana a lo mejor no tendríamos que comer, siempre, eso era muy marcado, por ejemplo, hasta la fecha si me

sirven un plato enorme me lo tengo que acabar porque me siento mal que hay gente que no tiene que comer”.

Paciente C “[...] cuando se presenta algo que me gusta... para mi siempre ha sido prioridad la comida, no me gusta ver alguien que no come, siempre estoy mencionando la comida”.

### **Búsqueda de empatía**

Como se ha dicho, ante el continuo deseo de aliviar la angustia y la tensión que produce la sensación de hambre, conviene subrayar que resulta indispensable para el paciente encontrar alguien que le brinde protección y seguridad, así como lo dice:

Paciente A “[...] el sobrepeso entonces esto en cierta forma me angustia, pero bueno, todos los doctores me dicen, pero usted esta bien de todo de salud, no se angustie tanto a lo mejor de que tanto que se angustia no puede bajar y a lo mejor por eso no baja... en lo emocional, no se... no se como explicarme... me da angustia no.... no poder bajar y este digo hay dios no me da tristeza, pero si me da ansiedad, digo no puedo”.

Paciente C “[...] muchos médicos me prohibieron que me pusiera a dieta, ni tomar medicamentos, porque me podía descompensar y me podía dar ansiedad, porque yo padezco de depresión recurrente, yo le explique que yo no como hasta atragantarme, solo como alimentos con grasa”.

### **Relación confusa entre ansiedad y necesidad de alimento**

Existe una relación entre la alimentación y las emociones, sin embargo, la paciente aún no establece conscientemente la conexión entre sentir nerviosismo o ansiedad por algo que está deseando que no pase, un ejemplo de cómo lo visualiza:

Paciente A “[...] a que me da mucha hambre a ciertas horas, hora si que, mi esposo trabaja en México y ahora si que me da mucha angustia porque ya ha tenido muchos accidentes y fuertes y digo los ha librado digo, pero los ha librado pero digo ya se queda en México toda la semanal solo viene los fines de semana entre comillas estoy con menos angustia pero yo digo que estoy háblame cuando llegues al trabajo y si ya llego, y es que viaja mucho bueno ahora no tanto pero estoy avísame cuando llegues entonces yo digo que esa angustia me da hambre pero si me da mucha hambre”.

6ta. Categoría	Subcategorías
Apego al tratamiento	1.- Procedimiento médicos negligentes
	2.- Indisciplina en el seguimiento de las dietas
	3.- Expectativa emocional a profesionales de la salud

- **APEGO AL TRATAMIENTO**

### **Procedimientos médicos negligentes**

La constante necesidad de la paciente para reducir el peso rápidamente hace que realice una búsqueda necesaria de medicamentos preinscritos por los médicos mismos que ponen en riesgo y traen consigo efectos negativos a su organismo, o simplemente son ineficaces para la reducción de peso.

Paciente A “[...] me empezó la menopausia como dicen por ahí parece que me inflaron (risas) y así, ahí donde empecé y no podía bajar y no podía bajar... hasta que una doctora me dio unos parches para los bochornos, pero se me vino una descompensación pero horrible... me fui con doctores que si me daban medicamento para bajar de peso, pero me daban anfetaminas... eso fue



una vez allá en México, me recomendaron un médico, nos daba un medicamento así chiquito, me espante, porque me sentí mal, varios pacientes se había muerto por las pastillas que les daba”.

### **Indisciplina en el seguimiento de las dietas**

Al recurrir a las dietas la paciente busca una pérdida rápida de peso, encontrar prontamente beneficios, rebuscar dietas que tengan la facilidad de seguimiento, a pesar de que logra éxitos al usar los planes regresan a sus viejos hábitos.

Paciente B “[...] este con ella también baje poquito como cinco kilos, pero para ese entonces yo no estaba tan gorda, yo pesa 70 y he de haber bajado como 65 y de ahí en adelante he probado dietas, también fui con la coach de gimnasio ella me dio una dieta y también bajé eso fue hace poquito más o menos como un año, empezaba a dar la misma dieta y entonces me desesperé... cuando se me hace aburrida la dieta entonces ya no la hago”.

Paciente C “[...] anteriormente fui a un solo nutriólogo, pero me puso a tomar mucha agua y una manzana y pues no, solo duré un día (risas)”.

### **Expectativa emocional a profesionales de la salud**

La paciente recurre a diferente atención profesional para comunicar sus distintos padecimientos con la finalidad de que el medico pueda comprender y conocer su estado emocional relacionado con la enfermedad, imaginando que debido a la atención mejorara en su padecimiento.

Paciente A “[...] que éste tiene que haber algo que me ayude, que me saque de mi hoyo por decirlo así, como que siento que tengo mucha confianza en el doctor García Ozorio y con la nutrióloga y me recomendó mucho y digo tiene que haber alguien que me ayude (risas) entonces si me dio confianza”.

Paciente B “[...] bajar de peso y bueno y esperemos que me pudiera embarazar antes de un año... yo creo que las otras razones serían para sentirme bien conmigo misma, aunque te digo me siento bien conmigo misma, siento que no, no se, el algo que no entiendo”.

Paciente C “[...] me he encontrado con muchos doctores que me ha ayudado con mi problema de depresión, ahora encontré a Lucero y a ti, son como mis ángeles, digo yo”.

Tabla 2. Parámetros antropométricos al inicio de la intervención

Paciente	Peso	Talla	IMC	% Grasa	%Musculo	Cir. cintura	Cir. cadera
A	92.1	1.53	39.5	58	18.4	111	143
B	85.3	1.59	33.5	50.8	21	105	117.5
C	95.1	1.62	36.2	50.8	21.6	117	120
D	86.2	1.56	35.2	50.1	22.2	107.5	117
E	92.1	1.55	39.8	56	20	---	---
F	83.3	1.55	34.7	54.6	18.4	104	121
G	89.5	1.71	30.8	32.7	30.6	111.5	112.5

Tabla 3. Parámetros antropométricos de los pacientes que concluyeron la intervención

Paciente	A		B		C	
	Previa a la intervención	Al término de la intervención	Previa a la intervención	Al término de la intervención	Previa a la intervención	Al término de la intervención
Peso	92.6	92.8	85.3	85.8	95.1	93.8
Talla	1.53	1.53	1.59	1.59	1.62	1.62
IMC	39.5	39.6	33.5	33.9	36.2	35.7
%Grasa	57.2	55.8	50.8	48.3	50.8	50.2
%Musculo	18.9	19.8	21	22.8	21.6	21.9
Cir. cintura	111	111	105	101.4	117	114
Cir. cadera	143	139	117.5	114	120	120

La tabla 3 mencionada anteriormente muestra los parámetros antropométricos (Peso, talla, IMC, % de grasa, % de musculo, circunferencia de cintura y circunferencia de cadera) utilizados por la profesional de nutrición para llevar un control del paciente e identificar los cambios durante el tratamiento mismo que permitió de igual forma saber en la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual si se logró algún cambio con relación a dicho parámetros

## Conducta y hábitos identificados en los pacientes antes y después de la intervención Cognitivo Conductual

<b>Paciente 1</b>	
<b>Antes</b>	<b>Después</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad que la llevaba a ingerir alimentos.</li> <li>• Angustia constante, derivada de situaciones estresantes.</li> <li>• Seguimiento de la dieta de acuerdo al plan nutricional.</li> <li>• Sedentarismo por lesiones musculares.</li> <li>• Sensación de hambre antes de la cena.</li> <li>• Insatisfacción con el peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de su ansiedad.</li> <li>• Disminución de angustia</li> <li>• Reducción en la cantidad de las porciones</li> <li>• Poca actividad física (estiramientos).</li> <li>• Establecer horarios de colaciones.</li> <li>• Satisfacción con pérdida gradual de peso.</li> </ul>

<b>Paciente 2</b>	
<b>Antes</b>	<b>Después</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad por querer disminuir el peso y así embarazarse</li> <li>• No existe control en el consumo de comida no saludable y refresco.</li> <li>• No reconocimiento de enfermedades</li> <li>• Sedentarismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo adecuado del estrés de acuerdo a la situación real.</li> <li>• Disminución en la ingesta de comida rápida y bebidas azucaradas.</li> <li>• Disminución de triglicéridos.</li> <li>• Actividad Física dirigida al objetivo</li> </ul>

<b>Paciente 3</b>	
<b>Antes</b>	<b>Después</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molestia constante por comentarios económicos y minimizantes.</li> <li>• Alimentos altos en grasa</li> <li>• Consumo de refrescos y café</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor control en los estados emocionales.</li> <li>• Disminución de alimentos altos en grasa.</li> <li>• Aumento en el consumo de agua natural.</li> </ul>

Conforme a, la parte nutricional la paciente A presentó un diagnóstico con obesidad grado II evidenciado por IMC de 39.5 kg/m<sup>2</sup> y un elevado porcentaje de grasa corporal de 57.2 relacionado a un patrón de alimentación, inadecuado consumo excesivo de grasa y azúcar, refiere episodios de ansiedad en los cuales se inicia por alimentos dulces, pica entre comidas. Se inicia con ella el plan de alimentación de 2000 kcal (54/25/21) divididos en 5 tiempos de comida, con recomendaciones de iniciar actividad física; se inicia el manejo de porciones con listas de alimentos equivalentes para realizar intercambios y hacer más variables los alimentos. Se implementa la técnica de manejo de porciones mediante el plato T, trabajando menú estructurado de lunes a viernes, sábado y domingo con manejo de porciones por equivalente.

Con respecto a, la paciente B en la parte nutricional el diagnóstico presentó obesidad grado II evidenciado por IMC de 33.5 kg/m<sup>2</sup> y un elevado porcentaje de grasa corporal de 50.8 relacionado a un patrón de alimentación inadecuado consumo excesivo de grasas y azúcares de acuerdo a frecuencia de consumo. Se inicia plan de alimentación de 1,800 kcal dividido en 6 tiempos de comidas, con recomendaciones de continuar la actividad física realizadas en incremento gradual. Se le sugiere que el tratamiento lo integre a su familia (esposo) para adecuar cenas y realizarla en casa. Se trabaja con la técnica del plato T para la identificación y distribución, adaptando el menú para gustos y preferencias de la paciente.

Acerca de la paciente C en relación a la parte nutricional presenta una obesidad grado II evidenciado por IMC de 35.2 kg/m<sup>2</sup> y un elevado porcentaje de grasa corporal de 50.1 relacionado a un patrón de alimentación inadecuado consumo excesivo de grasas y azúcares de acuerdo a frecuencia de consumo. Se inicia plan de alimentación de 1,700 kcal dividido en 4 tiempo de comida, con recomendaciones de iniciar con actividad física, iniciar el manejo de

porciones con lista de alimentos equivalentes para realizar intercambios. Se utiliza la técnica del plato T como método para medir porciones en los 3 tiempos de comidas completas.

El siguiente aspecto trata de, las creencias encontradas antes de la intervención psicológica en las pacientes A, B y C dado que, muestran creencias autolimitadoras que restringen algunas áreas de su vida, como son salud, espiritual, emocional, familiar y de trascendencia; así mismo cuentan con creencias que las limitan solo en ciertas situaciones. De acuerdo a la paciente A, se encontraban presentes dos creencias autolimitadoras:

1) *Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.* De la misma forma, la paciente A, necesita contar con el apoyo de alguna figura representadora de poder, con el fin de seguir con las indicaciones recomendadas por el médico consultado, con el propósito de lograr una rápida disminución de peso, dicho con:

“[...] mmm... como se llama, por ejemplo, de tortilla me como dos, por ejemplo, hago sobre todo lo que me diga la nutrióloga o antes los doctores, y digo no, ya no voy a comer pan, por ejemplo, dulces o cosas así, que pan tostado y así solito con café, no estoy tomando lácteos”.

2) *El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.* Con motivo de, los acontecimientos de la vida de la paciente, aprende mediante la madre una forma de consumir los alimentos, en donde deben ser terminados a pesar de que exista saciedad, como resultado, la paciente aún continúa ingiriendo toda la comida que se encuentra en el plato, en particular:

“[...] cuando la comida sabe bien, pues me la acabo, es lo que digo como se va a quedar, es como nos decía, es de gordo lastima, que se queda”.

Podemos incluir a las creencias que limitan en algunas situaciones la vida de la paciente A. Ahora veamos, la primera se refiere a *ciertas personas son malas, viles y perversas* y

*deberían ser castigas, mientras que la siguiente hace referencia a se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa, conviene subrayar que finalmente se encuentra presente la creencia, es fácil evitar problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.*

Acerca de la conducta y los hábitos en torno a la alimentación, la paciente A, mostró antes de la intervención, ansiedad durante momentos específicos del día, misma que la llevaban al consumo de alimentos, así como una angustia constante ante situaciones que le generaban estrés, al mismo tiempo presentaba sedentarismo por una lesión muscular.

En cuanto a la paciente B se identifica mediante la aplicación del cuestionario de Registro de Opiniones la siguiente creencia autolimitadora la cual hace mención a *se debe sentir miedo ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*, a causa de:

“[...] yo me acuerdo de mi mamá que batallaba y decía es que esto no, engordo y no bajo, para comprar ropa yo veía que batallaba mucho para encontrar, eso, y ahora siento que estoy igual, exactamente igual, siento que batallo mucho, me desespero este... trato de comer bien, no puedo, si no se si por un momento no se si estoy comiendo bien”.

Así mismo, se encuentra tres creencias que limitan a la paciente B, solo en ciertas situaciones de su vida, *se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendemos*, en segundo lugar se encuentra *es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fuera*, finalmente se distingue la siguiente creencia, *para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos.*

Podemos incluir ahora, la conducta y los hábitos en torno a la alimentación que presentaba la paciente B antes de la intervención, muestra ansiedad por no coseguir un peso

adecuado, sin embargo, no hay un control en el consumo de alimentos poco saludables, así mismo el consumo de bebidas azucarada, de modo accesorio no había un reconocimiento de la obesidad como una enfermedad, cabe destacar que presentaba sedentarismo.

Ahora bien, después de la intervención la paciente A, de acuerdo a la entrevista semiestructurada y el Registro de opiniones, presenta solamente dos creencias que la limitan en ciertas situaciones de su vida, pero sin restricción; entre las cuales se mantienen ciertas *personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas*, aumentado la creencia *La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido*. Con relación a los hábitos y conductas relacionadas a la alimentación encontramos que la paciente A se muestra más tranquila durante la ingesta de los alimentos, a sí mismo utiliza las estrategias cognitivas conductuales proporcionadas durante la intervención, por otro lado, hay una reducción en el tamaño de las porciones, así pues, inicia con poca actividad física, luego establece horarios específicos en el consumo las colaciones, finalmente acepta la pérdida gradual del peso, sin generar ansiedad.

Con respecto a la paciente B, al termino de la intervención por medio de la entrevista semiestructurada y nuevamente la aplicación del cuestionario Registro de Opiniones, muestra una creencia que solo la limita en ciertas situaciones de la vida diaria de la paciente B, *la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido*. Por lo que se refiere a lo hábitos y las conductas relacionada con los alimentos la paciente muestra cambios en el manejo del estrés de acuerdo a una situación real, por una parte, hay una disminución en la ingesta de comida rápida y bebidas azucaradas, por otro una disminución de triglicéridos; para concluir comienza de nuevo con la actividad física.



De modo accesorio, se debe agregar los datos de la paciente C la cual aún continúan en proceso de intervención; en cuanto al registro de opiniones, se identifican dos creencias que autolimitan algunas áreas de la vida del paciente C, *ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas*, además, *debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende*; presentando cuatro creencias que solo afectan en ciertas situaciones pero no la restringen, *se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosas, es más fácil evitar problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente, se necesita contar con algo más fuerte que uno mismo y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente*.

Así mismo, se muestran el registro anecdótico de los pacientes que abandonaron el proceso de intervención.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca    Sujeto: D

Fecha: 6/12/17    Motivo: Entrevista    Hora: 2:00pm

Descripción:

Durante la primera sesión firma el consentimiento informado, se le aplica a la paciente D, la entrevista semiestructurada, en la cual menciona que el peso se incremento después del embarazo, a partir de ese momento, acudió a realizar algunas dietas, mismas que tenían un efecto reductor de peso, sin embargo, después de un tiempo la paciente recupera el peso perdido. Durante la infancia refiere que su dieta estaba compuesta por verduras y carne, pero no había inclinación hacia la comida no saludable (frituras), éste alimento solía ser preparado por la tía debido a que la madre atendía un negocio familiar. En la adolescencia le diagnostican pre anorexia, debido a que no consumía alimento alguno, por ejemplo, en la escuela no comía en la

hora de descanso y en casa no comía, dice que decide adoptar esta conducta porque sus amigas eran delgadas y las compañeras que contaban con un peso elevado eran agredidas, por este motivo, no quería que sus compañeras se burlaran de la paciente. Menciona que era perfeccionista ya que se esforzaba demasiado en la escuela para lograr obtener calificaciones altas, cuando no lo conseguía se frustraba y dejaba de comer. No le agrada realizar actividades físicas, en algunas ocasiones si lo ha realizado, pero no le gusta la sensación producida (sudoración, cansancio). Al contraer matrimonio dice que debido a los constantes comentarios del padre acerca del matrimonio en donde le refería a la paciente que éste es sinónimo de sufrimiento, la paciente comienza con el consumo de alimentos dulces (chocolates, pasteles), de manera semejante los alimentos que prefiere son los tacos, las gorditas fritas y jugos naturales, argumentando que no tiene tiempo para preparar comida en casa pues ella y su esposo trabajan hasta las seis. Para finalizar refiere que la madre, el padre y el abuelo materno tienen diabetes Mellitus tipo 2.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca    Sujeto: D

Fecha: 13/12/17    Motivo: Aplicación de registro de opinion    Hora: 2:00pm

Descripción:

En la segunda sesión, se le aplica el cuestionario de registro de opiniones, la paciente llega más cooperadora, mencionando que después de la primera sesión se sintió mejor; se le explica las instrucciones del instrumento, el tiempo de realización fue de media hora aproximadamente. La idea autolimitadora que presenta la paciente D es las siguiente: *Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos, mientras que, las creencias que solo la limitas en ciertas situaciones son: Deben ser*

*indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende, es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente, se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente. Al término de la sesión se le proporciona los libros de cómo vivir sin culpas y el que se enoja engorda.*

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Paciente: D

Fecha: 13/12/17 Motivo: Peso deseado Hora: 2:00pm

Descripción:

Tercera sesión, durante la tercera sesión se explicó a la paciente acerca de los riesgos de padecer obesidad, hace mención sobre la enfermedad de su abuelo, el cual ya tiene insuficiencia renal, refiere que éste le comenta que debería de cuidarse para no adquirir la enfermedad; posteriormente se le explica la finalidad sobre los registro que debe seguir en torno al plan nutricional (comida, bebidas, el tiempo empleado, lugar en donde se realiza) y la actividad física, la importancia de ir anotando las conductas, la paciente esta dispuesta a realizar las anotaciones. Se le pregunta cuantos kilos desea bajar, la paciente plantea que le gustaría bajar 10 kilos, los cuales son anotados, se discute con ella sobre la realidad de bajar un número de kilos. Así mismo se trabaja sobre los alimentos que no puede dejar de consumir, los cuales refiere la paciente que son, las tortillas y no ha podido dejar de comer tacos ni gorditas fritas, comenzó a realizar actividad física durante dos días con un tiempo de 40 minutos, menciona que no sintió ningún malestar físico.

El sujeto D accede a llevar un registro de las actividades tanto alimentarias como físicas, durante la sesión se observa una actitud cooperadora e iniciativa para el comienzo de la

actividad física, registra en la hoja los 40 minutos realizados esta semana, no presenta molestias, ya que menciona anteriormente que no son agradables para ésta las sensaciones presentadas por tales movimientos.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Paciente: D

Fecha: 20/12/17 Motivo: sesiones canceladas Hora: 2:00pm

#### Descripción

Para la cuarta sesión la paciente, manda llama para decir que no puede asistir a sesión porque el abuelo fue hospitalizado. La semana siguiente se le habla para confirmar la sesión, a lo que responde que no asistirá porque su abuelo falleció. Se dejan pasar dos semanas para contactarla, se vuelve hacer el contacto con ella, confirma asistencia, pero el mismo día manda un mensaje que no podrá ir a sesión argumentando que se siente muy triste por la muerte de su abuelo y que no puede manejar ni salir sola, se le propone trabajar el duelo, hablar sobre la muerte del abuelo, pero ya no contesta los mensajes ni las llamadas.

#### **Paciente E**

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: E

Fecha: 28/11/17 Motivo: Entrevista Hora: 1:00pm

#### Descripción

En esta primera sesión se le da el consentimiento informado, la paciente está de acuerdo con lo estipulado, posteriormente se lleva a cabo la entrevista la paciente comienza diciendo que realizó la cita con la nutrióloga, con la cual se encontrará la próxima semana.

Menciona en la entrevista que su familiar directo que es la madre también tiene obesidad, al igual que la tía y los primos, así mismo que la madre y la tía tienen diabetes Mellitus tipo 2. Dice que desde la niñez a seguido planes nutricionales por el peso excesivo, dice que cuando no estaba en dietas consumía comida “normal”, guisados, los cuales eran fritos en su mayoría, actualmente consume muchos dulces y bebe demasiado café y pocas bebidas azucaradas.

Menciona que ha realizado distintos procedimientos, ha asistido con médicos homeopáticos que le proporcionaron medicamentos para la ansiedad, también visitó a nutriólogos pero argumenta que desistió debido a que se canso de realizar las dietas, ha recurrido a consumir productor de Herbalife, por otro lado su madre decide llevarla con psicólogo pues el nutriólogo del centro de salud la derivó, menciona la paciente que no le gustaba ir con él porque le dijo que la culpable de su peso era la madre, ella dice que solo se burlaba del psicólogo dibujando formas grotescas, le dice a su madre que ya no quiere asistir y desiste. Menciona que esta “harta” de seguir dietas, actualmente no realiza actividades físicas. Refiere que constantemente está enojada, triste y estresada éstas emociones son derivadas del trato agresivo que recibe del primo, el cual es mayor que ella, es él es único hombre de su casa, dice que su madre se molesta, pero no pueden hacer nada, ya que no tienen las posibilidades económicas para salirse de ahí. Dice que comenzó a tener problemas de depresión desde la secundaria, en ese mismo momento vuelve a tener contacto con su padre, dice que no le agrada estar con él porque continuamente la ésta devaluando porque no aprueba a la paciente, la única que lo hace es la madre. Cuando se siente mal emocionalmente deja de comer por un día.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: E

Fecha: 5/12/17

Motivo: Aplicación de Registro de Opinion

Hora: 1:00pm

## Descripción:

En la segunda sesión la paciente, se le aplica el registro de opiniones, se le proporcionan las instrucciones para su realización, la paciente refiere que no tiene duda alguna, prosigue con lo indicado, se muestra tranquila al contestar, sin embargo, parece no divaga cuando contesta cada pregunta. Las creencias autolimitadoras en la paciente E son tres: *Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa, es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida diaria que hacerles frente y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.* Ahora bien, las creencias que solo la limitan en ciertas situaciones de la vida van dirigidas a: *para un adulto es absolutamente necesario tener el carió y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos, debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se propone y la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca    Sujeto: E

Fecha: 12/12/17    Motivo: No seguimiento de la dieta y actividad física    Hora: 1:00pm

## Descripción:

Con respecto a la tercera sesión, la paciente al llegar a sesión se le pregunta como se encuentra a lo que responde que se siente frustrada porque ha querido entrar a la universidad pero con la enfermedad de la madre no se ha logrado ingresar, dice que está preocupada porque su madre tiene problemas con su hemoglobina y esta desangrándose, pero lo doctores no conocen con exactitud de donde se desangra; la madre le comenta a la paciente que pronto morirá porque se siente muy mal, ante este comentario la paciente se siente angustiada y triste, además de que sus familiares le dicen que ella tiene la culpa por hacer enojar a su madre, ya que que está mucho

tiempo fuera de casa, se aborda con ella este acontecimiento, los pensamientos y las emociones que generan se debate con ella la situación planteada, pues dice que no le gusta estar en su casa y por eso decide salirse. La paciente dice que ya visito a la nutrióloga, pero no ha tenido tiempo para realizar su plan nutricional, se le pregunta cuales has sido los motivos y se trabaja con ella la forma en que los podría llevar a cabo, así mismo no ha comenzado a leer los libros.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: E

Fecha: 19/12/17 Motivo: Aplicación de Registro de Opinion Hora: 1:00pm

No llega a la cuarta sesión, se le manda llama, pero dice que no pudo asistir porque tuvo un compromiso, se establece fecha para la siguiente semana, pero no llega nuevamente, se le manda un mensaje y se trata de contacta, pero no contesta el teléfono.

### **Paciente F**

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: F

Fecha: 17/11/17 Motivo: Entrevista Hora: 12:00pm

#### Descripción:

En esta primera sesión se le explica el programa de intervención y se le proporciona el consentimiento informado, mismo que es firmado en ese momento. Menciona que la semana pasada visitó a la nutrióloga, menciona que durante la semana no tuvo tiempo de abastecerse con los alimentos indicados por la profesional, por esta razón no pudo hacer el menú para comenzar con la dieta. Refiere que ningún familiar directo padece obesidad, sin embargo, menciona que

sus abuelas tanto paterna como materna si padecen, mencionan que la primera no ha tomado alguna medida para reducir su peso, mientras que la segunda si se ha encontrado en programas de Herbalife y a clases de zumba. Durante la infancia dice que era de complejión delgada, en la secundaria aumento algunos kilos, ella se los adjudica al desarrollo físico, en ese momento no practicaba algún deporte como tal, en la adolescencia asistía a clases de zuma; su alimentación durante la infancia y la adolescencia, constaba, en la mañana desayunaba cereal y leche, en la escuela consumía los alimentos que vendían, en la tarde comía el guisado que su madre preparaba y finalmente en la cena leche y pan, comida solo cuando tenía hambre; no le gustaba consumir frituras prefería comer dulces con chile, aunque menciona que su padre le compraba cada fin de semana papas. Durante la preparatoria sube más kilos ella argumenta que comenzó el aumento debido a la toma de anticonceptivos ya que cuando deja de consumirlos vuelve a su peso, dice que no le agrada tener el peso que tiene porque no le gusta que se dirijan a ella como “la gordita”. Ha asistido al nutriólogo en dos ocasiones en la primera, llevo la dieta por una semana, pero al no tener resultado al instante desiste, en la segunda, va porque la suegra le dice a ella y a su esposo que están algo pasaditos, pero de igual forma al no observar resultados decidió abandonar el tratamiento. Actualmente en las mañanas desayuna cereal, en la comida, durante la semana sale a comer fuera, comida rápida (tacos, hamburguesas, pizza etc.), o en ocasiones manda por ella, realiza los alimentos demasiado rápido, cuando se encuentra preparando la comida suele probar, no deja comida en el plato, suele comerse toda la comida, aunque ya no exista sensación de hambre.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: F

Fecha: 24/11/17

Motivo: Aplicación de Registro de Opinion

Hora: 12:00pm



## Descripción:

En la segunda sesión se aplica el Registró de opiniones, se le explica sobre la forma de contestar, la paciente expresa que no tiene ninguna duda acerca de las instrucciones, el tiempo estimado para contestar fue de media hora. Las dos creencias identificadas en la paciente E fueron: *es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.* Así como las creencias que solo limitan ciertas situaciones de la vida del paciente, *es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran, se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosas desconocidas, inciertas o potencialmente peligrosas y la felcidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: F

Fecha: 1/12/17      Motivo: Explicación de factores de riesgo/registros      Hora: 12:00pm

## Descripción:

En la tercera sesión abordan sobre los diversos factores que inciden en la obesidad y sus diversas enfermedades derivadas de padecimiento, además la paciente expone cuantos kilos desearía bajar, a lo que menciona que más o menos diez kilos; con respeto a lo mencionado dice que la semana pasada asistió con la nutrióloga, en donde le proporciono una lista de los alimentos que debe consumir, aunque por el momento no ha comenzado a realizar la dieta, ni tampoco a iniciado con la actividad física, argumentado que se encontró demasiada ocupada durante la semana, esta trabajando en una tesis, dice que cuando en esa situación, no desea distracciones, para realizar la dieta se necesita de espacios para ir a comprar los productos necesario, debido a su estrés prefiere no ocuparse en ello. Dice que está conducta se debe a que

es fundamental para la paciente realizar las cosas adecuadamente porque continuamente está preocupada por las opiniones de los demás, enfatizando hacia las figuras de autoridad. Se le proporciona la hoja de registro en donde irá anotando las comidas y las bebidas que realizará cada semana, además se le explica la importancia de hacerlo.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: F

Fecha: 8/12/17 Motivo: Explicación de factores de riesgo/registros Hora: 12:00pm

Descripción:

En la siguiente sesión la paciente no llega, al contactarla refiere que tiene demasiado trabajo, se acuerda nueva cita. En la siguiente semana manda un mensaje diciendo que no podrá asistir porque tiene varias actividades y exámenes, que prefiere contactarse ella para no cancelar nuevamente. La paciente no se contacta hasta tiempo después para darme las gracias ya que no podrá continuar con el tratamiento debido a cuestiones económicas pues tiene que cubrir el pago del nutriólogo.

### **Paciente G**

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: G

Fecha: 11/10/17 Motivo: Entrevista/consentimiento informado Hora: 5:00pm

Descripción:

En esta sesión se le proporciona al paciente el consentimiento informado, se le aclaran dudas, posteriormente lo firma, se establecen horarios. En la entrevista semiestructurada menciona no tiene familiares directos con problemas de obesidad, sin embargo, dice que algunas

de sus hermanas ya tienen problemas con el peso, pero anteriormente no lo tenía, esto se debe a que, durante su niñez el paciente consumía alimentos derivados del campo, sus padres no consumían comida rápida, constantemente practica futbol, deporte que practica desde la niñez hasta la fecha, dejándolo por periodos. Comenzo con el problema de peso cuando contrae matrimonio, en el momento en que deja de jugar fultbol y comienza a ingerir alimentos poco saludables, menciona que adopto está conducta porque no contaba con el tiempo necesario, principalmente en el negocio, del cual el paciente es propietario. Durante un tiempo decidio ir al nutriólogo, dice que si pudo llevar a cabo la dieta debido a que la madre de éste le ayudaba con la preparación además de que ella atendía el negocio mientras el ingeria sus alimentos, cuando ya no recibe el apoyo decide abandonar el tratamiento, también recurrio a los imanes para bajar de peso, logro hacerlo, ya que algo que destaca durante su argumento, es que él muy disciplinado, cuando se propone realizar los que ya establecio, lo cumple; ahora nadie le lleva el alimentos ni lo cubre. Dejó de practicar el futbol debido a lesiones en la rodilla, los alimentos que consume son tacos de carnitas, quesadillas, pizza etc., las bebidas predilectas son el refresco y cerveza. Ingiere todo el alimento a pesar de encontrarse satisfecho.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: G

Fecha: 18/10/17      Motivo: Aplicación de Registro de Opinion      Hora: 5:00pm

Descripción:

Durante la segunda al paciente le dan las instrucciones sobre el cuestionario de Registro de opiniones, se identificaron cinco creencias autolimitadoras las cuales pueden afectar e imposibilitar al paciente: *Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fuera, los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la*

*gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones, se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosas desconocida, incierta o potencialmente peligrosa, es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente y se necesita contar con algo más fuerte que uno mismo, en relación con las creencias que solo se encuentran en ciertas situaciones de la vida del paciente están: para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos, ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.*

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: G

Fecha: 25/10/17      Motivo: Pérdida del padre      Hora: 5:00pm

Descripción:

En la tercera sesión, durante ésta sesión se trabaja sobre reciente secuestro y asesinato del padre del paciente, el paciente se encuentra demasiado molesto por el suceso, expresa emociones de impotencia ante el hecho, porque no pudo ayudar a su padre, comenta que durante dos días estuvieron buscándolo, el paciente acompañaba a las personas que estaban ayudando en la búsqueda de su padre, menciona que las autoridades no hacia mucho al respecto. Cuando encontraron el cuerpo de su padre, el paciente estaba presente, expresando enojo y tristeza, ya que lo encontraron en una barranca, golpeado y sin vida. Menciona que no ha podido detener a los culpables, durante la sesión se dejó al paciente contactar con sus emociones, ponerlas en palabras. El paciente desea llorar, pero solo lo hace poco, se contiene.

Interpretación: El paciente se siente ansioso y deprimido, por la pérdida del padre.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca      Sujeto: G

Fecha: 22/11/17 Motivo: Autoregistros Hora: 5:00pm

Descripción:

En la cuarta sesión, llega al consultorio y menciona que se siente más tranquilo, porque se encontraba en su hogar, había discutido con sus hijos, dice que tienen problemas en ese momento, su esposa estaba escuchando las canciones que le gustaban al padre del paciente, al comenzar la melodía de “mi querido viejo”, el paciente comienza a llorar, refiriendo que lloró bastante, antes de permitirse llorar, solía presentar dolor de cabeza y mencioan que se encontraba “en un estado zombie”, desde la pérdida de su padre, en ese instante llega la esposa y no observa llorando, se acerca a él y lo abraza, dice que desde ese momento se sintión mejor, más tranquilo. En la época de muertos fue a dejar flores en la tumba de su padre. Durante está sesión se le deja hablar con la problemática que traía, dice que el padre últimamente había sido más afectivo, con él y con sus hermanos, trataba de acompañarlos en los momentos especiales, además les mostraba afecto mediante caricias y besos, antes el padre no solía adoptar esa conducta. Después se habla con él sobre el peso que desea alcanzar, dice que el puede lograrlo solo es cuestión de disciplina. Se le habla sobre la obesidad y sus derivados. Se le proporciona la hoja de registro de conducta alimenticia, y se le explica la importancia de registrar.

Comentario: Se trabaja en ayudar al paciente a tener sentimientos apropiados

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca Sujeto: G

Fecha: 29/11/17 Motivo: identificar ideas irracionales Hora: 5:00pm

Descripción:

En la quinta sesión, se trabaja sobre el autocontrol de estímulos, menciona en esta sesión que la esposa prepara la cena, con los alimentos que el paciente debe consumir, así mismo, la hija se encarga de realizar la comida de acuerdo al plan nutricional. El Domingo realizó actividad física, salio a caminar, también se fue de caza, el lunes hizo abdominales y un poco de peso en la mañana, en la noche pesas, se debate mediante la sesión la forma de establecer horarios para cierta actividad, ya que comienza los días con distinta actividad, por ejemplo, en la semana también salió con la bicicleta. Menciona que él es el que se encarga de comprar lo víveres que utilizarán para la elaboración de los alimentos, dice que la dieta la sigue el y su hija. Menciona que se siente bien tanto física como emocional, porque siente que ha podido bajar de peso, cuando esto sucede se siente bien, debido a que su presión se regulariza, cuando se encuentra en su peso, siente que se logro por la disciplina que lleva, y comienza de nuevo a consumir alimentos ricos en grasa, se debate esta parte el paciente dice que no es necesario consumir alimentos no saludables. La sesión se termina con el recordatorio de registrar sus actividades.

Lugar: Consultorio de Cardiopatía en la Cruz Roja Mexicana de Cuernavaca    Sujeto: G

Fecha: 6/12/17    Motivo: citas canceladas    Hora: 5:00pm

Descripción:

Sesión sexta, el paciente cancela la sesión por el trabajo de inicio de año, en su negocio hay más ventas debido a la época, durante la siguiente sesión dice que llamara cuando pueda establecer sus horarios. Se le cambian el día al paciente por cuestiones académicas, el paciente argumenta que no podrá asistir otro día, no contesta mensajes ni llamadas.

## **Análisis de los Resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la entrevista semiestructura y el cuestionario de registro de opiniones, se determina que las pacientes lograron modificar sus creencias irracionales y las consecuencias emocionales relacionadas con el aumento de peso. Ya que tales emociones y creencias son productos de las interpretaciones que los pacientes hacen de su realidad dado que estas ideas irracionales crean y generan perturbación en el sujeto; debido a lo anterior es necesario que la persona se dé “cuenta” e identifique los pensamientos irracionales que están generando un trastorno emocional (Ellis, 1996). Además, presentaron una modificación significativa de los hábitos y conductas en relación a aspectos psicológicos alcanzando mayor control en el plano alimenticio y en la actividad física.

Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo (2006) mencionan que deben contar con una evaluación integral donde tienen que estar presentes indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos por ello, a las pacientes A, B y C se les tomó en cuenta tres aspectos 1) la grasa corporal y su distribución; 2) la edad de inicio de la obesidad al mismo tiempo antecedentes familiares con problemas de obesidad; 3) la presencia de alteraciones físicas.

Con respecto a las creencias irracionales y las consecuencias emocionales se identificó que las dos pacientes A, B y C logran utilizar sus propias habilidades de razonamiento, el control de sus propios pensamientos, acciones y conductas para modificar sus comportamientos en torno al manejo de sus emociones, alimentación y a la actividad física. De acuerdo con Ellis (1996) las emociones y las creencias de la persona son producto de las interpretaciones que hacen de su realidad, asimismo, la idea que crea los sujetos les genera perturbación por tal razón es preciso hacer que el paciente se de cuenta e identifique sus pensamientos irracionales que están

generando un trastorno. De igual manera, siguiendo al mismo autor menciona que es importante que los individuos racionales se conozcan a sí mismos dado que, podrán manejar emociones y lograr un bienestar para tomar decisiones sin tomar en cuenta a otros.

Por lo que se refiere a la modificación de los hábitos y conductas se logró que las tres pacientes A, B y C terminaran la intervención transformando de acuerdo al plan nutricional sus costumbres alimenticias cosa parecida sucede también, con la actividad física ya que de manera progresiva inician con rutinas de ejercicio específicas dirigidas al objetivo que es la pérdida de peso.

Las tres pacientes A, B y C están inconformes con su cuerpo lo consideran antiestético debido a la acumulación excesiva de grasa en áreas específicas (caderas, abdomen). Además, las personas con obesidad tienen problemas con la personalidad como: imagen corporal distorsionada, descontrol alimentario, ansiedad, depresión (De la Vega y Gómez, 2012). En los sujetos A, B y C algunos de los problemas mencionados llevan a las pacientes a consumir una gran cantidad de comida derivada de una conducta aprendida en donde el miedo irracional distorciona el amor y los conecta con la comida, sin embargo, al comer en exceso viene la culpa, depresión etc., derivado de una pérdida de control en el consumo de alimento. En relación con De la Vega y Gómez (2012) al reestructurar pensamientos negativos hacia los alimentos y modificar sus hábitos alimenticios se logran cuando los pacientes modifican la actitud hacia su cuerpo.

Tal como en el caso de la paciente A se identificó al inicio de la intervención las siguientes creencias autolimitadoras que restringían áreas de la vida del paciente: *se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo*, ahora veamos a la consultante la cual continuamente necesitaba la opinión de los profesionales de la salud para la realización de los



distintos tratamientos proporcionados en donde en ocasiones ponía en riesgo su salud, tal es el caso, de la ingesta de medicamentos para la reducción de peso a una edad temprana. De acuerdo a National Institutes of Health los medicamentos utilizados para la disminución de peso ocasionan un incremento de obesidad. Asimismo, sus opiniones y conocimientos quedaban atrapados por la continua dependencia hacia las personas que representan mayor autoridad debido a su incapacidad para la toma de decisiones.

Del mismo modo, se presenta la creencia *El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente* consideremos ahora que el componente emocional dirigido hacia la comida fue distorciónado en donde la madre de la paciente A continuamente señalaba que, debía comerse todo el contenido del plato repitiendo constantemente “es una lástima que se deje la comida” la paciente aprende a ingerir todo el alimento a pesar de sentirse saciada ya que sino reproducía esa conducta generaba un sentimiento de culpa en la paciente del mismo modo, esas formas y modelos de conducta son sólo decisiones tomadas tantas veces que se han hecho automáticas. Por otro lado, para Moreno (2003) al tener un padre con obesidad la probabilidad de que los hijos tengan o desarrollen un problema de obesidad es de un 50%; de acuerdo a la mención del autor la alimentación de la familia de la paciente A era rica en grasas, dulces y carbohidratos además de ser abundantes eran consumidos por todos los miembros de la familia

En cuanto a la relación de la conducta y los hábitos de la paciente A deseo subrayar que, podía seguir un plan nutricional de acuerdo con las indicaciones propuestas por la nutrióloga realizando las cinco comidas con los alimentos adecuados con el propósito de coseguir una disminución de peso; a pesar de continuar con las prescripciones de la profesionista de la salud no lograba la cifra deseada, sin embargo, vale la pena mencionar que las porciones de los alimentos sugeridos eran consumidas en gran cantidad con respecto a, lo mencionado Kaplan

y Kaplan (1957) mencionan que las personas con problemas de obesidad recurrían a la comida así mismo consumir una gran cantidad de alimento se debe a una conducta aprendida con la que calma sus ansiedad. Con respecto a la ansiedad se presentaba cuando la paciente se encontraba sola en el hogar así mismo, al no realizar actividad alguna y encontrarse en éste estado pasivo se manifiestan ideas recurrentes sobre imágenes catrastróficas en relación con un accidente vehicular específicamente dirigido al marido asimismo, el pensamiento irracional desencadenaba miedo al imaginar la posibilidad de quedarse sola ante esta situación la paciente busca alimento para dejar de sentir angustia ante los pensamientos ya que no podía distinguir si prefería consumir algo dulce o salado. El tiempo que dedicaba al consumo de los alimentos solía ser demasiado rápida no permitiendo disfrutar la comida, no existe tiempo dedicado al consumo de los alimentos adecuados de acuerdo al plan nutricional. Asimismo, la paciente presenta apnea del sueño debido al excesivo peso el especialista decide que tiene que un oxígeno durante la noche, para Myres (2005) la apnea del sueño surge cuando la respiración se interrumpe o se hace muy superficial.

Después de la intervención cognitivo conductual se determinó en la paciente A cambios en la conducta y los hábitos, con la entrevista semiestructurada se logro identificar los factores que permitieron la disminución de la ansiedad en la paciente A; Caballo (2008) menciona que la importancia de la terapia cognitivo conductual es buscar principalmente que los sujetos logren una adaptación apropiada al entorno para trabajar en base a sus potencialidades, el sentido de su existencia y puedan conocerse así mismo; por medio de la estrategia como método se logra por ejemplo en la paciente A a través del manejo de contingencias cambiar sus comportamientos difíciles tal es el caso cuando sentía angustia y se encontraba sola en casa buscaba algún alimento (salado o dulce), después la paciente A decide comer alguna colación sugerida por la

nutrióloga cuando presentaba “hambre mala” como la paciente A solía llamarla, actualmente recurre a la colación adecuada posteriormente aprendió que podía ingerir la colación y disfrutarla ya que la encuentra fácil y satisfactoria. Para Casado, Camuñas, Sánchez y Vidal (1997) es importante que los pacientes participen comprometidamente en su tratamiento; la paciente A durante todas las sesiones llegaba a tiempo, llevaba sus autoregistros semanales en donde tomó conciencia de los alimentos que ingería diariamente; realizaba las cinco comidas consumía los alimentos sugeridos (integrales, bajos en calorías etc.) asimismo, cumplía con las tareas que se dejaban al final de cada sesión las cuales se debatían al inicio de las sesiones. Se trabajó mediante el autocontrol cambió al final de la intervención el tamaño de las porciones, estableció horarios específicos para las colaciones mediante el establecimiento de metas y submetas adecuadas al paciente, se mantuvo con ella la motivación misma que se reflejó en el apego al tratamiento; con las técnicas de relajación la paciente utilizó mediante la imaginación progresiva el manejo de sus emociones; así como técnica de ABC, en donde la paciente identificó los pensamientos irracionales, los cuales ocasionaban emociones negativas (ansiedad, estrés, culpa), por ejemplo, la situación del esposo (accidente automovilístico), se abordó en ella la autoaceptación en lugar de la autoestima, utilizando el diálogo socrático en donde se da hincapié en mostrar a la paciente las acciones deficientes se discute con ella las fallas y se le muestra la capacidad para solucionar sus problemas en este caso, principalmente el miedo irracional de encontrarse sola.

La paciente B al inicio de la intervención se identificaron mediante la aplicación de registro de opiniones la siguiente creencia que autolimitan a la paciente restringiendo algunas áreas de su vida tal como se mencionan: *se debe sentir miedo ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*. Vale la pena decir, que la paciente B con respecto a las

experiencias negativas de la madre al acudir a tratamientos ineficaces considerando que éstos en algún momento ocasionaron a la mamá daños físicos y emocionales, la paciente B muestra rechazo y desconfianza ante algunos procedimientos relacionados con la reducción de peso sobretodo de medicamentos para acelerar la disminución de kilogramos; sin embargo decide recurrir a algunos tratamientos en busca de apoyo para la pérdida de peso así por ejemplo, asiste a tratamientos nutricionales y rutinas de ejercicio ejecutadas a alta intensidad lo cual permitía a la paciente mantener un peso sin embargo, decide abandonarlos por aburrimiento; a su vez la convivencia afectiva con su pareja se relaciona con la comida rápida en donde la paciente B no puede decir que no consumirá alimentos altos en grasas saturadas, teniendo como idea irracional que es el único momento para convivir en pareja. Como mencionan Ellis y Abraham (1980) que la confianza en el amor procede de la aceptación de otras personas con anterioridad cuando no está presente resulta difícil que los individuos se desprendan de las ideas irracionales, en el caso de la paciente B la búsqueda de esa aceptación refleja en la paciente que no existe una capacidad adecuada para la toma de decisiones. Así mismo, se encuentra tres creencias que limitan a la paciente B sólo en ciertas situaciones de su vida *debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendemos* en donde la paciente B presentaba estrés en el trabajo en donde continuamente hace mención acerca de conducta perfeccionista que solía adoptar en relación al trabajo, la exigencia de concluir adecuadamente o antes del tiempo estipulado.

Además, el área de trabajo de la paciente B es uno de los ambientes que generan y le facilitan el consumo de alimentos no saludables, por ejemplo, donas, pastel, esquites con mayonesa etc.; para lo cual Ayela 2009 menciona que los trastornos psicológicos, el sedentarismo, la presión social y comercial influyen en la ingesta de alimentos con alto grado calorífico. En segundo lugar, se encuentra *es horrible cuando las cosas no van como a uno le*

*gustaría que fuera*. Igualmente buscaba tener bajo control ciertas situaciones relacionadas con el trabajo y la pareja sentimental como indicarle la forma correcta de realizar las actividades (de que manera se deben pintar las paredes), experimentando la paciente B emociones disfuncionales en el punto C (consecuencias) estos sentimientos de rabia, ansiedad entre otros los cuales proceden de “hipótesis antiempíricas de las cosas que deben o tienen que ser distintas de las formas en que indudablemente son”. (Ellis y Abraham, 1980). Con respecto a lo mencionado, la paciente B al no obtener los resultados esperados en un lapso corto de tiempo en torno a un tratamiento nutricional o físico aparecen ideas irracionales (los tratamientos son los que no sirven, son ineficaces) originando insatisfacción porque no obtener la pérdida de kilogramos deseados.

Finalmente, de manera similar se distigue la siguiente creencia en la paciente B, para *un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos*. De acuerdo a Moreno 2003 se ha demostrado que dentro de las familias obesogénicas que consumen alimentos altos en calorías y una vida completamente sedentaria contribuye que los integrantes de la misma incrementen su obesidad; los integrantes de familia de la paciente B tienen problemas con respecto al peso la madre tiene obesidad tipo II, el padre tipo I, mientras que el hermano menor obesidad mórbida. La paciente es la única que mantenía un peso normal por la actividad física pero actualmente tiene obesidad tipo I menciona que por ser la más delgada, su madre le comentaba que no era saludable encontrarse tan baja de peso decide dejar de hacer ejercicio además las comidas las realiza en compañía de la madre (la madre es la que prepara los alimentos)

Podemos incluir ahora la conducta y los hábitos en torno a la alimentación que presentaba la paciente B antes de la intervención, para Rivera et al. (2015) la obesidad está

relacionada con las enfermedades no transmisibles; De acuerdo a Dereure et al (2000) la obesidad resulta un factor de riesgo durante el embarazo y el posparto al igual que aumenta el riesgo de muerte perinatal; la paciente B deseaba embarazarse sin embargo la ginecóloga menciona que no es posible por el excesivo peso, le indica que debe disminuirlo lo cual genera ansiedad debido a la edad de la paciente (41 años). López y Magaña (2014) mencionan que los precios accesibles y cómodos, la adquisición de comida rápida y el sedentarismo se relacionan con los factores socioculturales de las personas con obesidad; la paciente B adquiere comida enlatada, recurre a los lugares de comida rápida seis días a la semana, no tiene actividad física, la mayor parte del tiempo se encuentra sentada; para ella el peso no es un problema porque cree que su peso no es excesivo a pesar de que algunos profesionales de la salud se lo han señalado.

Al término de la intervención a través de la aplicación de la entrevista semiestructura y el registro de opiniones se logró identificar que la paciente B muestra sólo una creencia que la limita en ciertas situaciones de la vida diaria *la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Habría que decir también, que la conducta y hábitos identificados en la paciente B al término de la intervención mediante la utilización de la técnica de autocontrol y el manejo de contingencias, ejercicios de relajación y técnicas del ABC muestra cambios en el manejo del estrés. Ellis y Abraham (1980) señala que es necesario hacer que el paciente experimente ciertas emociones contraproducente (enojo, ansiedad, miedo etc.) con el objetivo de que se percaten que son hipótesis determinadas por pensamientos irracionales, siguiendo la técnica en la paciente hay una disminución en la ingesta de comida rápida, comienza mediante el autocontrol a modificar situaciones de riesgo, entre ellas se encuentran que deja de frecuentar lugares con alimentos altos en grasa, ahora decide cocinar en casa, utilizando ese tiempo para convivir con la pareja. De está

manera se pudo observar en la paciente lo que Ellis y Grieger (1990) cuando dicen que los individuos racionales después de la terapia sean capaces de conocerse así mismos ya que pueden manejar de manera adecuada sus emociones. La paciente aprendió que mediante la modificación de hábitos (dejar de comprar comida enlatada, papas, cacahuates, refresco) puede tener una vida más saludable y al mismo tiempo mejorar la relación de pareja sin sentir culpa o ansiedad por no complacer los hábitos alimenticios de la pareja. Además logró el control de sus pensamientos mediante la relajación y la técnica del ABC en relación al problema del deseo de embarazo con ideas más racionales donde se debatió a lo largo de la intervención sobre que pasaría si se embarazara pero también que pasaría si eso no sucede, reconociendo la misma paciente sus emociones del pensamiento irracional con esto se logró que la paciente tuviera autoconfianza en donde se recalcó la importancia de sus elecciones para alcanzar aceptación de sí misma. Sin embargo aún no puede resistirse cuando le ofrecen ciertos alimentos en el área de trabajo pero ha aprendido a autocontrolar su conducta en donde ingiere en pequeñas cantidades los alimentos ofrecidos o en dado caso se los proporciona a la pareja; en cuanto a las bebidas azucaradas a dejado de consumirlos, ha logrado controlar su conducta en lugar de éstos tiene preferencia hacia el agua mineral o natural por otro lado hubo una reducción de triglicéridos al reconocer que hubo una disminución la paciente se muestra motivada; para concluir comienza de nuevo con la actividad física con rutinas dirigidas a la pérdida de peso.

En el caso de la paciente C al inicio de la intervención se lograron identificar las siguientes creencias mismas que pueden limitar ciertas áreas de la vida del sujeto C: *Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende*, de acuerdo a lo mencionado, intenta todo el tiempo la aprobación de los demás, realiza las actividades de la manera que ella cree correcta en cuestión de la dieta sigue las recomendaciones de la especialista

sobre que alimentos consumir, cuando no concreta o ante el fallo inevitable hay una disminución de la autoestima. Para Bersh (2006) las personas obesas posicionan a la comida como un objeto de transición desde las etapas tempranas del desarrollo acudiendo a la comida para aliviar algún problema emocional. La paciente C cuando se encuentra en situaciones estresantes y en donde se siente incapaz de tomar decisiones experimenta consecuencias inapropiadas, como melancolía, depresivos y ansiedad, lo que lleva a desarrollar reacciones psicósomáticas disfuncionales como migrañas y molestias estomacales.

De igual forma están las creencias *ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigada* el sujeto C piensa que algunas personas cercanas a ella continuamente están señalando su conducta es decir la forma en que viste, la alimentación y comportamiento en donde también le señalan que esta “gorda” generando en la paciente C sentimientos de enojo hacia éstas además de un sentimiento culpa al no sentirse aceptada, sobre todo por los hermanos. Retomando a Bersh (2006) menciona que la cultura resulta ser determinante principalmente para las mujeres, mostrando una figura delgada que en muchas ocasiones para algunas personas resulta imposible obtener el estereotipo de cuerpo exigido, ocasionando frustración y culpa; la paciente constantemente recuerda que en edades tempranas era de complexión delgada, después de sus dos embarazos y el consumo de antidepresivo, la paciente incrementa su peso; así Moreno, Moreno y Álvarez (2005) mencionan que algunos medicamentos contribuyen a la aparición o mantenimiento de la obesidad.

Por otro lado se encuentran las creencias que sólo la limitan a la paciente C en ciertas circunstancias encontramos: *se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*, para Silvestri (2005) las emociones y el comportamiento están relacionadas con la ingesta excesiva de los alimentos; la paciente C al encontrarse en



situaciones amenazantes como estar expuesta a los reclamos del esposo en donde continuamente la devalúa, la paciente no logra una autoconfianza adecuada no existe reconocimiento por parte de la paciente C sobre sus elecciones, lo que ocasiona creencias irracionales sobre la forma en que debe conducirse esto es al no lograr la aceptación de los demás, se esfuerza para lograr el reconocimiento tolerando los comentarios negativos de los hermanos y el esposo sin embargo genera en la paciente ansiedad y enojo que son las emociones que generaron esas creencias irracionales.

*Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo;* Lara (2012) dice que las personas con obesidad se sienten culpables de ser obesos no ser capaz de solucionarlo lo que genera depresión y casi siempre dependencia, complacencia hacia otras personas con gran necesidad de aceptación; la paciente ha buscado continuamente la aceptación anteriormente en la infancia estaba muy apegada a las figuras parentales aún después de contraer matrimonio continuaba con el apego ya que eran las personas que ponían mayor atención a las crisis de ansiedad de la paciente C; el esposo es mayor que ella y con un matrimonio anterior después de la muerte de los padres depende sólo del esposo, pero hay una continúa demanda de la atención de éste, muestra creencias irracionales sobre que el esposo debería atenderla igual que lo hacían los padres ante sus problemas físicos y emocionales ocasionando el pesamiento irracional de que no existe amor por parte de la pareja lo que origina en la paciente ansiedad, depresión y estrés.

*Es más fácil evitar problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.* Para Silvetri y Stavile (2005) la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica la persona entra en un estado de ansiedad continúa que de forma muy frecuente alivia comiendo; la paciente al no

responsabilizarse de sus elecciones en cuanto a la relación de pareja en donde existe molestia sobre las infidelidades en años anteriores por parte de su esposo el alcoholismo de éste, las devaluaciones hacia el aspecto físico y emocional de la paciente C que generan ansiedad y depresión aunque cabe mencionar que esto sucede años atrás sin embargo en el presente aún continúan devaluaciones y ataques verbales y psicológicos por parte del marido de la paciente C, argumentando que lo tolera porque él tiene cáncer en etapa avanzada.

Al término de la intervención las creencias de la paciente se modificaron, a pesar de que algunas de éstas creencias se modificaron, otras permanecieron en la paciente C, las que se mencionan a continuación son las que limitan muchas áreas de su vida *están para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos; ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas y es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.*

Al finalizar el programa de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual, la conducta y hábitos identificados en la paciente C se modificaron a través de la utilización de la técnica de autocontrol y el manejo de contingencias, ejercicios de relajación y técnicas del ABC. Para Legan, Caballo y Ellis (1997) cuando los sujetos logran llegar a ser ellos mismos individuales e inconformistas ser tolerantes con la situaciones, con la gente y uno mismo llegan a ser creativo y originales; la paciente C logra ser responsable de sus elecciones en donde ahora acude a reuniones con sus hermanos se muestra más tolerante ante la situación disfruta de la elección que ella misma prefirió cuando se siente atacada por los comentarios decide si le afectarán o no, lo mismo sucede con él esposo. Mediante el autocontrol y control de contingencias la paciente se establece horarios para consumir los alimentos ya no los consume cuando se encuentra enojada. En su despensa ya no hay productos enlatados ni alimentos que no se

encuentren dentro del plan nutricional proporcionado por la nutrióloga ya que anteriormente compraba demasiados alimentos (galletas, papas, frijoles, salsas, etc.) los alimentos los prepara asados o hervidos, finalmente la paciente aprendió a comer y no a seguir una dieta. Reconoce sus propios errores en el cuidado de su salud, prestando más atención a los alimentos que debe de consumir. Se logró una mayor autoconfianza en sí misma reconociendo su trabajo y su independencia económica además de su cuidado mental. Con respecto a lo que menciona Casado, Cumuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) sobre la importancia del autocontrol la paciente C llevo a cabo los registro semanales en relación a los alimentos que consumía y en que situaciones las realizaba con la finalidad de que la paciente se percatara de su conducta así mismo un autoregistro de la actividad física, la cual estaba realizando progresivamente con caminatas al igual que se establecieron metas adecuadas sobre los alimentos, lugares, tiempo de la actividad física.

A su vez, los pacientes D, E, F y G abandonaron la intervención basta como muestra las creencias irracionales que se encontraron en el sujeto D, las cuales están limitando muchas áreas de su vida son: *para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos* mientras que las creencias que la limitan en determinadas circunstancias fueron: *debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende; es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente; se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.*

Para el sujeto E las creencias que están limitando muchas áreas de su vida, se encuentran: *se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa; es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que*

*hacerles frente y el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente. Por otro lado, se encuentran las creencias que limitan en determinadas circunstancias a la paciente E, para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos; se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende y la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Así mismo, para el paciente F creencias que limitan muchas áreas de su vida están: *para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos; es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.* En cuanto a, las creencias que limitan en determinadas circunstancias al sujeto F identificamos a: *es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran; se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa y la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Finalmente, en el sujeto G se identifican las creencias que limitan su vida en determinadas circunstancias misma que se mencionan: *se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa, el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente y la felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.*

Resumiendo, los pacientes que abandonaron la intervención muestran dificultades en relación a asumir responsabilidades a pesar de que se abordó los riesgos del padecimiento de la obesidad sin embargo no se encontraban preparados para reconocer el problema; la paciente D trató de llevar el plan nutricional pues gustaba de comer alimentos fritos pero abandona el tratamiento por el fallecimiento del abuelo mostrando ansiedad generalizada, con respecto a la paciente E no sigue el plan nutricional ni la actividad física mencionando que ciertas actividades la mantienen ocupada para no seguir adecuadamente la dieta, así mismo la paciente F argumentó

que no tenía tiempo de asistir al nutriólogo ni a la atención psicológica, se encontraba demasiado ocupada para cambiar hábitos alimenticios, mientras que el paciente G no lograba llevar una dieta adecuada al no tener contar con la ayuda de alguien quien le preparará los alimentos, debido al secuestro y asesinato de su padre el paciente G se concentra en el acontecimiento y en la captura de los responsables abandonando la intervención.

Deseo subrayar los efectos positivos logrados en la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual en donde los pacientes que concluyeron la intervención identificaron factores de riesgo (lugares en donde realizarn las comidas, alimentos ricos en grasa) mismos que fueron modificando progresivamente a lo largo de la intervención de está manera mediante los autoregistros se dieron cuenta de los alimentos y bebidas que consumían y cómo fueron remplazando alimentos con altos nivel caloríco por alimentos más saludables realizando las cinco comidas sugeridas por el nutriolólogo (tres comidad principales y dos colaciones), así como también una mayor ingesta de agua natural además del control de la actividad física. Al identificar los sujetos sus pensamientos irracionales mediante un análisis motivacional reconocieron que la pérdida de peso va relacionada con sentirse sano además se previene una obesidad mayor y no sólo enfocar un pensamiento irracional en donde se quiera perder peso para agradarle a las personas.

Mediante el autocontrol las tres pacientes identificaron y posteriormente modificaron los estímulos ambientales (horarios de comida, lugares de comida estableciéndose metas para lograrlo. Con respecto a la modificación de hábitos se trabajó mediante en control de estímulos en donde las tres pacientes lograron controlarlos, por ejemplo, no ir al super con el estómago vacío, no es necesario que la despensa esté llena de alimentos ricos en carbohidratos, grasa y caloríco (galletas, comida enlatada etc.). Se aborda el “Todo o Nada” en donde las pacientes

identificaron las ideas irracionales con respecto a los pensamientos que generaban un malestar emocional (ansiedad, culpa) mismo que provenían de dichos pensamientos (paciente A pensar constantemente en un accidente) lo que llevaba a la paciente a buscar alimentos sin tener realmente hambre. También se abordó las excusas y generalizaciones que utilizaban las pacientes en donde se dieron cuenta que, si realizan conductas inadecuadas en torno a los hábitos de alimentación utilizando frases como siempre, nunca, pero que eso no significa que pueden lograr cambiarlos cuando utilizan pensamientos más racionales por ejemplo eso no quiere decir que siempre lo hará que pueden elegir hacer o no hacer. Se utilizó la identificación de los “trucos”, cambiar las conductas inadecuadas por otras más adecuadas en torno a la modificación de los estímulos que se presentan en cada una de las participantes. Así mismo, mediante la identificación de los pensamientos catastróficos en donde se enseña a las pacientes que nosotros los creamos, en donde no necesariamente todo esta pérdida se cuestionó a las participantes para que adoptarán autoverbalizaciones más positivas y racionales. Se les enseñó a las pacientes a utilizar la técnica del A-B-C en donde debido a un acontecimiento puede originar un pensamiento lo conduce a emociones que en ciertas circunstancias y condiciones pueden provocar malestar emocional (ansiedad, miedo) por lo cual se deben reemplazar pensamientos irracionales por pensamientos racionales mediante la identificación de las misma. De igual modo aprendieron sobre evitar recaídas y a hacerle frente cuando se produzcan para que el seguimiento no se pierda utilizando las técnicas mencionadas anteriormente, haciendo énfasis en las caídas que tuvieron durante la intervención pero que no es necesario adoptar actitudes negativas ante éstas. Con respecto a lo anterior se enfatizó en los hábitos aprendidos motivándolos de esta manera, aprendieron a marcar tiempos para realizar las actividades tanto de alimentación como de actividad física. Finalmente reconocen sus éxitos y virtudes lo cuales lograron al resolver los

problemas presentados a lo largo de la intervención siendo más concientes de que a pesar de lo terrible o insoportable que pueda ser pueden seguir un bienestar emocional.

## Discusión

Las reflexiones de los resultados obtenidos pueden impulsar futuros trabajos en el ámbito del tratamiento de la obesidad en México. De ahí que la descripción de un enfoque cognitivo conductual resulta beneficioso en los pacientes como Danielsen, Nordhus, Júlíusson, Maehle y Pallesen (2012), mencionan que se logra un efecto positivo en la reducción del IMC, aunque en los pacientes de ésta intervención no se evidenció una disminución significativa de IMC, aumentó la autoestima de los mismo mejorando síntomas depresivos. Al comienzo de la intervención los pacientes se encuentran motivados a pesar de que no lograron bajar de peso, sin embargo, cambiaron sus hábitos alimenticios y de ejercicio, así como menciona Gómez, et al (2008), la motivación que se les brinde a los pacientes es fundamental para obtener resultados más efectivos en torno al problema de peso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS,2016) dice que la obesidad es considerada una enfermedad crónica debido a que está relacionada con enfermedades cardiovasculares y a efectos psicológicos; en los pacientes A, B, C, se comenzaban a presentar algunos problemas físicos como presión arterial, ovario poliquístico, resistencia a la insulina y dificultades respiratorias (apnea del sueño); en relación a la parte nutricional dentro de los factores de riesgo se observó que, había una ingesta excesiva de alimento por parte de los sujetos en donde no solo estaba presente la cantidad sino también en alto nivel calórico. Mientras que los efectos psicológicos observados en los pacientes mencionados se encontró especialmente la ansiedad y problemas depresivos.

Asimismo, como Tamayo y Repreto (2014) mencionan que están inmersos los factores psicosociales, educativos, costumbres y hábitos; en los pacientes se observó que las familias tenían hábitos alimenticios ricos en alto grado calórico así como niveles altos de grasa, recurrencia



al consumo de comida rápida y enlatada principalmente, al mismo tiempo tener al alcance como frituras, refrescos o dulces, los cuales podían ser consumidos en cualquier momento del día, siendo éstas situaciones de riesgo para los sujetos. Asimismo, Barceló y Borroto (2001) señalan que la excesiva ingesta de alimentos está relacionada con los hábitos alimenticios adquiridos (tipo exógena) en la infancia debido a que solo un porcentaje reducido se los atribuye a factores endocrinos-metabólicos (tipo endógena).

Por otro lado, Mahan, Escott-Stump y Raymond mencionan que al seguir una dieta con restricción calórica como parte del tratamiento para la obesidad puede ampliar la esperanza de vida sin embargo, cuando hay una disminución drástica de calorías que originan una rápida reducción de peso puede originar alteraciones metabólicas observadas durante la inanición como: la hipertensión arterial, la sequedad de la piel y cabello, la fatiga, el estreñimiento, las anomalías del sistema nervioso, la depresión e incluso puede llegar a la muerte; si comparamos lo mencionado anteriormente con la paciente A, la cual abandono el último tratamiento antes de realizar la intervención psicológica porque debido a la ingesta de medicamentos mismo que mencionó que se trataban de “anfetaminas”, presentó problemas de hipertensión arterial, mareos, fatiga y depresión en la paciente y de los cuales provocaron la muerte de varias compañeras del tratamiento debido a que inhibían el hambre y no consumía las calorías suficientes.

En primer lugar, se busco desde el inicio del tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual la modificación de la conducta, como Ellis (1962) menciona que la personas tienen problemas con las creencias las cuales puede producir insatisfacción e infelicidad, por consiguiente, se trabajo con los pacientes la modificación de las creencias irracionales y autoverbalizaciones cambiando éstas por otras que le pudieran funcionar mejor.

Con respecto a la terapia racional de Ellis y Abrahms (1980) se trabajo con la paciente A la técnica del A-B-C en donde (A) se refiere a un acontecimiento externo en donde el sujeto A cada vez que se encontraba sola en casa tenía deseos de comer “algo” no había una identificación específica de ingerir algún alimento salado o dulce llevando a la paciente A a consumir lo que tenía al alcance (pan, galletas etc.). Posteriormente en (B) se abordo la serie de pensamiento recurrentes que experimentaba la paciente A cuando se encontraba sola en casa mismos que iban dirigidos a ideas catastróficas sobre la posible muerte del esposo en algún accidente automovilístico; con respecto a (C) que se refiere a las emociones que genero B, en donde la paciente A presentaba ansiedad cada vez que tenía la idea de que su esposo sufriría un accidente y perdería la vida lo cual la dirigía a buscar “algo” para calmar el malestar emocional. Asimismo, llegamos a (D) en donde se buscó estas ideas irracionales a partir de un debate o cuestionamiento con el paciente específicamente en el pensamiento del mismo al identificar la emoción que deriva de dicho pensamiento.

Al identificar la paciente las ideas irracioneales mediante la técnica del A-B-C se comienza a cambiar conductas utilizando la técnica de autocontrol en donde establece el autorregistro de horarios para llevar a cabo las cinco comidas sugeridas por la nutrióloga cabe señalar que el pensamiento irracional tenía un horario el cual se presentaba aproximadamente a las seis de la tarde, dando origen a los episodios de ansiedad y la “hambre mala” como solía llamar la paciente A a esa sensación, asimismo al presentarse tal situación consumía por ejemplo una manzana colocándola dentro de las dos colaciones que tenía señaladas dentro del plan nutricional. En el transcurso de las sesiones la paciente A deja de sentir ansiedad al identificar las ideas irracionales y cuestionar sobre ellas, abandona la sensación de sentir hambre, presta más atención sobre los alimentos y las cantidades de los mismo respetando lo aprendido en la técnica

del plato T sugerido por la profesional de nutrición; asimismo, utiliza la técnica de control de contingencias en donde elige lugares específicos para realizar sus cinco comidas por ejemplo, decide sentarse en la mesa de la cocina sin encender el televisor ya que anteriormente comía con el aparato encendido además tarda más tiempo ingiriendo la comida pues antes debido a la ansiedad lo hacía en poco tiempo, así mismo existe una disminución de la cantidad de alimento respetando la medida recomendada debido a que antes las porciones no correspondían a las sugeridas por el plan nutricional pues consumía los alimentos recomendados pero en gran cantidad. Por otro lado, realiza actividades que le permiten moverse como salir al jardín ya que debido a una lesión de rodilla y una operación ocular reciente no puede ejercitarse.

Del mismo modo, con la paciente B mediante la técnica de A-B-C se abordó el acontecimiento (A) salir a cenar toda la semana comida rápida (tacos, pozole, pizza) en compañía del esposo. El pensamiento (B) que la paciente B tenía se relacionaba con el acercamiento afectivo con el conyuge, argumentando que debían de salir a cenar para realizar alguna actividad juntos pues durante todo el día no se veían. En cuanto a las emociones (C), la paciente sentía culpa y ansiedad al no poder bajar de peso mencionando que había personas que consumían alimentos con alto nivel calórico y no subían de peso, las ideas irracionales predominantes se dirigían a pensar que no tenía que abandonar los alimentos predilectos ya que de cualquier manera ella no disminuiría su peso evidenciando su enojo esto fundamentaba su idea irracional de no poder negarse a salir con el esposo a comer porque cabe señalar que él es delgado y tampoco sube de peso con facilidad. Finalmente, en (D) se abordó la identificación de los pensamientos irracionales, mediante el debate y el cuestionamiento.

La paciente B respetó progresivamente el plan nutricional mediante la técnica de autocontrol, de acuerdo a los autoregistros del consumo de alimentos y bebidas logra realizar las

cinco comidas apegándose al plan nutricional propuesto por la profesional de nutrición cabe mencionar que anteriormente solo realizaba dos comidas con los alimentos correspondientes asimismo, dejó de beber progresivamente bebidas azucaradas comenzando con la ingesta de agua mineral y posteriormente de agua natural; de acuerdo al autorregistro de actividad y establecimiento de metas logra ingresar nuevamente al gimnasio ya que postergaba demasiado el iniciar con la actividad física. De acuerdo con la técnica de control de contingencia realiza la comida sin encender el televisor y el tiempo de ingesta es mayor ya que al inicio realizaba la comida con la televisión encendida y la comida era ingerida demasiado rápido, deja de comprar alimentos enlatados opta por comprar más frutas y verduras así mismo deja de salir a cenar comida rápida y decide cocinarla en casa con la ayuda del esposo, disminuye la ansiedad pues la paciente B asume la responsabilidad de cambiar ciertas conductas que resultaban dañinas para llevar una alimentación más saludable y sobretodo para su salud debido a que al final de la intervención hubo una disminución de triglicéridos por último la paciente B ya no deseaba ni tenía la idea recurrente de bajar rápidamente de peso sino que aprendió que mediante la modificación de la conducta acerca de los hábitos alimenticios podría bajar de peso reduciendo la ansiedad y por ende un mejor control emocional.

Asimismo la paciente C mediante la técnica racional emotiva de Ellis y Abrahms (1980) en el acontecimiento externo (A) comer con sus familiares; en con respecto a los pensamiento (B) cuando realizaba las comidas en compañía de alguno de sus familiares, surgía el pensamiento irracional en donde ella expresaba que la agredían con los comentarios acerca de su persona; en cuanto a las emociones (C), la paciente C al tener los pensamientos mencionados anteriormente ocasionaba enojo mismos que llevaban a la paciente C a consumir los alimentos con sentimientos de molestía llevándola a presentar ansiedad, también no podía negarse a comer

alimentos ricos en grasa y carbohidratos que toda la familia consumía; en relación a (D) mediante el debate y cuestionamiento se ayudo a la paciente a identificar las ideas irracionales y cambiar por otras ideas más racionales.

Mahoney (1976) menciona que existe algunos mitos que se generan entorno a la obesidad, algunos de éstos y mismo que fueron encontrados en los pacientes: las deficiencias de la tiroides son los responsables de los casos de obesidad, en el caso de la paciente B, mencionaba que tenía un problema con la tiroides, pero los especialistas comentan que ese no se debía al origen del padecimiento; la forma más adecuada para perder peso, son las dietas que no consideran las grasas ni los carbohidratos, éstas eran creencias irracionales que tenían todos los pacientes, ya que había rrecurrido a éste tipo de dietas, logrando solo descompensar su metabolismo; la utilización de algunas drogas pueden ayudar a bajar de peso (diuréticos, laxantes, anfetaminas), la paciente A, recurre a éste tipo de medicamentos para la disminución de peso, sin embargo, también hay un descontrol en su metabolismo, originando que se de un incremento de peso.

Con respecto a lo anterior la paciente C mediante la técnica de autocontrol y la utilización de los autoregistro de alimentos y actividad física logra cambiar la forma de cocinar sus alimentos anteriormente los preparaba con un alto nivel de grasa, al finalizar ocupa menos grasa o los cocina a vapor; así mismo realizar las cinco comidas propuestas por la profesional de nutrición además de las dos colaciones ocupando los alimentos que se encuentran dentro del plan nutricional utilizando la técnica nutricional del plato T , en cuanto a la actividad física la paciente C sale a caminar en las tarde empezando con 30 minutos el cual incrementa a una hora. En la técnica de control de contingencias la paciente realiza las comidas en la mesa de la cocina en un tiempo de media hora ya que al inicio de la intervención no llevaba a cabo la ingesta de sus

alimentos en un lugar específico, ni ocupaba el tiempo necesario para comer, en cuanto a la compra de la despensa prefiere adquirir alimentos más saludables y frescos, al quitar productos enlatados e innecesarios como dulces, chocolates, galletas etc. Finalmente, al trabajar los pensamientos irracionales la paciente C logra identificar que al contar con estos pensamientos inadecuados genera una emoción desagradable sin embargo al cuestionar sobre ellos identificarlos y cambiarlos por otros pensamientos más racionales el malestar emocional cambia, permitiendo que las conductas dirigidas a su alimentación se transformen orientándola a llevar una vida más saludable.

Después de la aplicación de la intervención a pacientes con IMC mayor a 30 (obesidad tipo I) y menor a 40 (obesidad tipo II), se observó de acuerdo a los patrones cognitivo conductuales la pérdida de peso a pesar de que fue mínimo, se observó que se incrementó en los sujetos el nivel de confianza para controlar los alimentos inadecuados en situaciones específicas de riesgo, lo que lleva a una disminución de peso más notable con un mayor tiempo de acompañamiento terapéutico y nutricional.

Durante la intervención con los pacientes que terminaron el programa se enfatizó en especial adherencia, como Martín (2006) existen dificultad para iniciarlos debido a esto puede haber una suspensión prematura o abandono, sino existe interés en relación a la modificación de hábitos y estilos de vida, sobretodo, se buscó que los participantes realizaran las tareas recomendadas secuencialmente después de una determinada actividad de la vida diaria del paciente. Al mismo tiempo, se proporcionaron las indicaciones de manera clara de forma que sean entendidas por el paciente, así como el propósito de la misma.

También la intervención se centro en el cambio de conducta con respecto al riesgo de no asumir la responsabilidad para adoptar las sugerencias proporcionadas por los especialistas de

la salud tanto de nutrición como psicológicas y cuales podrían ser las consecuencias de no hacerlo, así como también los beneficios de aprender a comer mejor de manera más saludable. Los cambios fueron fáciles y progresivos para ser alcanzados por los sujetos así lograr en mediano plazo resultados satisfactorios.

A pesar, de que un poco más de la mitad abandono el tratamiento, los tres individuos que si concluyeron la intervención mediante la técnica racional emotiva de Ellis se produjo efectos benéficos en el aspecto cognitivo-conductual. En donde los tres pacientes muestran menos deseos de comer, reduciendo así la cantidad de alimentos con alto índice calorífico y bebidas azucaradas, en donde expresan sentirse más saciados a la hora de ingerir las porciones recomendadas. Así mismo, los sujetos que lograron concluir el tratamiento señalan que hubo una mejora en su estado de ánimo, además de una aceptación y satisfacción con su imagen corporal; para dos de los pacientes, fue la reducción de grasa del cuerpo, de igual forma para otro se observó una baja de triglicéridos.

Como menciona Legan, Caballo y Ellis (1997) que al término de la terapia las personas se vuelven más independientes y saben tomar sus decisiones; así los pacientes con la utilización del método científico ubican sus cogniciones como hipótesis y no como deberían ser; cambiando así los pacientes la forma en que deben consumir los alimentos, en éste sentido los pacientes de la intervención aprendieron a comer así como disfrutar la comida mismo que permitió que lograran seguir adecuadamente el plan nutricional, tomando en cuenta siempre que es necesario para el cuidado de su cuerpo y no solamente seguir como tal una dieta.

En suma, al final de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual para paciente con obesidad tipo I y II resultó benéfica para los participantes en el caso de que mediante el tratamiento psicológico las tres pacientes lograron identificar los pensamientos irracionales los

cuales llevaban a los sujetos a adquirir conductas inadecuadas, logrando así la utilización de pensamientos más racionales modificando ciertos estímulos ambientales (horarios de comida, ejercicio etc.) llevando entonces a modificar ciertos hábitos alimenticios adoptados por los pacientes. Así mismo al terminó de la intervención los pacientes se muestran más autoconsciente de las emociones que generan los pensamientos irracionales mismo que permitió que lograr modificar los estilos de vida (dejar de comer fuera de casa); además se reconocieron así mismo conectando los pensamientos con las emociones esto permitió que pensarán que es importante el cuidado de su cuerpo. Se volvieron más tolerantes ante ciertas situaciones por ejemplo identificaron que los pensamientos catastróficos son generados por ellos mismo ocasionando emociones desagradable sin embargo aprendieron que ellos mismos pueden cambiarlos modificando de esta manera las emociones lo cual permitió a los pacientes controlar los estímulos de riesgo llevando a los pacientes a adoptar un compromiso con el plan nutricional y con la actividad física por último se identificaron como individuos más creativos al establecer por sí mismo metas utilizando “trucos” que les permitieron alcanzarlas basta para ello que lograron consumir alimentos más saludables.



## Conclusiones

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2015) México es el país con más personas con obesidad en donde el problema es de salud pública debido a su magnitud y trascendencia, pues cada vez existen más personas que son diagnósticas con el padecimiento; la importancia de abordar el problema es que resulta un factor de riesgo para el desarrollo de distintas enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares y psicológicas.

Como se afirma arriba la terapia cognitivo conductual resulta benéfica para ayudar a los pacientes con obesidad a tener un buen manejo de sus emociones y conductas lo más importante que destacar es que las personas pueden tener mejor cuidado de su cuerpo, admitamos por el momento que mediante el acompañamiento psicológico, la personas pueden cambiar sus hábitos alimenticios de manera significativa es probable que la reducción del peso sea mínima dado que los pacientes están aprendiendo a controlar ciertos estímulos; cuando se genera un cambio en los pensamientos las emociones se transforman y adoptan una conducta acorde a sus necesidades.

Por lo tanto, es importante que el problema de la obesidad sea abordado directamente con los pacientes de manera individual y el padecimiento mismo, el problema debe ser resuelto de raíz en donde se trabaje las cuestión emocional para lograr un cambio en los hábitos alimenticios dado que en ocasiones las mismas creencias irracionales llevan a los pacientes a consumir alimentos con un alto nivel calórico relacionado con su estado emocional y no necesariamente ser considerado solo como factor de riesgo para desarrollar ciertas enfermedades crónicas.

Ciertamente, para lograr los resultados deseables es importante la actitud del paciente ante su padecimiento, si no considera por sí mismo que tiene un problema puede considerar que es viable tratarse o no, además sino lo hace puede repercutir en su salud. Habría que decir también, que si no se trata el problema de raíz sólo se mantienen por algún tiempo una disminución de peso, mismo que después de un tiempo aumentará, obteniendo resultados temporales para ilustrar esto, los pacientes A, B, C al abordar la ansiedad lograron responsabilizarse de sus conductas adquiridas mismas que permitieron cambiar los hábitos en torno a la alimentación.

Con respecto a lo anterior Mahan, Escott y Raymond (2013) mencionan que las personas suelen buscar dietas que prometen resultados rápidos en poco tiempo debido a que no tienen que llevar un control nutricional y de actividad física, sin embargo, son abandonadas ocasionando culpa y sentimiento de desesperación ante la necesidad de controlar su peso. Debido a esto la psicoterapia cognitivo conductual busca que los sujetos logren una adaptación a su entorno y así logren trabajar en base a sus potencialidades que posee para cambiar conductas o en su caso hábitos alimenticios y de riesgo mismo que fueron abordados dentro de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual para pacientes con obesidad tipo I y II (comer con el televisor encendido, comprar galletas, chocolates etc.), así mismo el sentido de su existencia y puedan conocerse así mismo al reconocer que poseen pensamientos inadecuados que generan emociones inapropiadas (ansiedad) pero que pueden cambiarlos por otros pensamientos más racionales que le permiten tener una mejor estabilidad emocional (Caballo, 2008).

Como se ha mencionado el problema de la obesidad es multifactorial, abordarla como un solo elemento podría no tener los mismos resultados, es necesario implementar tanto la terapia cognitivo conductual aunado al tratamiento nutricional y la actividad física. En los

pacientes que lograron concluir con la intervención llevaron adecuadamente el tratamiento de nutrición al seguir con plan de alimentación de 2000 kcal prescrito por la profesional de nutrición en donde realizaban cinco comidas al día (tres comidas principales y dos colaciones) utilizando como apoyo la técnica del plato T (alimentos y porciones permitidas). En la parte psicológica se encontró que las pacientes que lograron concluir la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual presentaron ansiedad al inicio del programa lo cual dificultaba el seguimiento del plan nutricional ya que de acuerdo a la técnica racional emotiva de Ellis, en las pacientes estaban presente pensamientos irracionales mismo que generaban emociones negativas; al trabajar la ansiedad mediante el debate de las ideas y pensamientos irracionales las pacientes pudieron cambiar hábitos alimenticios al establecerse metas específicas en torno a la modificación de conducta.

Habría que decir también, que los pacientes en general se sienten acompañado por el terapeuta durante su proceso, mismo que en sus dificultades éste puede proporcionar herramientas que ayuden al sujeto a lograr sus metas. Esto resulta benéfico para que se logre una adecuada adherencia al tratamiento tanto nutricional como psicológico. La propuesta de intervención se enfoca en el tratamiento de la obesidad y su adherencia, así como a cambiar nuevas conductas que le permiten al paciente a obtener una mejor calidad de vida através de una sana alimentación mejorando a la vez su estado emocional.

Al implementar la técnicas cognitivo conductuales como la terapia racional emotiva de Ellis, el autocontrol, control de estímulos abordar pensamientos catastróficos y la autogeneralizaciones utilizados en la intervención para pacientes con obesidad tipo I y II se logró que los pacientes identificaran pensamientos irracionales mismo que generaban emociones inadecuadas las cuales llevaban a las tres pacientes a presentar ansiedad al disminuirla pudieron

controlar de manera adecuada los factores de riesgo controlando los estímulos ambientales lo que permitió que adptaran actitudes más positivas en relación a los hábitos aprendidos.

En lo que toca a la pregunta de investigación ¿qué ocurre en el proceso psicoterapéutico y cuáles son los efectos psicológicos de una terapia cognitivo conductual con pacientes con obesidad tipo I y II? Durante el proceso de intervención ocurren ciertos cambios cognitivos y conductuales en los pacientes con obesidad que están relacionados con efectos positivos de acuerdo a las herramientas que se les proporcionaron a lo largo de la intervención, lo cual permitió que los pacientes bajaran la ansiedad presentada al inicio; hay una disminución de pensamientos irracionales permitiendo conductas más adaptativas; las tres pacientes muestran cambios favorables en sus estilos de vida logrando combatir las causas principales del problema relacionado con la obesidad.

**INTERVENCIÓN: PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL MEDIANTE  
LA TÉCNICA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES CON OBESIDAD**

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 1	Aplicación de la Entrevista Semiestructurada	Conocer desde cuando comienza la obesidad y cómo ha evolucionado hasta convertirse en un problema, así como los hábitos de los pacientes	-Entrevista -Grabadora	1 hora

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 2	Aplicación del cuestionario Registro Opinion	Identificar las ideas irracionales que tiene cada uno de los pacientes, seleccionar las categorías más predominantes de acuerdo al cuestionario, para abordar de manera directa con el paciente.	-Cuestionario de Registro de Opinion	45 minutos

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 3	<p>Se discute con el paciente cual sería el peso deseado. Se aborda la importancia de llevar un registro del peso, así mismo, se le establece al paciente que el objetivo principal no es la pérdida de peso sino el adquirir hábitos alimenticios y estilos de vida adecuados para cada uno de ellos, mismo que le permitirán una reducción de peso. Se comenta con el paciente los distintos factores que pueden incidir en la obesidad, dependiendo en cada uno de los pacientes. Se explica la importancia de llevar los autoregistro de los hábitos alimenticios, así como la actividad física y cotidianas (caminatas, subir y bajar escaleras etc.), lo cual permite tomar conciencia de los alimentos ingeridos. Se les pide a los pacientes que lleven a sesión los registros semanales. Se les proporciona los libros: “como vivir sin culpas” y “el que se enoja engorda.”</p>	<p>Generar un ambiente óptimo de trabajo motivando al paciente</p>	<p>-Hoja de autoregistro -Libros: “como vivir sin culpas” y “el que se enoja en gorda”</p>	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 4	<p>Se establece con el paciente cuales son las motivaciones personales que posee para ingresar al programa de intervención, con la finalidad de identificar cuales son las ideas incorrectas para la pérdida de peso que posteriormente se modificaran. El paciente debe reconocer que la pérdida de peso va relacionada con sentirse más sano e igual prevenir una obesidad mayor y no por agradar a otras personas. Se debate con el paciente algunas dudas o identificaciones con las lecturas proporcionadas. Asimismo, se comenta con el paciente acerca de los registros semanales, cuales son los hábitos que llevan a cabo, al mismo tiempo se aborda las emociones relacionadas con alguno problema para llevar a cabo las actividades realizadas en torno a la comida: horarios, alimentos, actividad física.</p> <p>Tarea: Se les motiva para realizar las actividades, y las lecturas recomendadas</p>	<p>Identificar los pensamientos irracionales mediante un análisis motivacional del porque se debe perder peso.</p>	<p>Autorregistros semanales</p> <p>Lecturas</p>	1hr

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 5	<p>Se le explica al paciente que es el autocontrol, así mismo cada paciente identifica cuales son los estímulos ambientales que tiene: horarios de comida, posiciones (mesa, sala etc.). Se motiva al paciente para que exprese por sí mismo la importancia de la actividad física (caminar, correr etc.) y cuales son los beneficios en torno a su salud. Durante la sesión se preregistran metas, mismas que serán debatidas con el paciente, posteriormente si se llevan a cabo se registra en la hoja de autoregistros. En cuanto a la educación nutricional, se establecen con el paciente el menú planeado.</p>	<p>Determinar cuales son los estímulos ambientales en relación a la educación nutricional por medio del autocontrol</p>	<p>Autoregistros semanales</p> <p>Lecturas recomendadas</p>	1hr



Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 6	<p>Para el control de estímulos se trabaja con el paciente las conductas adoptadas en la ingesta de los alimentos por ejemplo saber identificar en hambre y apetito, en donde el consumo de alimento esta determinada por la primera. Debatir con el paciente sobre algunos hábitos como se pueden controlar ciertos estímulos, por ejemplo, realizar las compras con una lista hecha y con el estómago lleno con la finalidad de evitar compras innecesarias. Junto con el terapeuta el paciente expresa e identifican autoverbalizaciones del tipo “Todo o Nada”, en donde por ejemplo el paciente piensa que: <i>pensamiento irracional</i> no he resistido comer un pastel entonces que más da acabarmelo, así mismo se debate, <i>pensamiento racional</i> si lo ha probado, pero eso no quiere decir que lo tenga que terminar. Finalmente se debaten.</p>	Control de estímulos y modificación de “Todo o Nada”	Autoregistros  Lecturas recomendadas	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 7	<p>Se continúa trabajando juntos terapeuta y paciente en relación al control de estímulos, se le proponen alternativas para controlar la cantidad de comida como: utilizar platos más pequeños, cambiar ciertos lugares. Asimismo, se le invita al paciente a identificar la emoción relacionada con la sensación de hambre, en donde se continúa trabajando con las ideas irracionales, en que situaciones o momentos surgen los “No puedo soportar”, por ejemplo, <i>parte irracional</i>: No puedo soportar no comer el pastel que deseo; <i>parte racional</i> ¿No lo puedo soportar? ¿Quién lo dice? ¿Caigo fulminado sino me lo como?, puedo elegir no comerlo y ¡lo puedo soportar! El pensamiento catastrófico, por ejemplo, <i>parte irracional</i>: Esto no va a dar resultado; <i>parte racional</i>: ¿Cómo puedo saberlo? Voy a darme una oportunidad.</p>	Transformar el “No puedo” y pensamientos catastróficos.	<p>Autorregistros</p> <p>Lecturas proporcionadas</p>	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 8	<p>Por medio del menú armado que los pacientes lleven a sesión y de acuerdo a la dieta sugerida por la nutrióloga para cada uno de ellos, se le enseña que es importante comer de forma equilibrada, comer todo, pero de manera controlada, reduciendo el consumo de grasa. Se recomienda comer más fibra procedente de legumbres, verduras, frutas y hortalizas. Se retoma nuevamente con el paciente sobre la actividad física en el cual se le ánima al paciente para que realice una caminata diaria también los hábitos de vida activa <i>versus</i> sedentaria. De esta manera mostrarle que puede por ejemplo sustituir el automóvil por el caminar, de igual forma se puede dejar el automóvil lo más retirado del sitio de destino; se utilizarán las escaleras en lugar del elevador.</p>	<p>Modificación de estilos de comer, incremento de actividad física</p>	<p>-Autorregistro de conducta -Papel y pluma -Hoja con el menú armado -Lecturas recomendadas</p>	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 9	<p>Durante la sesión se enseña a sustituir “sobregeneralizaciones”, por ejemplo, <i>parte racional</i>: Siempre estoy pellizcando la comida; <i>parte racional</i>: ¿siempre? No es verdad. He pellizcando hoy, pero ha habido ocasiones en las que no lo he hecho. Es verdad que pruebo con frecuencia; voy a ver que “trucos” puedo poner en marcha para dejar de hacerlo. Asimismo, se enseña a sustituir las “excusa” por ejemplo <i>parte racional</i>: Total por un pastel no pasa nada; <i>parte racional</i>: Sí que pasa. Pasa que me meto muchas calorías en el cuerpo que luego me cuesta perder y que, además, me confió tanto que me como más de uno.</p>	Excusas y sobregeneralizaciones	-Autoregistros -Lecturas recomendadas	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 10	<p>Durante la sesión se trabaja en base a los pensamientos catastróficos, utilizando algunos ejemplos que permitan al paciente reconocer que están presentes acontecimientos que pueden ser malos, desagradables, no deseados, pero el “horror” lo “catastrófico” sólo lo creamos nosotros, por ejemplo:</p> <p><i>parte irracional:</i> Es horrible no haber perdido peso esta semana después de estarme sacrificándome;</p> <p><i>parte racional:</i> ¿Dónde está el horror? Es sólo malo, pero no una catástrofe. Ya sabía que las primeras semanas se pierde más lentamente. Voy a perseverar. Además, me he sentido bien realizando las tareas; ese también es mi objetivo, conseguir hábitos saludables. El paciente pone ejemplos extraídos de sus autoregistro, se cuestionan en sesión y se cambian por autoverbalizaciones positivas y racionales. Señalar también estrategias para disfrutar de las comidas realizadas fuera de casa sin consumir muchas calorías en ella. Algunas serían seleccionar de</p>	Pensamientos catastróficos	-Autoregistros -Lecturas recomendadas	1hr

	<p>la carta lo que más guste, pero con cuidado de que la comida sea rica en grasa, decidir la cantidad de calorías que se desea consumir (tener cuidado con los menús del día, ya que se puede elegir un platillo que contenga las calorías que necesitamos); planificar de la misma manera la bebida que se va a consumir (de acuerdo a la lista de alimentos proporcionada por el nutriólogo).</p>			
--	--	--	--	--

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 11	<p>Durante esta sesión se trabaja en conjunto con el paciente a tratar de identificar diferentes ejemplos dentro de sus autoregistros, que llevan tantas emociones, pensamientos y finalmente una conducta. Identificar si algunas de ellas han trasgredidos objetivos y estrategias que los pacientes se han propuesto durante las sesiones, se le anima para modificarlos de manera racional.</p> <p>Se le pregunta acerca de las lecturas proporcionadas, en que situaciones llevan a cabo la información recibida en las lecturas.</p>	<p>Identificar que las emociones y los pensamientos conducen a una conducta determinada</p>	<p>-Autoregistros -Lecturas recomendadas</p>	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 12	<p>Durante ésta sesión y la siguiente se trabaja con el paciente para que en el seguimiento no se pierdan los logros obtenidos. Se explica la diferencia entre caída, recaída y pérdida total de lo conseguido. Las <i>caídas</i> son trasgresiones concretas inevitables, algunas de las cuales han ocurrido a lo largo del tratamiento. Lo más importante de abordar durante la sesión es que el paciente aprenda a no adoptar actitudes negativas ante ellas. Las actitudes negativas sólo ocasionan recaídas. La recaída significa el abandono de los hábitos alimenticios y de ejercicio, adquiridos de manera que se aumente de peso.</p> <p>Se enseña estrategias de “solución de problemas” para evitar posibles recaídas futuras. De esta</p>	<p>Aprender a evitar recaídas y a hacerle frente cuando se produzca</p>	<p>-Autoregistros -Lecturas recomendadas</p> <p>Tarea: Anotar las posibles recaídas encontradas esta semana, llevar a cabo lo aprendido en ésta sesión, traerlas la próxima sesión</p>	1hr



Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 13	<p>Durante la sesión se identificarán los posibles miedos a finalizar el programa y se discuten junto con el terapeuta las posibles creencias irracionales. Asimismo, se evalúa y discute el grado de satisfacción de los participantes con los logros obtenidos. Se revisan los preregistros realizados de diseño de planes de acción ante posibles situaciones futuras de alto riesgo. Se enfatizan cuatro elementos clave para que los hábitos aprendidos sean permanentes: seguir continuando con lo aprendido; estar alerta ante las posibles situaciones de alto riesgo y utilizar en ellas las técnicas de solución de problemas; hacer ejercicio regularmente, marcándose un tiempo para ello; y aprender a no castigarse nunca por las caídas, utilizándolas como buenas oportunidades de aprendizaje. Se planifica sesión de seguimiento.</p>	<p>Reforzar hábitos alimenticios y de conducta, trabajar con la sesión anterior</p>	<p>-Autoregistros -Lecturas recomendadas</p>	1hr

Sesión	Actividad	Objetivo	Materiales	Tiempo
Sesión 14	<p>El terapeuta ayuda al paciente a ver cuáles con sus virtudes, sus éxitos y como ha resuelto sus problemas hasta este momento y aprender hacer feliz.</p> <p>En esta sesión se aborda la Técnica de mostrar al cliente los éxitos y las virtudes de las que dispone. (45min). Intentar que el paciente piense acerca de lo peor que podría pasar, y hacerlo consciente de que a pesar de lo terrible o insoportable podría llevar una vida feliz.</p> <p>En esta sesión se abordará una técnica “aceptar lo peor que podría pasar”</p> <p><b>Cierre de las sesiones:</b> Abordar como se sintió el paciente durante la intervención.</p>	Identificación de éxitos y virtudes	<p>-Autoregistros</p> <p>-Lectura de apoyo</p>	1hr

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 15	Aplicación de la entrevista semiestructurada,	Explorar si hay cambios en la conducta en los hábitos alimenticios y pérdida de peso en los participantes con obesidad tipo I.	-grabadora	-1hr

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Sesión 16	Aplicación de Registro de Opinión	Conocer si hay algún cambio en las ideas irracionales de cada uno del participante.	-Cuestionario de Registro de Opinión	1hr

## Aspectos éticos

El primer paso de la Intervención psicológica, será acordar con la Institución el consentimiento informado (Anexo 1) para los pacientes quienes elegirán con absoluta libertad aceptar o rechazar su condición de participante.

Asimismo, la investigación se registrará acorde a los lineamientos establecidos por el Código Ético del Psicólogo (2007), la Ley General de Salud (2012) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El Código Ético del Psicólogo (2007) establece en su artículo 32 que los sujetos de la investigación deberán:

- a) expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación. La protección de esta libertad exige una vigilancia especial cuando el investigador está en una posición de autoridad sobre el participante;
- d) tener plena libertad para retirar su consentimiento y suspender su participación en cualquier momento, sin que esto les acarree perjuicio alguno.

Asimismo, para el presente estudio se seguirán las normas establecidas por la Ley General de Salud (2017) en sus artículos 96 y 100,

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

Al finalizar los pacientes tendrán derecho de conocer los resultados y las interpretaciones de la intervención como lo establece el artículo 58 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Como se puede observar los artículos antes mencionados, hablan sobre los lineamientos en cuanto a aplicación, investigación y conducta de los psicólogos y profesionales de la salud que requieren hacer una investigación.

## REFERENCIAS

Abilés, A., Abilés, J., Rodríguez, R., Luna, V., Martín, F., Gándara, N., y otros. (2013).

*Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida.* Nutrición Hospitalaria, 28 (3).

Aguilera, et al. (2011). *Tratamiento cognitivo conductual grupal vs. Ejercicio aeróbicos para el Manejo de la obesidad, estrés oxidante celular y química sanguínea.* Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14 (1).

American Diabetes Association. (2014). *La mujer y la diabetes: Preguntas frecuentes: American Diabetes Association.* Recuperado el 3 de noviembre de 2016, de diabetes. Org:  
<http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/mujeres/trastornos-alimentarios.html>

American Diabetes Association. (2016). *Standards of medical care in diabetes 2016.* Diabetes Care, 39 (1), 112.

Arrebola, V.E. (2013). *Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida.* Nutrición Hospitalaria. Scielo, 28 (1).

Arturo, B. L. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos. Evaluación y tratamiento psicológicos.* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Alvarado, M. A., Guzmán, B. E. y González, R. M. (2005). *Obesidad: ¿baja autoestima?*

- Psicológica en pacientes con obesidad*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, 10 (002).
- Ayela, M. R. (2009). *Obesidad; problemas y soluciones*. Recuperado el 10 de enero del 2017, de <https://book.google.com.mx/books?id=BstJiQqJIJ0C&pg=PA15&dq=etiologia+y+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi08uHYo9zSAhWFQCYKHTPJmMQ6AEIHjAB#v=onepage&q=etiologia%20y%20obesidad&f=false>
- Banderas, R. I. (2015). *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico*. México D.F.: Manual Moderno.
- Barbosa, M. J., Cros, S., y Castillo, E. (2012). *Obesidad y embarazo*. Recuperado el 20 de enero del 2017, de <https://book.google.com.mx/books?id=A1L6AwAAQBAJ&pg=PA31&dq=alteraciones+durante+la+gestacion+por+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiflcbate3SahXJ7CYKHTEBDp0Q6AEIKzAD#v=onepage&q=alteraciones%20durante%20la%20gestacion%20por%20obesidad&f=false>
- Barceló, M. y Borroto, D. (2001). *Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad*. SCIELO, 20 (4).
- Barquera, S. Et al (2013). *Prevalencia de la obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012*. Salud Pública México, 55 (2), 151-160.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Descleé de Brouwer.
- Bersh, S. (2006). *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales*. Revista Colombiana de psiquiatría, 35 (4).

- Bolaños, R. P. (2009). *Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria: "utilización" de la insulina*. Recuperado de 15 del 2017, de [http://www.tcasevilla.com/archivo/diabetes\\_y\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria\\_utilizacion\\_de\\_la\\_insulina.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivo/diabetes_y_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_utilizacion_de_la_insulina.pdf).
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., y Vidal, J. (1997). *Intervención cognitivo conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambio en hábitos de alimentación*. Revista electrónica psicológica, 1 (1), 1137-8492. Recuperado el 10 de febrero del 2017, de <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/4-TRASTORNOS-ALIMENTACION/Intervencion%20cog%20cdtual%20pac%20obesos.pdf>
- Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M. y Arroyo (2006). *La nutrición en México en los albores del siglo XXI*. Nutriología médica. La Habana: ECIMED.
- Cervera, P., Clapes, J. Y Rigolfas, R. (2004). *Alimentación y dietoterapia*. España: Mc Graw Hill.
- Chapunoff, E. (2010). *La obesidad mórbida*. Recuperado el 12 de febrero del 2017, de [https://books.google.com.mx/books?id=YYoDL\\_tGMKsC&pg=PA91&dq=S%C3%ADndrome+de+hipoventilaci%C3%B3n+%E2%80%93+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj0sYO17u3SAhVD3mMKHRGGBSYQ6AEIMjAE#v=onepage&q=S%C3%ADndrome%20de%20hipoventilaci%C3%B3n%20%E2%80%93%20obesidad&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=YYoDL_tGMKsC&pg=PA91&dq=S%C3%ADndrome+de+hipoventilaci%C3%B3n+%E2%80%93+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj0sYO17u3SAhVD3mMKHRGGBSYQ6AEIMjAE#v=onepage&q=S%C3%ADndrome%20de%20hipoventilaci%C3%B3n%20%E2%80%93%20obesidad&f=false)
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastorno de la conducta Alimentaria, Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.



- Collins, J. C., A. M., S. M., y Bentz, J. E. (2009). *Behavioral and Psychological Factors in Obesity*. The Journal of Lancaster General Hospital, 4 (4).
- Coon, D. (1999). *Psicología: Exploraciones y Aplicaciones*. (8ª. Ed.). México: Thomson.
- Cortada, Coca y Vidal. (2006). *Leptina obesidad e hipertensión*". Revista de Medicina Clínica de Barcelona, 126 (18).
- Cuevas, A., y Reyes, M. (2005). *Actualizaciones para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad*. Revista del climaterio, 9, 29-39.
- Danielsen, Y. S., Nordhus, I. H., Júlíusson, P. B., Maehle, M. y Pallesen, S. (2012). *Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): a randomised waiting list controlled trial*. ELSEVIER, 7 (2).
- Del Castillo, A. (2010). *Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. Recuperado el 2 de marzo del 2017 de [https://www.uaeh.edu.mx/investigación/icsa/LI\\_EvaluInter/Meli\\_Meli\\_Garcia/8.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigación/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Meli_Garcia/8.pdf)
- De la Fuente, M. R. (2016). *Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México*. Salud mental, 39 (2).
- De la Vega, M. R., y Gómez, P. G. (2012). *Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo*. Psicología y Salud, 22 (2).
- Denia, L. M. (2011). *Tratamiento Cognitivo Conductual de la obesidad*. Madrid, España.
- Díaz, M. (2005). *Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal redalyc.org., 73 (2).

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia Racional Emotiva*. (2). Nueva York: Desclée de Brouwer, S. A.

Encuesta Nacional de Salud. (Ensanut, 2012). México: INEGI SSA

Escalante, C.F. y Ingelmo S. A. (1996). *La obesidad y sus complicaciones tratamiento médico y quirúrgicos*. España: Ilustrada.

Espinosa, E. (2013). *Fundación para la Diabetes*. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/30/diabetes-y-trastornos-alimentarios-hablemos-de-diabulimia>

FAO. (2013). *PANORAMA de la seguridad Alimentaria y Nutrición en América Latina y el Caribe*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado el 1 de Noviembre de 2016, de <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s>.

Flores, E. J. (2013). *La obesidad y sus alteraciones dermatológicas*. Investigación en discapacidad, 2 (2), 55-61.

Forga, I., Petrina, E. y Barbería, J. (2002). *Complicaciones de la obesidad*. ANALES Sis San Navarra, 25 (Supl. 1).

Gallardo, E., Casados, P., y Conthe, P. (2008). “*obesidad y sobrepeso: Criterios de Intervención y Tratamiento*”. Medicina y humanidades. (1, 7, 16), 29-39.

García, A. H. (2012). *Diabetes Mellitus tipo 2*. MéxicoD.F.

Gómez, D. R. (2008). *Tratamiento del niño obeso*. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65 (6).

Guía de Práctica Clínica. *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad exógena*

- Guzmán, D. y Guzmán, D. (2008). *Obesidad y autoestima*. Revista electrónica cuatrimestre de Enfermería, 13.
- Herrera, M. A. (2011). *Diabetes Mellitus. El Médico Internista y Tú*. México: Alfil.
- Instituto de Salud Pública. (2016). *La microbótica intestinal como mediador de la obesidad*. Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de <http://www.insp.mx/avisos/4300-microbiota-salud-seminario.html:insp.mx>.
- Islas, A.S. y Lifshitz, G. A. (1999). *Diabetes Mellitus*. México D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Lara, R. E. (2012). *Temática: Familia, sociedad y violencia como las intervenciones sistémicas favorecen la psicoterapia en casos de obesidad en la familia*. Recuperado de <http://www.eumed.net/librosgratis/2013a/1336/index.htm>
- Larrañaga, A., y García-Mayor, R. (2007). *Tratamiento psicológico de la obesidad*. Medicina clínica ELSEVIER, 129 (10), 387-391.
- Leija, A. G., Aguilera, S. V., Rodríguez, C. J., Lara, P. E., López, D. M. & Trejo, M. I. (2011). *Diferencias en la Modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1 (2).
- Lichtman, M. A. (2010). *Obesity and the risk for a hematological malignancy: leukemia, lymphoma, or myeloma*. Oncologist, (15), 1083-1101.
- López, E. A. & Magaña, G. C. (2014). *Hábitos alimentarios Psicobiología y socioantropología de la alimentación*. México, D.F.: Mc Graw Hill.

- López, H. L. (1999). *Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica*. Asociación de España en Neuropsicología, 599-608.
- Luckie, D. A., Cortés, V. F e Ibarra, M. S. (2009). *Obesidad: trascendencia y repercusión*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14 (4).
- Mahan, K. L., Escott-Stump. S y Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia*. México: Elsevier Masson
- Martin, G. & Parson, J. (2008). *Modificación de la conducta qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Martín, A. L. (2006). *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*. Revista Cubana de Salud Pública, 32 (3).
- Marín, A. L., Bayarre, V. H., La Rosa, M. Y., Orbay, A. M., Rodríguez, A. J., Vento, I. F., y otros (2007). *Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente*. Revista Cubana de Salud Pública, 33 (3).
- Martínez, M. C. y Navarro, C. G. ((2014). *Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52 (1).
- Medina, F. X., Aguilar, A., Sedeño, S. J. (2014). *Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública*. Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria, 34 (1).
- Méndez, N. (2013). *Obesidad conceptos clínicos y terapéuticos*. Recuperado el 22 de febrero del 2017, de

<https://books.google.com.mx/books?id=7holCgAAQBAJ&pg=PA199&dq=alteraciones+respiratorias+debido+a+la+obesidad&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi7yPa5p-3SAhUKySYKHZucB5wQ6AEIKjAD#v=onepage&q=alteraciones%20respiratorias%20debido%20a%20la%20obesidad&f=false>

Meyers, D. G. (2005). *Psicología*. Recuperado 14 de abril del 2017, de

[https://books.google.com.mx/books?id=l\\_OkN3KLPsAC&pg=PA280&dq=apnea+del+sue%C3%B1o&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi\\_rrSc53SahUC7CYKHaBIDJI4ChDoAQhIMAK#v=onepage&q=apnea%20del%20sue%C3%B1o&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=l_OkN3KLPsAC&pg=PA280&dq=apnea+del+sue%C3%B1o&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi_rrSc53SahUC7CYKHaBIDJI4ChDoAQhIMAK#v=onepage&q=apnea%20del%20sue%C3%B1o&f=false)

Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A. y otros. (2014).

*Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios*. ELSEVIER Revista Colombiana, 44 (3), 176-182.

Rodríguez, M. M., Mendoza, A. E., Cumplido, F. A., Simental, M. L., Rodríguez, R. G.,

Sánchez, L. G... Guerrero, R. F. (2014). *Terapia cognitivo conductual y obesidad*.

Revista Médica del Instituto del Seguro Social, 52 (1), S68-S73.

Moreno, B., Gallardo, M., y López, M. (2007). *Enfermedades y tratamiento en enfermedades*

*metabólicas*. Recuperado el 28 de febrero del 2017, de

<https://books.google.com.mx/books?id=J1XaTO6KmYMC&pg=PA464&dq=factores+educativos+de+la+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjHs9PFxuXSAhVGSCYKHboyAjQQ6AEIODAG#v=onepage&q=factores%20educativos%20de%20la%20obesidad&f=false>.

Moreno, E., Moreno, S., y Álvarez, J. (2005). *Obesidad: Epidemia del siglo XXI*. Recuperado el

20 de octubre del 2016, de

<https://books.google.com.mx/books?id=mLj0qJkQ3fwC&pg=PA70&dq=factores+geneti>

cos+de+la+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjBxMeVqdzSAhWJSiYKHe7QB  
YAQ6AEIHZAB#v=onepage&q=factores%20geneticos%20de%20la%20obesidad&f=fal  
se.

Moriana, J. Y Martín, V. (2011). *La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamiento psicológico eficaces*. Revista de Psicopatología Clínica, 16 (2).

Oblitas, L. A., y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.

Oliva, M. L. (2016). *Actualización en guías de tratamiento para el manejo del estilo de vida para reducción de RCV*. Obesidad, 27, 50.

Olivares, J., y Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.

Oliveros, C. L. (2015). *Propuesta de intervención con terapia familiar sistémica en la obesidad infantil*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 18 (3).

OMS. (2014). *Sobrepeso y obesidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Ortiz, M., Ortiz, E. Gatica, A. & Gómez, D. (2011). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Scielo Chile, 29.

Prieto, J. L. (1989). *La utopía skinneriana bases psicológicas*. México D.F.: Grijalbo.

Prochaska, J. O., DoClemente, C. C., y Norcross, J. C. (1992). *In Search of How People Change Application to Addictive Behaviors*. American Psychologist, 47 (9), 1102-1114.

Rabec, C., Ramos, P. L., y Vealec, D. (2011). *Complicaciones respiratorias de la obesidad*. Arch Bronconeumol, 47 (5), 252-261.

- Ríos, M. B., Rangel, R. A., Álvarez, C. R., Castillo, G. A., Ramírez, W. G., Pantoja, M. J., y otros. (2008). *Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso*. Acta Médica Grupo Ángeles , 6 (4).
- Rivera, D. J., Hernández, A. M., Aguilar, S. Valdillo, O. F. & Murayama, R. C. (2012). *Obesidad en México*. México D.F.: Dirección general de Publicaciones y Fomento.
- Rodríguez, M. M., Mendoza, A. E., Cumplido, F. A., Simental, M. L., Rodríguez, R. G., Sánchez, L. G., Ramírez, B. P. y otros. (2013). *Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52 (1), 68-73.
- Ruiz, M. A. (2003). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes*. Madrid: Díaz de Santos, S. A.
- Saldaña, G. C. (2002). *Trastorno por atracón y obesidad*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, 17 (1).
- Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Soriguer, F. (2004). *La obesidad*. Recuperado el 20 de septiembre del 2016, de [https://books.google.com.mx/books?id=Whh0jhVQFGIC&pg=PA63&lpg=PA63&dq=los+glucocorticoides+que+aumentar+la+obesidad&source=bl&ots=P6aX75VRgd&sig=m7CiYek2TIWAZQ\\_rFkHRzUluPb&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj3cChv9zSAhVLZSYKHcliAYIQ6AEIPDAF#v=onepage&q=los%20glucocorticoides%20que%20aumentan%20la%20obesidad&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=Whh0jhVQFGIC&pg=PA63&lpg=PA63&dq=los+glucocorticoides+que+aumentar+la+obesidad&source=bl&ots=P6aX75VRgd&sig=m7CiYek2TIWAZQ_rFkHRzUluPb&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj3cChv9zSAhVLZSYKHcliAYIQ6AEIPDAF#v=onepage&q=los%20glucocorticoides%20que%20aumentan%20la%20obesidad&f=false)
- Suverza, A., y Haua, K. (2010). *EL ABCD de la evaluación del estado de nutrición*. México, D. F.: Mc Graw Hill.

- Tapia, S. A. (2006). *Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad*. Revista chilena de Nutrición, 33 (2).
- Téllez, M. E. (2014). *Nutrición clínica*. Recuperado el 12 de abril del 2017, de [https://books.google.com.mx/books?id=Z\\_EWCQAAQBAJ&pg=PT351&dq=factores+psicosociales+asociados+a+la+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiWtMneyOPS AhVB7SYKHWrnBII4FBD0AQhIMAg#v=onepage&q=factores%20psicosociales%20asociados%20a%20la%20obesidad&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=Z_EWCQAAQBAJ&pg=PT351&dq=factores+psicosociales+asociados+a+la+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiWtMneyOPS AhVB7SYKHWrnBII4FBD0AQhIMAg#v=onepage&q=factores%20psicosociales%20asociados%20a%20la%20obesidad&f=false)
- Torres, V., Castro, S. A., Matarán, P. G., Lara, P. I., Aguilar, F. M., y Moreno, L. C. (2011). *Beneficio de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado*. Nutrición Hospitalaria, 26 (5).
- Vales, M. (2007). *Cuadernos metodológicos*. Recuperado el 14 de noviembre del 2016, de <https://books.google.com.mx/books?id=6xkfwn9n8EC&pg=PA38&dq=entrevista+semiestructurada&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj8Oz24PzSAhUJLyYKHdcZBL4Q6wEIJzAC#v=onepage&q=entrevista%20semiestructurada&f=false>
- Vargas, L., Bastarrechea, R., Lavila, H., Gonzáles, J., y Avila, H. (2002). *Obesidad*. Fundación Mexicana para la Salud. A. C. México: Mc Graw Hill.
- Vázquez, V. V. (2004). *¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?*. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento. Revista de Endocrinología y Nutrición, 12 (4).



Vera- Arroyo, L., Villarreal-Careaga, J., y Murillo-Llanes, J. (2013). *Identificación de pacientes con Riesgo Moderado a Alto para síndrome de Apnea Obstrucitiva del sueño, utilizando el cuestionario STOP-BANG. Arch Salud Sin, 7 (1).*

Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J., y Hospers, H. J. (2008). *Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. ELSEVIER, 67 (2).*

## Anexo 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a la **Psic. Paula Palacios Ayala**, estudiante de la *Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma de Morelos*, para el uso y manejo de información obtenida durante mi participación voluntaria en el **“Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual para Pacientes con Obesidad Tipo Iy II”**; mismos que serán incluidos en la tesis para la obtención de grado. De igual forma acepto que la información sea recabada a través de grabación de audio de las entrevistas realizadas, guardando la estricta confidencialidad de los datos personales como lo indican las leyes de protección de datos.

La participación en el estudio consta de revisión de expedientes (control nutricional) por parte de la investigadora, ***mi asistencia a las dieciséis sesiones que implica el Programa de intervención***, las cuales se distribuyen de la siguiente manera: cuatro sesiones de entrevista y aplicación de instrumentos; dieciséis sesiones de tratamiento (una vez por semana) y dos sesiones más de seguimiento (una de cada ocho días) después de dos meses, así como una entrevista final tres meses después del término de la intervención. Se estima que la duración de la intervención programada tenga una duración de seis meses.

El derecho de los participantes a retirarse del estudio: entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento de la intervención sin penalización alguna, exigiendo amablemente que mis datos sean destruidos. Este consentimiento dará por terminado el momento de haber culminado la investigación.

El beneficio directo de este estudio es que usted obtendrá una atención psicoterapéutica con el fin de combatir la obesidad y prevenir enfermedades de riesgo ligadas a la misma, asimismo generar estrategias y habilidades que ayuden con los hábitos alimenticios; no recibirá ningún pago ni pagará nada por participar en la investigación.

---

 Nombre del participante

---

 Nombre y firma de la Investigadora

**Anexo 2****Guía de preguntas para el cuestionario de la entrevista semiestructurada****FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Fecha de inicio del tratamiento (médico, nutricional)</b>	
<b>Medicamentos para reducir peso</b>	<b>Si</b> _____ <b>No</b> _____
<b>Peso/Dx</b>	
<b>Peso actual</b>	
<b>Días de control nutricional</b>	

¿Cuáles son las indicaciones médicas y nutricionales que le han dado desde el inicio de su tratamiento?

**1.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD**

- ¿Existe alguna persona(s) con problemas de peso en tu familia? ¿Quién(es)?, ¿Han tomado alguna medida para tratar de controlar el peso? ¿cuáles?

**Comienzo y evolución de la obesidad**

- ¿Podrías describir la complexión física que tenías durante tu infancia?
- Que otras personas en tu familia tienen sobrepeso/obesidad
- ¿Cuándo consideras que comenzó el problema con el peso?
- ¿Qué es lo que solías comer? ¿con quién solías comer?
- ¿Cuáles eran los platillos que más se consumían tu familia? ¿solían comer fuera de casa?
- Describe un día normal/fin de semana (hábitos de alimentación/ingesta) durante tu infancia.
- ¿En qué ocasiones solías comer más (cuando, estabas solo, triste, enojado)?

- ¿Durante tu infancia practicabas algún deporte? ¿Cuál? ¿Por cuánto tiempo lo hiciste/frecuencia? (si la respuesta es si... indagar si aún lo practica o porque lo dejó)
- ¿Durante la adolescencia cuales eran los platillos favoritos que solías comer?
- ¿Podrías describir tu complexión que solías tener durante ésta etapa?
- ¿Con quién, y en donde solías comer (solo o acompañado)
- ¿Cuándo te sentías triste, enojado(a), solo(a), solías comer más?
- ¿En ese momento el problema de peso se lo adjudicabas a algún motivo en especial? (en el caso de presentar obesidad/sobrepeso en esta etapa)

## 2.- Evaluación histórica del peso e intentos de reducirlo

Gravedad del problema:

- ¿Qué tan grave consideras tu problema de obesidad?
- ¿Cómo te podrías describir física y emocionalmente?
- ¿Actualmente, cómo te sientes con tú peso?
- ¿Consideras que tu peso representa actualmente un problema para ti y para las personas que te rodean? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Porque lo consideras así?\_\_\_\_\_

Tratamientos anteriores:

- ¿Qué has hecho anteriormente para intentar reducir peso por ti mismo/a?
- ¿Has recibido algún tratamiento controlado (por médicos u otros especialistas) como el que sigues ahora?
- ¿Cuáles?
- ¿En qué momento decides llevar a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles fueron los resultados que obtuviste?
- ¿Qué te impulso a buscar ayuda de este tipo antes y ahora?
- ¿Estás o has tomado algún medicamento para reducir peso? ¿cuál? ¿cuántos kilos perdiste?
- ¿Has utilizado algún tratamiento informal para reducir peso como: alguna dieta o complementos utilizados para la pérdida de peso?
- ¿Durante este tipo de tratamiento cuales eran actitudes que adoptabas, por ejemplo: seguías las dietas prescritas Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿podrías describir como era la manera en que las llevabas acabo?

- ¿Cuándo tomabas los complementos, como era tu dieta habitual?
- ¿Llegabas en algún momento en suspenderla tanto la dieta como los complementos? ¿En qué momentos sucedía? ¿Cuál era el motivo/razón por lo que lo hacías?
- ¿Qué resultados te han dado esos tratamientos? ¿Cuántos kilos perdiste con ellos? ¿Mantuviste el peso durante cuánto tiempo? ¿Posterior a los tratamientos aumentaste de peso? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿cuánto? \_\_\_
- ¿A qué crees que se hayan debido estas oscilaciones?
- ¿Cuánto tiempo se mantuvieron esos resultados después de finalizado el tratamiento?
- En general, ¿a qué crees que se le puede atribuir tu peso actual?
- ¿Por qué crees que este programa va a ser distinto? ¿Qué es lo que te atrae de él?
- ¿Qué es lo que te gustaría lograr?
- ¿Cuáles serían las principales razones por las que te gustaría lograr un peso adecuado?
- ¿Cuántos kilos te gustaría perder, tomando en cuenta tu complejión?

#### Especificación del problema:

- Antes de iniciar el tratamiento nutricional dentro de la clínica de la Cruz Roja ¿llevabas algún control calórico sobre lo que comías? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_
- Aproximadamente ¿cuántas calorías consumías durante el día dentro del régimen calórico?
- ¿Qué es lo que comías de manera habitual antes de iniciar este tratamiento? ¿Qué solías comer en un día normal durante el desayuno, comida, cena y los fines de semana?
- ¿Cuáles son los alimentos que consumías con más frecuencia?
- Señala como era la forma en que solías comer los alimentos: fritos, cocidos, a la plancha, al horno, al vapor.
- ¿Cuáles son las bebidas predilectas? ¿Con qué frecuencia las consumías?
- ¿Cuáles eran las bebidas predilectas? ¿Cuántas veces las consumías durante el día?

#### Especificación del problema actualmente

- ¿Actualmente dentro de tu tratamiento nutricional llevas algún control de acuerdo al menú proporcionado por el nutriólogo de lo que comes?
- ¿Actualmente cuáles son los alimentos que consumes con mayor frecuencia?

- Señala la forma en que ahora sueles preparar y consumir los alimentos: fritos, cocidos, a la plancha, al horno, al vapor.
- ¿Cuáles son las bebidas que consumes con mayor frecuencia?
- Actualmente ¿qué es lo que más te cuesta seguir en el tratamiento nutricional? ¿Has podido cumplir con la dieta proporcionada? Si \_\_\_\_\_ ¿De qué manera? No \_\_\_\_\_ ¿Qué es lo que sucede para que no la lleves a cabo?

Duración o tiempo empleado en comer:

- ¿Cuánto tiempo aproximadamente tardas en comer la comida fuerte del día?
- Utilizando las siguientes escalas relativas a comer rápido-lento ¿Dónde te situarías tú en general?

Lento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rápido

- Específica, suponiendo que 1 es lento y 10 rápido, asigna una puntuación a la forma que tienes de comer en las situaciones siguientes:

\_\_\_ En casa, sentado en la mesa y estando acompañado

\_\_\_ En casa, sentado en la mesa y estando solo

\_\_\_ En casa, pero no en la mesa (p. Ej., en el sofá viendo la televisión, en mi habitación, etc.) y estando acompañado

\_\_\_ En casa, pero no en la mesa y estando solo

Estímulos asociados con la conducta de comer

- ¿Dónde sueles comer? ¿Siempre es el mismo sitio, o sueles cambiar?
- Vuelves a las situaciones a las que asignaste fue estilo rápido-lento de comer y escribe en cuáles de ellas comes más y/o más productos “prohibidos”.
- ¿Cuántas veces a la semana comes en esos sitios?
- Te voy a mencionar algunas situaciones, tú me dirás ¿Cuáles son las situaciones en las que no puedes resistir el comer, aunque no tengas hambre:

\_\_\_ Cuando se presenta delante algo apetitoso

\_\_\_ Cuando estás preparando la comida

\_\_\_ Cuando aún te queda algo en el plato

\_\_\_ Para que no sobre nada de lo que se ha puesto en la mesa

\_\_\_ Cuando la comida sabe muy bien

\_\_\_ Cuando ya ha llegado la hora del aperitivo y/o la hora de la comida

\_\_\_ Cuando estás viendo algún programa de televisión

\_\_\_ Otras

Frecuencia:

- ¿Cuántas veces comes al día? ¿Cuántas bebidas alcohólicas y/o refrescos al día?
- ¿Cuántas veces “picoteas” entre comidas al día?

- ¿Algunas personas cercanas a ti te apoyan con el tratamiento nutricional?

Si \_\_\_\_\_ ¿De qué manera lo hacen? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Qué piensas que sucede?

### Anexo 3

## Guía de preguntas para el cuestionario de la entrevista semiestructurada (después de la intervención)

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

<b>Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Fecha de inicio del tratamiento (médico, nutricional)</b>	
<b>Medicamento que controle peso</b>	
<b>Peso/Dx</b>	
<b>Peso actual/IMC</b>	
<b>Días de control nutricional</b>	

#### Objetivos alcanzados

- ¿Consideras que alcanzaste tus objetivos planteados durante el tratamiento?
- ¿Cuáles?
- ¿Cuáles son los cambios más notables que observas?

#### Estrategias en el tratamiento

- ¿Cuáles son las estrategias de autocontrol, solución de problemas etc., que aprendiste durante la intervención psicológica?
- ¿Cómo las llevas a cabo actualmente, descríbelas?



- ¿Consideras que es importante seguir utilizando las estrategias aprendidas posteriormente?

Si\_\_\_\_\_ porque y de qué manera. No\_\_\_\_\_ porque

- ¿Cuáles son los cambios que consideras más importante que se lograron en tu persona después del tratamiento?
- ¿Consideras que tus hábitos alimenticios han cambiado? Si\_\_\_\_\_ ¿De qué manera? No\_\_\_\_\_ ¿qué crees que sucedió?

#### Tipos y cantidad de comida y bebida:

- ¿Consideras tener algún problema con armar tu menú de acuerdo a la lista de alimentos proporcionada? No\_\_\_\_\_ ¿Por qué? Si\_\_\_\_\_ ¿Cuál sería el problema?
- Actualmente como sueles preparar los alimentos: fritos, cocidos, a la plancha al horno, al vapor.
- ¿Cuánto tiempo aproximado tardas en comer la comida fuerte del día?
- ¿Cuántas veces comes al día?
- ¿Cuáles son las bebidas que regularmente consumes?
- ¿consideras que hay un mejor control de los alimentos y bebidas que consumes actualmente?

#### Estímulos asociados con la conducta de comer

- Actualmente ¿cuáles son los lugares donde sueles comer? (en casa y fuera de ella)
- ¿Consideras que tienes mayor control en los estímulos externos como el seleccionar lugares apropiados para comer?
- ¿Consideras que aún existen situaciones en las que no puedes resistirte comer, aunque no tengas hambre? ¿Mencióname algunas de ellas? No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_ ¿Qué sueles hacer ante esta situación?
- ¿Sueles “saltarte” alguna comida (desayuno, almuerzo, merienda y cena) ¿cuáles?

- ¿Has notado si actualmente algún estado de ánimo, como aburrimiento, la depresión, la ansiedad, etc., te llevan a comer y/o beber? ¿cuáles?

#### Actividad física

- ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades cotidianas, como andar o subir y bajar escaleras?
- ¿Qué actividades físicas realizas al aire libre?
- ¿Cuánto tiempo le dedicas a la semana a la actividad física? (días y horas)

## Anexo 4

## Guía de preguntas para el cuestionario de la entrevista semiestructurada (de seguimiento)

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

<b>Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Fecha de inicio del tratamiento (médico, nutricional)</b>	
<b>Medicamento que controle peso</b>	
<b>Peso/Dx</b>	
<b>Peso actual/IMC</b>	
<b>Días de control nutricional</b>	

- ¿Consideras que aún sigues manteniendo tus objetivos planteados durante el tratamiento? Si\_\_\_\_\_ ¿Cuáles? No\_\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_
- ¿En el transcurso de estos meses has encontrado algún contratiempo que no te permitió seguir con las estrategias psicológicas proporcionadas en la intervención (Autocontrol, control de estímulos, solución de problemas etc.) aprendidas? No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_ ¿Cuáles han sido? ¿De que manera trataste de resolverlos?
- ¿Actualmente continúas en tratamiento nutricional? No\_\_\_\_\_ ¿por qué? Si\_\_\_\_\_¿por qué?
- ¿Qué tomas en cuenta para realizar tu menú del día?
- ¿Qué actividades físicas llevas a cabo? ¿Cuántos días a la semana las realizas y cuál es su duración?

- ¿Qué situaciones te cuesta más trabajo de controlar en relación a la comida o ejercicio, menciona algunas de ellas? ¿Qué has hecho al respecto? ¿Has tratado de controlar? ¿De que manera?
  - ¿Actualmente como te sientes con tu peso?
  - ¿Cuáles son los cambios más notables que observas?
- 
- ¿Después de la intervención has buscado algún grupo de apoyo, ya sea psicológico o nutricional? Si\_\_\_\_\_ ¿cuál? No\_\_\_\_\_ ¿cuál es la razón por lo que no la hecho?
  - ¿Hay alguien que te apoya (hermano, padre, madre, amigo) para que continúes con las dietas y los ejercicios?
  - ¿Cómo se siente actualmente? ¿han surgido algunos otros malestares que no tenga que ver con el control de peso? Si\_\_\_\_\_ ¿cómo cuáles? No\_\_\_\_\_

## Anexo 5

## Autoregistro de la comida y bebida

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Nombre: \_\_\_\_\_ ---

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

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

## Anexo 6

## Autorregistro del ejercicio físico

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

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

## Anexo 7

**CONTROL NUTRICIONAL SEMANAL DEL PACIENTE DE LA CRUZ ROJA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: Médico \_\_\_\_\_ Nutricional \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

<b>Semanas</b>	<b>Fecha</b>	<b>Peso</b>	<b>Observaciones Nutricional/psicológica.</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Dirección de Psicología

Jefatura de Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., a 07 de Diciembre de 2018

FPSIC/SPOSG/MAEST/2018/729

**ASUNTO:** Votos Aprobatorios

**DRA. NORMA BETANZOS DÍAZ**  
**DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON OBESIDAD TIPO I Y II”** trabajo que presenta la C. **“Paula Palacios Ayala”**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

**A T E N T A M E N T E**

**VOTOS APROBATORIOS**

<b>COMISIÓN REVISORA</b>	<b>APROBADO</b>	<b>CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*</b>	<b>SE RECHAZA*</b>
MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL			
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS			
MTRA. GABRIELA AÑORVE VALDÉZ			

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo