



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

PSICOEDUCACIÓN: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA

TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL DE PESO

EN MUJERES CON OBESIDAD

Por

YANELI CRUZ-GUILLÉN

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis
Ismael García Cedillo

Co-Director de Tesis
Omar Sánchez-Armáss Cappello

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

PSICOEDUCACIÓN: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL DE PESO
EN MUJERES CON OBESIDAD

Por
YANELI CRUZ GUILLÉN

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis
Ismael García Cedillo

Co-Director de Tesis
Omar Sánchez-Armáss Cappello

Sinodales

Mtra. Silvia Larisa Méndez Martínez

Dra. María del Carmen Rojas Hernández

Dr. Ismael García Cedillo

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado

Dra. Angelina González Hurtado
Coordinadora de la Maestría en Psicología

Dr. Agustín Zárate Loyola
Director

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado para la realización de este proyecto de maestría con la beca otorgada desde el inicio de mis estudios de posgrado; al Instituto de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí; en especial a mi director de tesis, el Dr. Ismael García Cedillo por incentivar me a seguir preparándome profesionalmente, por las horas, la paciencia y el conocimiento transmitidos a lo largo de esta trayectoria académico-formativa. Agradezco al cuerpo académico de la Maestría en Psicología; a mi co-director el Dr. Omar Sánchez-Armás Capello, a mis lectores la Mtra. Silvia Larisa Méndez Martínez y la Dra. María del Carmen Rojas Hernández, que con sus aportaciones a esta tesis han sido ejes fundamentales para finalizar este proyecto.

Agradezco a mi familia que siempre han estado presentes, me han regalado amor, comprensión y apoyo incondicional para alcanzar mis metas; Mireya, Porfirio y Diandra muchas gracias. A mis amigas y amigos que han estado en todos los momentos, gracias por sus palabras de aliento en las peripecias difíciles y por alentarme a seguir.

Mi agradecimiento infinito a la Jurisdicción Sanitaria No.1 de San Luis Potosí, a la Unidad de Especialidades Médicas de Soledad y a su personal, que con su ejemplo, dedicación y apoyo contribuyeron en el trabajo de este proyecto; principalmente a la Dra. Violeta Nidia Acosta Rodríguez, quien gestionó los espacios para realizar la investigación y estuvo supervisando la realización de la misma. Finalmente y sobretodo agradezco a las mujeres participantes de los grupos, quienes estuvieron dispuestas a colaborar en esta investigación de inicio a final, compartiendo su vida y su historia, les agradezco los días de paciencia y colaboración, sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible.

PSICOEDUCACIÓN: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL DE PESO
EN MUJERES CON OBESIDAD

Resumen

por Mtra. Yaneli Cruz Guillén
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Abril 2013

Director de Tesis: Ismael García Cedillo

La obesidad es un problema de salud que afecta a la población mundial, siendo su prevalencia mayor en mujeres que en varones, aumenta a medida que avanza la edad, y en cuanto baja el nivel económico. Su etiología se encuentra en factores genéticos y constitucionales, pero en gran parte por las experiencias del individuo que conforman su estilo de vida: el medio ambiente físico y social, el tipo de hábitos de alimentación, el ejercicio que practica, emociones, creencias y pensamientos. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención basada en la psicoeducación para incrementar la adherencia terapéutica en mujeres con obesidad. Se realizó una evaluación pre-post de mediciones antropométricas, entrevista semi-estructurada y aplicación de OQ-2007. La muestra estuvo integrada por 41 mujeres entre 21 a 51 años de edad, donde el grupo experimental (GE) con $n = 8$ tuvo un IMC medio de 30.25 con una DT de 2.25 y el grupo control (GC) con $n = 33$ una M en el IMC = 27.84 con una $DT = 1.48$. Se realizaron 12 sesiones de 90 minutos, una vez por semana, durante cuatro meses. En los resultados previos a la intervención psicoeducativa se observó que los grupos fueron homogéneos en edad, número de hijos, Glucosa, Colesterol, Triglicéridos, peso máximo y mínimo alcanzando, peso ideal a alcanzar, edad de comienzo de la preocupación por bajar de peso, así como en las variables del OQ-2007. En los resultados de la post-evaluación entre GE y

GC hubo diferencias en las variables sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer y aislamiento social que disminuyeron; en el caso de motivación para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal y asistencia al tratamiento hubo un incremento estadísticamente significativo. En la comparación entre el pre y el post del GE se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. Se concluye que a través de la intervención psicoeducativa se logró la reducción de peso, de IMC, CC y del OQ-2007 en el GE.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	viii
CAPÍTULO	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2.REVISION BIBLIOGRÁFICA.....	5
Psicología de la Salud	5
El Modelo de creencias sobre la salud.....	8
La Obesidad como Enfermedad.....	10
Mediciones de la obesidad.....	11
Prevalencia de la obesidad	13
La prevalencia de obesidad en Mujeres	17
Perspectivas de la obesidad desde las disciplinas en salud	18
Perspectiva social de la obesidad.....	19
Perspectiva económica de la obesidad	20
Perspectiva de la obesidad desde la psicología de la salud.....	22
Perspectiva educativa.....	23
Factores asociados a la obesidad.....	27
Tratamientos de la obesidad.....	28
La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento de la Obesidad.....	42

Factores asociados a la adherencia terapéutica.....	43
Terapias psicológicas para incrementar la adherencia.....	45
La psicoterapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la obesidad.....	46
Psicoeducación como estrategia para incrementar la adherencia terapéutica.....	47
3. MÉTODO.....	50
4. RESULTADOS.....	60
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS.....	76
APÉNDICE	94
A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	94
B. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.....	95
C. CARTEL CONVOCATORIA	95
D. HOJA DE AUTOREGISTRO.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

1. Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo al IMC	13
2. Clasificación de la obesidad en adulto.....	51
3. Contenido y descripción de las sesiones psicoeducativas.....	56
4. Prueba t en Pre-evaluación.....	61
5. Prueba para GE en pre y post.....	62
6. Prueba para GC en pre y post.....	63
7. Prueba t en Post.....	64

CAPITULO UNO

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México forma parte de las principales causas de muerte (Programa Nacional de Salud, 2007-2012). Para el 2006, el 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos se reportaron con sobrepeso y obesidad. En el estado de San Luis Potosí también se presentó un incremento en el 2006 el 68.4% en adultos mayores de 20 años presentaron sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2006).

Para el 2012 dicha prevalencia se incrementó en el país a 73.0% en mujeres y 69.4% en hombres. En el caso de las mujeres mayores de 20 años la prevalencia de obesidad es de 37.5% (ENSANUT, 2012).

La obesidad es una enfermedad extendida con prevalencia creciente, además es un problema de salud importante por ser un factor de riesgo para el padecimiento de otras enfermedades como hipertensión, diabetes, artritis y/o trastornos cardiovasculares (Carretero, 2002). La atención de pacientes con obesidad es un reto al que se enfrentan los sistemas de salud debido al número creciente de enfermos, el aumento en la mortalidad, el desarrollo de incapacidad física prematura y el elevado costo de su tratamiento (Rodríguez-Guzmán, Carballo-Gallegos, Falcón-Coria, Arias-Flores y Puig-Nolasco, 2010).

La Organización Mundial de la Salud en el 2004, señaló que durante los últimos decenios se desarrollaron enfoques encaminados a lograr que los pacientes siguieran el tratamiento para las enfermedades crónicas. Se ha demostrado que muchas intervenciones con medicamentos, enfermeras, orientación, intervenciones comportamentales, recordatorios, etc., son efectivas para mejorar significativamente las tasas de adherencia terapéutica y aunque muchos profesionales realizan intervenciones dirigidas a factores socioeconómicos, sobre el sistema de salud y equipo

de atención, relacionada con los tratamientos, con la enfermedad o con el paciente, esta última se enfoca a la modificación de los hábitos y modos de vida de la persona (OMS, 2003).

En México el costo total del sobrepeso y la obesidad aumentó de 35,439 millones de pesos en 2000 a 67,347 millones de pesos en 2008; la proyección para el 2017, asciende a 150,860.00 millones de pesos, lo que representa un riesgo para la sustentabilidad de un sistema de salud pública y de los hogares (Córdova-Villalobos, 2010). Pese al esfuerzo y costo que han implicado no se ha logrado que las personas con obesidad se adhieran a su tratamiento adecuadamente.

La adherencia terapéutica se refiere a una manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante períodos prolongados, para mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas. En este sentido, se ha incrementado el uso de intervenciones enfocadas a mejorar la adherencia terapéutica para el tratamiento de la obesidad desde las diversas disciplinas que trabajan en el área de salud. En el caso de la psicología, las intervenciones de modificación cognitivo-conductual se han convertido en un componente estándar en el tratamiento de la obesidad para incrementar su adherencia al tratamiento, ya que proporcionan una metodología para modificar hábitos nutricionales y de actividad física (Berry, Sheehan, Heschel, Knafl, Melkus y Grey, 2004). Además de que existe evidencia que sugiere que utilizar estrategias psicológicas enfocadas a la educación del paciente sobre su enfermedad con el propósito de lograr un cambio saludable, tiene efectos favorables para la mejora de la adherencia terapéutica (Berry et al., 2004; Correas y García, 2007).

La psicoeducación como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes puede ser utilizada por cualquier persona con enfermedad mental y/o enfermedad crónica para, ya que está orientada a modificar su conducta, provee información sobre las condiciones, síntomas,

dificultades y características de la enfermedad, así como su tratamiento; durante la intervención psicoeducativa se asesora a las personas respecto al tipo de comportamientos que beneficia un cambio que mejore su vida, enfocados a que tenga mayor conocimiento sobre su enfermedad, evidencia y señala la práctica de conductas de riesgo, presenta los beneficios a obtener desde la prevención de recaída y resalta las consecuencias en la mejora de la calidad de vida con los cambios a realizar (Sobrino y Rodríguez, 2007).

Es esencial aumentar la repercusión de las intervenciones orientadas a los factores relacionados con la persona con obesidad, proporcionar información de su enfermedad, considerar sus motivaciones y recurrir a sus capacidades son estrategias cognoscitivas y comportamentales que movilizan a la persona a realizar cambios enfocados una adherencia positiva a su tratamiento (OMS, 2003).

Por lo anterior es de la mayor importancia desarrollar estrategias Psicológicas como la psicoeducación que apoyen a los pacientes al control de su peso, ya que toma en cuenta los factores de riesgo comportamentales de una manera integral; el conocimiento de la enfermedad, su estilo de vida, su contexto, su situación familiar, etc., y propone alternativas de manutención de nuevos hábitos alimentarios y de actividad física.

La presente tesis ocupa un lugar en la serie de investigaciones que se suscriben a la línea de investigación “*Enfermedades Crónicas*”, donde se desarrollan intervenciones a partir de estrategias psicológicas en espacios institucionales partiendo del modelo de salud. Las intervenciones están orientadas en mejorar la adherencia terapéutica que ahorren costos, desarrollen estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El Servicio de Salud en el 2012, reportó que en San Luis Potosí existen 129 establecimientos bajo el giro de consultorios de control de peso y obesidad, también que dentro

de la Secretaría de Salud existen diversos programas enfocados al tratamiento de la obesidad como “Recorrido por la salud” donde se realizan detecciones y mediciones de peso y talla; existen 8 Unidades de Especialidades Médicas para la atención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en San Luis Potosí, Villa de Pozos, Santa María del Río, Matehuala, Rio Verde, Ciudad Valles, Tamanzuchale y Soledad de Graciano Sánchez. Estas unidades cuentan con personal médico especializado como nutriólogo, psicólogo, activador físico, médico general y equipo para atención y detección de las enfermedades crónicas en donde los afiliados al Seguro Popular pueden acceder a este tratamiento (Servicio de Salud, 2012).

En estas unidades se realizan grupos de autoayuda y de actividad física como caminatas y zumba. A los grupos de zumba acuden mayoritariamente mujeres con sobrepeso y obesidad. Las personas que asisten a los grupos de zumba tienen programadas evaluaciones individuales periódicas y pláticas informativas por los diferentes prestadores de servicio social una vez por mes.

La presente investigación se llevó a cabo en el Estado de San Luis Potosí, en una Unidad de Especialidades Médicas del municipio de Soledad de Graciano Sánchez, con la finalidad de utilizar la psicoeducación como estrategia para incrementar la adherencia en el tratamiento para el control de peso, en mujeres con obesidad que asistían al grupo de zumba.

CAPITULO DOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La obesidad como enfermedad, ha sido recientemente estudiada debido a su índole de epidemia mundial y a su prevalencia ascendente en los últimos años (OMS, 2010). El presente capítulo aborda un recorrido bibliográfico de la perspectiva de la psicología de la salud en relación a la obesidad como una enfermedad; sus características, sus mediciones, su relación como factor de riesgo, su prevalencia y sus diferentes propuestas de tratamiento. Finalmente se presenta la elección de la propuesta psicoeducativa como estrategia de intervención en el incremento de la adherencia terapéutica en mujeres con obesidad.

Psicología de la Salud.

Anteriormente el concepto de salud se entendía como ausencia de enfermedad, donde la valoración social referido a lo disfuncional es perjudicial o no (Juárez, 2011). La salud de las personas está profundamente influenciada por sus conductas, pensamientos y relaciones sociales. Cuando se hace referencia a la salud, se abordan aspectos físicos, psicológicos, económicos y sociales, una nueva forma de pensamiento donde se conceptualizan los procesos de salud-enfermedad asociado a factores psicológicos y sociales, dando cabida a conceptos de bienestar y calidad de vida (Grau, Infante y Díaz, 2012).

Winsolow (citado en Gudiño-Cejudo, Magaña-Valladares y Hernández, 2013) menciona que la salud pública además de involucrar a la medicina, como profesión dedicada a servir a la comunidad a través de la cooperación, debe tener una contribución y participación multidisciplinaria entre disciplinas como química, bacteriología, ingeniería, estadística, fisiología, patología, psicología y en algunos casos sociología.

Desde finales del siglo XIX la Psicología enfocada al estudio el comportamiento humano, en especial la Clínica, en sus modelos trabajó con instituciones para atender enfermedades mentales; originalmente se enfocó hacia la enfermedad “mental”, donde se dirigió a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente (Martín, 2003).

A partir de 1974, cuando la Organización Mundial de la Salud propone una definición de la salud de las personas en la que se contemplan tres dimensiones; “completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” la aplicación de esta perspectiva implicó a la psicología; la salud adquiere dimensiones en lo social, físico, intelectual, espiritual y emocional, donde hay interacción entre sus componentes, indicadores del estado y de la percepción de los individuos sobre su vida (Oblitas y Becoña, 2001).

El abordaje de la salud desde la psicología implicó el estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso salud-enfermedad y aquellos referidos a la demanda y utilización de los servicios, donde participan factores psicosociales y de las interacciones de los actores en los servicios de salud (Grau et al., 2012). Desde esta nueva forma de pensamiento, la Psicología de la Salud considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad desde lo teórico-conceptual, metodológico, hasta las intervenciones en los servicios institucionales de atención a las personas (Martín, 2003).

Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud de la Psicología de la Salud que estudia lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, contiene dos áreas de aplicación; la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud; tiene como ámbitos de actuación en

todos los niveles de atención y su enfoque incluye al individuo, a la familia y a la comunidad (Martín, 2003).

La Psicología de la Salud es la aplicación específica de conocimientos y técnicas de la Psicología Social a temas de Salud, diseño y puesta en práctica de programas de intervención, análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995). Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de la enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, que se expresa en un plano práctico con un modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la actuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Calatayud, 1999).

López-Amador y Ocampo-Barrio en el 2007 mencionan que tomando los lineamientos que dicta la Organización Mundial de la Salud para que un proceso de educación para la salud sea efectivo, debe identificar en primer lugar las creencias de la población, para que sea posible plantear el modo de acción en la misma.

Morrison y Bennet, 2008 definen a la Psicología de la Salud como “una ciencia que intenta describir, explicar, predecir y, cuando es posible, intervenir para controlar o modificar procesos mentales y comportamentales desde el lenguaje, la memoria, la atención y la percepción hasta las emociones, la conducta social y la conducta saludable”.

En los últimos años han aparecido numerosos modelos en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud que proponen propiciar estilos de vida saludables en

las personas que retoman las creencias. Estos modelos son El Modelo de Creencias sobre la Salud, La Teoría de la Acción Razonada y La Teoría de la Acción Social (Cabrera, 2004).

Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa, y Holguín (2003) expusieron la necesidad de retomar los procesos de aprendizajes en los estilos de vida y así tomar en cuenta el Modelo de Creencias en Salud “Antes de centrar la atención en los Modelos de Creencias en Salud es importante reconocer que en la consolidación del estilo de vida con sus prácticas y creencias, están en juego una serie de procesos de aprendizaje que se presentan en contextos específicos”.

Considerando que los estilos de vida de las personas en su práctica y creencia posibilitan a la persona en condiciones que explican la instalación de hábitos que generan enfermedades como la obesidad, en la presente investigación se decidió retomar el Modelo de las Creencias en Salud que a continuación se aborda.

El modelo de creencias sobre la salud.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) surgió como una propuesta para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Este modelo extendió su propuesta para dar explicación a las respuestas de las personas a sus síntomas y a sus comportamientos como respuesta a enfermedades, además hace énfasis en la adhesión a tratamientos, para explicar la toma de decisiones frente a situaciones de elección de alternativas y brinda opciones comportamentales en la aplicación tomando en cuenta el ámbito institucional de la salud (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Una de las ventajas del MCS es que propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Ortiz y Ortiz, 2007). Distingue cinco etapas diferentes para el cambio:

1. Pre-contemplación; donde la persona no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses.
2. Contemplación; la persona no está preparado para tomar acciones en el presente, pero contempla la idea de intentarlo en el corto plazo en los próximos 6 meses.
3. Preparación; la persona considera activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro de un corto plazo en un mes.
4. Acción; la persona realiza un cambio reciente, pero el cambio no está establecido
5. Mantenimiento; el cambio de conducta se ha mantenido por más de 6 meses y mantiene la motivación, la acción y la intención para continuar haciéndolo.

Siguiendo las premisas mencionadas anteriormente, desde el MCS es posible predecir que los pacientes con alguna enfermedad puedan realizar un cambio en estilos de vida más saludables, bajo ciertas circunstancias controladas, este modelo ha demostrado ser útil para el aumento de la adherencia terapéutica (Ehrenzweig, 2007).

El MCS destaca la importancia de analizar las prácticas co-participativas de la vida cotidiana en relación a las manifestaciones de la cultura, las formas y estructuras organizativas; considerando el plano ideológico, en el cual el estilo de vida es visto como una forma de expresión de ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos de los individuos; donde se enfatizan dos factores que determinan la conducta saludable (Jiménez-Martínez, Álvarez-Gasca y Jiménez-Martínez, 2012):

1. La percepción de amenazas sobre la propia salud, determinada por valores y creencias sobre la gravedad/vulnerabilidad ante la enfermedad.
2. Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas, es decir la percepción de beneficios/barreras.

Por lo que para el abordaje de la obesidad desde el MCS plantearía la necesidad de abordar psicológicamente el origen y el mantenimiento de la enfermedad, así como sus variables cognitivas, las variables afectivas y las variables ambientales (Jiménez-Martínez et al, 2012).

La Obesidad como Enfermedad

La energía que el organismo utiliza proviene de tres fuentes: carbohidratos, proteínas y grasas; si el exceso de energía introducida se transforma en energía química almacenada causará aumento del tejido adiposo, el peso corporal puede variar en relación con la ingesta y el consumo total (Moreno-Aliaga y Martinez, 2002). La obesidad es el resultado del exceso de grasa en el tejido adiposo, asociada a la interacción de otros factores (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005)

En gran medida el porcentaje de grasa corporal depende del grado de actividad física de las personas, es decir para que una persona padezca obesidad, se requiere de una disminución del grado de actividad física (Cabrera, Damiani, Chiong, Quintero y Fernández, 1996). Las dietas estrictas para la pérdida de peso han demostrado en general ser ineficaces y en algunos casos desencadenantes de otras enfermedades; por lo que la actividad física contribuye al mantenimiento y aumento de la masa corporal, tanto como la reducción de la grasa y la prevención de enfermedades crónicas degenerativas (Azcona, Romero, Bastero y Santamaría, 2005; OMS, 2010).

Se considera el proceso de aprendizaje, donde tradicionalmente las mujeres, mayoritariamente madres de familia, las involucradas en gran parte en la enseñanza y la transmisión de pautas de alimentación a sus hijos e hijas desde sus primeros años de vida y que se reproducen por generaciones; en el caso de la obesidad se consolidan hábitos de alimentación y de actividad física propiciando la aparición de la enfermedad (Hyde, 1995; Rodríguez-Rodríguez,

Perea, Bermejo, Marín-Arias, López y Ortega, 2007). Para modificar estas pautas, se pueden realizar intervenciones psicoeducativas enfocadas al tratamiento la obesidad, cuyos objetivos estarían enfocados a modificar hábitos de alimentación para disminuir la ingesta y estimular la actividad física, a través del aprendizaje de habilidades (Peña, Elizondo, Herrera, Espinosa y Aranda, 2012).

En el caso de la población mexicana se han considerado tres problemas de salud relacionados con la alimentación; uno de estos problemas identificados se refiere a las enfermedades de lenta evolución que guardan estrecha relación con los alimentos y cuyo crecimiento se ha acelerado en todas las regiones (Ricárdez, Vanessa, Hernández, Victoria, y Lastra, 2003).

Desde la psicoeducación como estrategia para tratar la obesidad en la modificación de hábitos alimentarios y de actividad física se puede recurrir al monitoreo personal de la ingesta, al ejercicio, manejo de estrés, control de estímulos, solución de problemas y reestructuración cognitiva (Peña et al., 2012).

Estas actividades fueron contempladas en esta investigación, se parte de que la obesidad es un fenómeno específico y heterogéneo que tiene múltiples causas. De que su desarrollo es resultado de una compleja interacción de factores genéticos, metabólicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y ambientales, donde existe un aumento del tamaño y número de las células grasas, de una persona (Daza, 2002).

Mediciones de la obesidad.

El incremento de la población con sobrepeso y obesidad ha puesto de manifiesto que los profesionales de salud atiendan esta problemática, lo que exige la creación de estrategias de

evaluación más claras y precisas. Abordar únicamente el peso puede ser poco preciso porque no toma en cuenta los factores asociados a la obesidad (Baile y González, 2011).

Retomando las causas de la obesidad estas se determinan por tres parámetros (Sánchez, Martínez, Quintero y Padilla, 2012):

1. Índice de Masa Corporal (IMC).
2. Porcentaje de grasa corporal.
3. Obesidad abdominal.

Los estudios mencionan que identificar estos factores, así como los referentes a los factores socioculturales asociados a la enfermedad, pueden estar encaminados a acciones de prevención y control a través de la promoción de estilos de vida saludables (Sánchez, Martínez, Quintero y Padilla, 2012).

Una de las técnicas más utilizadas es el Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet (IMC) ya que aporta información entre el peso y la altura de la persona, es un indicador que se obtienen mediante el cociente del peso en kilogramos, por la talla al cuadrado en metros.

Los estudios epidemiológicos han demostrado una relación inversa entre el IMC y la actividad física, indican un aumento en la prevalencia de la obesidad asociada a una reducción en la actividad física y aun incremento en la conducta sedentaria (Márquez, Nava, Santos y Ramírez, 2012)

La fórmula es:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}.$$

En donde IMC es igual a Índice de masa corporal; Peso es igual al peso del sujeto en Kilogramos y Talla es igual a la estatura del sujeto en metros al cuadrado. Este índice relaciona

peso y estatura, y se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre estatura elevada al cuadrado (IMC= peso en kilogramos /estatura en metros²).

La clasificación del IMC se realiza a partir de lo que dictamina la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) y la Norma oficial mexicana (NOM, 2012). Revisar Tabla 1. Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo al IMC.

Tabla 1 Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo al IMC.						
Fuente	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
				Grado 1	Grado 2	Grado 3
OMS	<18.5	18.5 -24.9	>25.0	30.0-34.9	35.0-39.9	>40
NOM	-	-	25.0-26.9	≥ 27		

IMC= Peso actual (kg / estatura m²)

Otra técnica antropométrica que se utiliza es la Circunferencia de Cintura (CC), esta medida se ha correlacionado con el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares, al igual que el IMC, por lo que suelen tomarse ambos indicadores a la par (Baile y González, 2010).

En la presente investigación ambas medidas se estiman para determinar la obesidad, el rango de masa corporal que va de 25 a 29.9 se clasifica como sobrepeso; mientras que es considerado obesidad el tener un IMC mayor o igual a 30 (OMS, 2010).

Prevalencia de la obesidad.

El aumento de la obesidad se ha convertido un problema de salud pública, ya que ha incrementado de manera acelerada y está asociada con enfermedades causantes de las principales muertes en el mundo, México no es la excepción (García-García et al., 2008).

La obesidad se ha convertido una epidemia a nivel mundial y afecta a niños y adultos, especialmente mujeres, tanto de países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, en casi todos los estudios epistemológicos se hace evidente que la obesidad es más frecuente en mujeres y en todas las edades (Sánchez-Méndez. y Esquivel, 2002; ENSANUT, 2006; Aguilar-Ye, Pérez-López, Rodríguez-Guzmán, Hernández-Cruz, Jiménez-Guerra y Rodríguez-García, 2010).

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del percentil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil 85.3, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la *diabetes mellitus*, por lo que las instituciones de salud de primer nivel deben contar con un buen control del estado nutricional del paciente pediátrico para evitar enfermedades; es necesario evaluar periódicamente el crecimiento de cada niño, determinando la progresión e interrelación del peso y talla, para diagnosticar oportunamente la existencia de sobrepeso u obesidad (Liria, 2012). Según la ENSANUT, para 2006 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preescolares fue de 16.7%; en escolares, de 26.2%, y en adolescentes, de 30.9%.

En el caso de la prevalencia en adultos en México, los niveles de sobrepeso y obesidad reportados por la ENSANUT en el 2000, fueron de 36.1% para mujeres de 20 a 59 años y de 28.1 % en hombres del mismo rango de edad.

En el mundo, se estimaron al menos 300 millones de adultos con obesidad, su prevalencia se ha incrementado en los últimos 11 años, además para el 2003 aproximadamente 24% de los adultos a partir de los 20 años de edad tenían obesidad, con una prevalencia de 28.1% en las mujeres, mayor que en los hombres, 18.6%; es decir que para ese año el 35.8% de los adultos presentaron un peso considerado normal (Barquera-F et al., 2003).

Para el 2004 se estimó que más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de la niñez en México padecían de sobrepeso y obesidad, aproximadamente 32,671 millones de adultos hombres y mujeres (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontivero y López-R, 2004).

Para el 2006, el 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres tenían exceso de peso, se encontró que del 2000 al 2006 se habían duplicado las cifras en relación al sobrepeso y a la obesidad en el país. Las personas mayores de 20 años presentaron prevalencias de sobrepeso y obesidad; el 39.7% de los adultos mayores de 20 años de edad padecían sobrepeso y el 29.9% de obesidad. La prevalencia de obesidad fue un 44.4% mayor en mujeres que en hombres. De acuerdo a su IMC la región norte del país tuvo la mayor prevalencia de obesidad, 34.7% y el sur tuvo la más baja, 27.3% (ENSANUT, 2006).

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en San Luis Potosí fue de 68.4% en adultos mayores de 20 años; 65.8% para hombres y 70.2% para mujeres. Al desglosar por tipo de localidad de residencia, la prevalencia en las localidades rurales fue 62.4% y en las urbanas 71.8%; siendo en las localidades urbanas, hasta 6 puntos porcentuales mayor en mujeres que en hombres (ENSANUT, 2006).

Para el 2007, en México las tres principales causas de muerte en hombres y mujeres en edad productiva, es decir de 15 a 64 años de edad, estaban asociadas con la *Diabetes mellitus*, Enfermedades isquémicas de corazón y enfermedad cerebro-vascular, directamente relacionadas con el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2007).

La Secretaría de Salud, 2007 mencionó que en México, el sobrepeso y la obesidad fueron la tercera causa de muerte en personas en edad productiva, es decir de 15 a los 64 años. Para el 2010, mencionó que las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, las cardiovasculares y las complicaciones derivadas del síndrome metabólico tienen una relación con la

obesidad y el sobrepeso, lo que ha incrementado la demanda de servicios de salud que atienden estas problemáticas invitando a las disciplinas involucradas en el área de salud a hacer uso de sus estrategias para disminuir esas cifras (Secretaría de Salud, 2010).

Ocampo-Barrio en el 2009 reportó que la Organización Mundial de la Salud etiquetó a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. En el 2010, la OMS mencionó que la obesidad había alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial; 1000 millones de adultos tienen sobrepeso y obesidad, se estiman que para el 2015 la cifra superará los 1500 millones y que cada año morían aproximadamente 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.

Para el 2012, México ocupaba el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América, donde su alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representó un problema de salud pública prioritario que exigía la puesta en marcha de una política nacional que reconociera el origen multifactorial del problema (Secretaría de Salud, 2010).

La epidemia ha implicado costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres, la experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales para potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y un cambio en los hábitos alimentarios (Secretaría de Salud, 2010).

Ante el panorama anterior, la Secretaría de Salud, 2010 diseñó un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria llamada: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, sus objetivos fueron determinados mediante la revisión de la magnitud y trascendencia del problema en México, de la evidencia científica internacional, de diversos programas realizados en este país y de

intervenciones que se han llevado a cabo en otras naciones. La estrategia tuvo como propósito contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, involucrando el actuar integral de Estado; acciones dirigidas que permitieran mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas favorables para la salud, así como la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida (Secretaría de Salud, 2010).

Para el 2012 la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adulta mayor de 20 años fue de 69.4% para hombres y 73.0% para mujeres, colocándose en el primer lugar en el mundo en sobrepeso. Además el valor máximo de sobrepeso y obesidad se presentó entre los 30 y los 39 años, mientras que en hombres se observó entre los 60 y los 69 años (ENSANUT, 2012).

La prevalencia de obesidad en mujeres.

La obesidad en la mujer tiene matices peculiares que comienzan a ser comprendidos, la mayor prevalencia de obesidad en las mujeres es producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones sociales (García et al, 2009).

En comparación con los hombres, el mayor porcentaje de masa grasa en las mujeres determina un gasto energético menor por kilogramo de peso, lo que hace más difícil perder el sobrepeso ganado, también se considera que los embarazos favorecen la presencia de obesidad. La menopausia tiene efectos desfavorables en la composición corporal que conduce a un aumento en la obesidad entre los 40 y 60 años, particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance energético. Las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. Además el ambiente “obesogénico” puede tener mayor efecto en las mujeres porque las porciones que ingieren son habitualmente superiores a sus necesidades, ya que sus

requerimientos energéticos son menores a los de los hombres por su fenotipo y su nivel de actividad (García et al., 2009).

Para el 2012, se estimó que cerca de 36000 mujeres murieron por diabetes, a lo que se suma el aumento de peso y enfermedades crónicas como hipertensión arterial y problemas cardiovasculares (ENSANUT, 2012).

Perspectivas de la obesidad desde las disciplinas en salud.

Tal como se ha abordado, la obesidad involucra a las disciplinas del área de la salud, por lo que a continuación, se presentan sus diferentes aportaciones:

Desde la perspectiva médica se considera, la obesidad es el resultado del exceso de grasa en el tejido adiposo, una característica de algunas especies que facilita su supervivencia cuando están sujetos a ciclos estacionales de hambruna y de abundancia, es producto del mal uso de los genes economizadores, acumulando energía que no se consume por los estilos de vida sedentarios de las personas (González, 2005).

Algunos autores sostienen que el factor genético adaptativo establece que las personas con obesidad con condiciones económicas pobres podrían haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica, apuntan a que el cuerpo ante una situación amenazante, almacena alimentos para los periodos de escasez, por lo que produce obesidad (Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006).

La obesidad considerada por causas genéticas y fisiológicas, toma la herencia como un factor predisponente en el desarrollo de la adiposidad no hay precisión la participación de los genes, se sabe que aún sometiendo a familias completas a determinados estilos de vida, su peso se comporta de manera diferente (Tejero, 2008; Barrientos y Flores, 2008).

Hay evidencia de que la obesidad reduce la expectativa de vida para las personas que la padecen, sobre todo después de los 40 años, siendo las más afectadas las mujeres que tienen un nivel de escolaridad bajo, con bajos ingresos y que han pasado por embarazos, menopausia o tratamientos hormonales, además evidencian de que las mujeres con desnutrición durante la niñez hacen más propicia la obesidad durante la vida adulta (Sandoya, Schwedt, Moreira, Schettini, Bianchi y Senra, 2007; Morales, 2010).

La obesidad desde esta perspectiva médica se considera como endógena, en el sentido que intervienen factores genéticos y exógena como resultado de una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida (Meza y Moral, 2011).

Perspectiva social de la obesidad.

Desde la perspectiva social, las condiciones de pobreza son un factor a favor de la obesidad, condiciones que propician el consumo de productos altos en calorías que son económicos y de fácil acceso (Aloy y Francisco, 2009). Dentro de las problemáticas sociales es que en ciertos sectores de la sociedad, donde se cree que la obesidad es un sinónimo de belleza y buena salud y no se percibe como enfermedad que afecta la salud de las personas (Marcos, Pérez, Rodríguez y Caballero, 2010).

Los programas contra la obesidad están basados en acciones comunicativas positivas y dicen alejarse de las teorías que culpabilizan y responsabilizan al individuo por su enfermedad, definiendo a la obesidad como un mal de carácter social y colectivo, señala que los representantes públicos tendrían la responsabilidad de informar las consecuencias de las decisiones de consumo y de incentivar la creación de espacios, programas y estrategias públicas que propicien el desarrollo de actividades físicas y favorezcan hábitos saludables físicos y de alimentación (Oliva,

González, Labeaga y Álvarez, 2008; Gracia, 2010). Es decir programas públicos enfocados a lo educacional.

Es el seno familiar donde se adquieren hábitos de vida, el ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad, desde el desarrollo de los estilos de vida, hasta el ambiente emocional que da significado a lo importante que condicionan los hábitos no saludables y preferencias en la familia, parte desde las costumbres alimenticias y físicas que propician la obesidad, por lo que en la planeación de programas es fundamental tomar en cuenta esta perspectiva familiar (Vázquez, 2004; Troncoso, Astudillo y Troncoso, 2011).

Perspectiva económica de la obesidad.

Los costos que genera la obesidad como enfermedad crónica degenerativa son altos, ha logrado captar la atención de la economía por sus altos costos tanto en lo individual como en el costo de la enfermedad en la población en general; los medicamentos, la actividad física generan tiempo y costos extras (Gutiérrez, Royo y Rodríguez, 2006; García, 2010; García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León y María, 2010).

En el 2011, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2011), menciona que México utilizó 190 mil millones de pesos del gasto público hacia la atención de los problemas de salud asociados a la obesidad; señala que una inversión de aproximadamente 60 pesos mexicanos por persona, podrían apoyar en medidas que impliquen; 1) promoción de la salud en los medios de comunicación, 2) programas etiquetados alimentarios obligatorios , 3) normativas sobre publicidad alimentaria para niños y 4) medidas fiscales que podrían evitar 55000 muertes al año, en comparación de los 600 dólares 7000 anuales por persona en asistencia médica por estas causas.

Parte de las acciones públicas relacionados con la perspectiva social, están las responsabilidades sociales como la promoción del amamantamiento que protege a los niños contra la obesidad, la transformación de la escuela de un ambiente obesogénico a un ambiente saludable, la creación de espacios para caminar o usar bicicleta y la regulación de publicidad dirigida a los niños para disminuir el consumo de alimentos no saludables (Barrientos y Flores, 2008). Dentro los programas Nacionales y como respuesta al crecimiento de la obesidad como epidemia, desde el 2004 México se adhirió a la estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas (Secretaría de Salud, 2010).

En el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010 se establecen cuatro acciones horizontales; 1) Información, educación y comunicación, 2) Abogacía, corregulación y regulación, 3) Monitoreo y evaluación y 4) Investigación. Dentro del programa de la Secretaría de Salud del 2010 los objetivos en los que incide un tratamiento de obesidad son:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones sobre una dieta.
6. Promover y proteger la lactancia materna hasta los seis meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes.
8. Disminuir el consumo y producción de grasas saturadas en la dieta y de grasas trans.

9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables.
10. Disminuir el consumo diario de sodio.

Perspectiva educativa.

Debido a la obesidad y sus consecuencias, diferentes países han tomado medidas de prevención, cada país ha obtenido diferentes resultados; afortunadamente México no es la excepción, en la Secretaria de Salud, la Secretaria de Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social, con su programa PREVENIMSS y algunas organizaciones no gubernamentales, se han iniciado campañas publicitarias informando del incremento de la obesidad, pero aún son necesarias campañas que tengan como objetivo sensibilizar a toda la población, sobre los peligros y los beneficios de su control y prevención de la obesidad (Barrientos y Flores, 2008).

La educación afecta positivamente el estado de salud, el nivel educativo resulta ser uno de sus determinantes (Guerrero y León, 2010). El aprendizaje de los padres a los hijos incluye la conducta planificada. Este aprendizaje puede provenir de la tradición familiar, educación recibida en distintos niveles de la formación escolar, los medios de comunicación y amigos (Troncoso et al., 2011).

Perspectiva de la obesidad desde la psicología de la salud.

La condición de salud en las personas se relaciona con su conducta, sus pensamientos y sus relaciones sociales, los estilos de vida de las personas tienen un impacto directo en la condición de salud.

La forma en que vive una persona, cómo se comporta y responde ante diferentes situaciones se conoce como “estilo de vida”, cuando estas respuestas son habituales se les conoce como “hábito” (Rodríguez, 1995). Los hábitos que conforman el estilo de vida de una

persona tienen una relación directa con algunos aspectos y efectos en la salud de los individuos, algunos favorecen una vida saludable y otros la perjudican (Oblitas et al., 2000).

Los estilos de vida de las personas se han modificado a través de los años (Oblitas, et al., 2000) y debido a las actuales condiciones de vida de la población, se ha puesto énfasis en el estudio de sus hábitos de vida, los hábitos de alimentación, ya que se consideran un instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad (Uriarte, 2010).

En este sentido, fue Hipócrates quien señaló por primera vez la obesidad como un problema de salud, destacando que la muerte súbita era más común entre personas que tenían obesidad, asoció la alimentación y el ejercicio como medida para contrarrestarla y fortalecer el tratamiento de la misma (Cantú y Moreno, 2007).

Cantú y Moreno, 2007 mencionan que para el siglo XVIII y XIX y con la llegada de la revolución industrial se modificaron los estilos de vida de las personas, modificando su alimentación y disminuyendo el esfuerzo físico, haciéndolo más sedentario, lo que ha representado costos actuales donde las prevalencias de personas con obesidad incrementan considerablemente.

La situación referente a la obesidad, sus costos, implicaciones y complicaciones ha puesto de manifiesto, en el ámbito de la salud, la necesidad de dirigir las estrategias de Salud para combatir la obesidad y el sobrepeso, involucrando sus diferentes áreas, lo que ha implicado crear o involucrar programas de acción de las diferentes disciplinas en salud, como la medicina, la nutrición, trabajo sociales, enfermería y psicología, ya que intervienen factores bio-fisiológicos, culturales, socioeconómicos y psicológicos (Plasencia, Rodríguez, Pérez y Caballero, 2008).

Desde la perspectiva de la psicología de salud, el tratamiento integral de la obesidad, está orientado hacia lograr un cambio en su estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud de la persona, corregir sus comorbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas.

En México el tratamiento integral de la obesidad, bajo la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, se menciona que deberá contar con profesionales, técnicos y auxiliares que prestando sus servicios que actuaran en beneficio del paciente, el tratamiento incluye el tratamiento médico, nutricional, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en casos necesarios, quirúrgico (NOM, 2010).

Actualmente, la evidencia de los efectos adversos que la obesidad tiene sobre la salud es extensa, dentro de las enfermedades asociadas a la misma se mencionan (Organización Mundial de la Salud, 2010):

- Enfermedades Cardiovasculares; hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva.
- Enfermedades Endócrinas y metabólicas: Diabetes mellitus tipo 2, dislipedemia, gota.
- Enfermedades Pulmonares: apnea, hipoventilación por obesidad.
- Enfermedades Gastrointestinales: colelitiasis, hígado graso.
- Otros: accidentes cardiovasculares, osteoartritis, riesgo aumentado de cáncer de endometrio, mamas, próstata y colon.

Existen algunos factores genéticos y constitucionales que inciden en la posibilidad de que la obesidad se manifieste, aunque debemos tener en cuenta factores de índole mucho más individual, que son aquellos propiamente psicológicos, que hacen referencia a la forma en la cual los individuos piensan, sienten y actúan, es decir, los procesos de percepción, memoria y aprendizaje (Carvajal et al., 2000).

La obesidad es una enfermedad que se ve afectada por varios factores, como son, genéticos y ambientales, que conducen a un aumento del peso corporal, por una diferencia en la energía ingerida contra la energía consumida (Esquivel, 2004).

Algunos autores consideran los factores psicológicos causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Los hallazgos psicopatológicos tienen poca relación con la opinión popular respecto a la personalidad del obeso, que lo define como una persona que puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado. Los intentos por encontrar estas características de la personalidad obesa han llevado a descubrir resultados opuestos (Silvestri y Stavie, 2005).

No se ha obtenido un perfil de personalidad del individuo con obesidad, sin embargo, se han encontrado características que prevalecen como: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima (Korbman, 2010).

Las personas con obesidad presentan rasgos de personalidad como alexitimia en un 42.9 %, además se relaciona con otros rasgos como la anhedonia, locus de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal. Parece haber relación entre la obesidad y el nivel de impulsividad, aunque hay estudios que indican lo contrario, en el sexo femenino. La autoestima también se relaciona con la obesidad, a mayor peso, menor autoestima. Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40 % de ellas no se autoaceptan y no se consideran autónomas ni integradas a la sociedad (Ruíz, Santiago, Bolaños y Jáuregui, 2010).

Los científicos han sido obligados a reconsiderar y a validar la importancia de la percepción de los riesgos para la salud de la ciudadanía en general, debido a que estos utilizan las representaciones sociales a la hora de adoptar conductas en cuanto a su salud, mientras que los

científicos utilizan la racionalidad y la evidencia científica ante las conducta de riesgo practicadas por los individuos, por lo que las investigaciones de carácter científico de este fenómeno deben considerar factores comportamentales y cognitivos (Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2009).

Factores asociados a la obesidad.

Como se ha mencionado en los párrafos anteriores, la obesidad es multifactorial, por lo que a continuación se abordan los factores asociados a la misma.

Para abordar la obesidad, se considera la interacción de los factores de riesgos para que una persona la padezca, directamente se relacionan con un consumo elevado de alimentos y escasa actividad física, ya que el gasto calórico no es suficiente y es lo que produce el aumento de los depósitos grasos (Alemán-Mateo, Esparza-Romero y Valencia, 1999).

Existen factores genéticos y constitucionales que inciden en la posibilidad de la obesidad se manifieste, pero el que lo haga o no, depende en gran parte de las experiencias que el individuo haya tenido con el medio ambiente físico y social, el tipo de hábitos de alimentación y ejercicio que tenga, así como las implicaciones de la comida en su estilo de vida (Carvajal, Duperly, Gempeler, Kattah, Llano y Zundel, 2000).

Se considera un factor asociado a la aparición de la obesidad a los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales (Quirantes, López, Hernández y Pérez, 2009). Actualmente el sedentarismo, o escasa actividad física, también se considera un factor de riesgo de muerte que prevalece en todo el mundo, y que tiene una estrecha relación con enfermedades crónicas, razón por la cual, una de las recomendaciones para la prevención de la obesidad es la de realizar, actividad física 30 minutos al día (Pinto, 2004). La actividad física es un factor importante en el desarrollo de un

estilo de vida saludable, evita problemas crónicos y favorece el control de peso (Guzmán y Gómez, 2011).

Los fenómenos metabólicos que inciden en la acumulación de grasas en el ser humano propician la adicción natural por las grasas y los azúcares, la oferta y el consumo generalizado de alimentos con alta densidad energética, favorecen el aumento de peso de distinta manera para cada individuo, por lo que el consumo de alimentos altos en grasas y azúcares es considerado un factor de riesgo para padecer obesidad (Hernández y Calderón, 2010). En este sentido y aunado al ritmo acelerado que impone la economía desarrollada, donde se dedica mayor tiempo al trabajo, implica, muchas veces, descuidar la alimentación; dejar de desayunar, no comer en familia y ser alimentados por comidas rápidas, lo anterior proporciona que estos factores favorezcan fuertemente a la obesidad (Marcos, Rodríguez, Pérez y Caballero, 2010).

En este sentido, la población con bajos recursos resulta ser la más afectada, pues a su alcance solo se encuentran productos económicos, que no cuentan con las reglas nutricias necesarias, al mismo tiempo que no existe una cultura que implique la obtención de información (Guardiola, 2010).

Dentro de las causas psicológicas, según Calva, 2003, se encuentran que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimentarios, mala imagen corporal, tristeza e infelicidad debido a hábitos de ingesta erróneos (Alvarado, Guzmán y González, 2005).

En el 2003, Ramírez et al. hicieron énfasis en que los factores que se consideran de riesgo para el desarrollo de la obesidad son un consumo excesivo, actividad física sedentaria y factores hereditarios, además de que la situación económica declarada en crisis en el país es un factor que ha contribuido en el estilo de vida, los hábitos alimentarios, las costumbres, la conducta, etc. La

obesidad se da en familias, y las intervenciones basadas en la familia son formas afectivas en los involucrados pueden trabajar para mejorar los hábitos de nutrición y ejercicio (Berry et al., 2004).

Salmerón, citado en Cabello y Ávila, 2009 menciona que los estados afectivos como la depresión, la ansiedad, el aburrimiento, el cansancio, el enojo o la tristeza, se consideran sentimientos que propician comer en exceso; además llevan a las personas a ingerir alimentos para compensar su estado de ánimo. La obesidad se asocia a la baja autoestima, ya que se ha detectado que quienes padecen obesidad, adoptan actitudes como cerrarse a los diálogos, al establecimiento de relaciones interpersonales, tienden a caer en pesimismo y a sentir culpa (Cabello y Ávila, 2009).

La obesidad afecta de manera diferente a hombres y mujeres, se asocia a distintas enfermedades, sobre todo en mujeres, como son cáncer de útero, ovario, endometrio y mama, siendo también peor la calidad de vida relacionadas con la salud, existiendo una posible asociación con los problemas para desarrollar actividades cotidianas y problemas mentales (Oliva, 2009).

Esquivel en el 2004 mencionó que la mujer es severamente afectada, indistintamente del grupo de edad al que pertenezca. Se consideran cuatro aspectos por los cuales se puede decir que la obesidad afecta en su mayoría a mujeres con escasos recursos, a diferencia de las que tienen mayores posibilidades económicas; el primero es que las mujeres con condición socioeconómica alta poseen hábitos de hacer dietas y restringir el consumo de alimentos, lo cual no es frecuente en la condición socioeconómica baja; el segundo es que existe mayor tendencia a realizar actividad física, al tener mayor tiempo y mayores oportunidades de hacer ejercicio con fines recreativos; el tercero es la movilidad social y el último sería el factor hereditario.

Tratamientos de la obesidad.

Dentro de los tratamientos con medicamentos Wadden et al., 2005 mencionan que entre los medicamentos aprobados para el tratamiento de la obesidad está la sibutramina (inhibidor de la recaptación de serotonina y adrenalina), pero la terapia combinada de sibutramina y consejería para cambio de hábitos de vida (terapia conductual), en formato grupal produjo una mayor pérdida de peso que cada intervención por sí sola.

Están los tratamientos que involucran teorías dinámicas, está el reportado por Beutel, Dippel, Szczepanski y Thiede, 2006 tuvieron como objetivo comparar la eficacia de los tratamientos psicodinámicos y conductuales de pacientes hospitalizados con obesidad severa con respecto al peso y la angustia. En este estudio longitudinal de los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tratamiento conductual o psicodinámica de hospitalización. En su mayoría fueron mujeres obesas con comorbilidad psiquiátrica y somática y fueron examinados con escalas estandarizadas de autoinforme de la angustia, los problemas interpersonales (Inventario de Problemas interpersonales), el comportamiento alimentario y la imagen corporal. Durante los 49 días de tratamiento con hospitalización, los pacientes perdieron una media de 5,6 kg (4,4%) en el comportamiento (n = 130) y 5,7 kg (4,4%) en el marco psicodinámico (n = 137). En ambos casos, la conducta alimentaria, el bienestar y la imagen corporal también mejoraron de manera significativa. Un año después del alta, la tasa de retorno fue de 73%. El cuarenta por ciento había reducido aún más su peso (más de un 5% en comparación con la ingesta), el 36% había recuperado el peso, pero aún por debajo del nivel de entrada, y otro 24% había aumentado de peso por encima de la ingesta. Concluyeron que la conducta y tratamientos psicodinámicos fueron igualmente efectivos en la reducción de peso y la angustia de más de 1 año, sin embargo el mantener el peso en los pacientes debe considerarse a 5 años para que una intervención sea realmente efectiva.

En el 2006, Bersh mencionó que el tratamiento de la obesidad debe plantearse de forma integral, utilizando todos los recursos terapéuticos disponibles, sin limitarse a estrategias aisladas. El objetivo del tratamiento es conseguir una disminución de peso mantenida en el tiempo y evitar futuras ganancias ponderales para mejorar las comorbilidades asociadas a la obesidad. Por lo que requiere un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos. Algunas estrategias son: la consejería nutricional, la psicoterapia conductual, ciertos medicamentos que ayudan a reducir el peso corporal y la cirugía bariátrica. Dentro de los objetivos de la terapia conductual para la reducción de peso se encuentran que la modificación de los hábitos de alimentación y del nivel de actividad física. Propone un formato de grupo, y que la duración del tratamiento se de 4 a 6 meses, con sesiones semanales, donde se aborde:

- El automonitoreo.
- El control de estímulos.
- Nutrición saludable.
- Entrenamiento en técnicas de manejo de estrés y solución de problemas.
- La psicoeducación.

Las opciones terapéuticas actuales son: el tratamiento dietético, la actividad física regular, el tratamiento farmacológico y el tratamiento conductual. En casos graves y que reúnan los criterios consensuados se plantea la inclusión en un programa de cirugía bariátrica.

Estudios e Intervenciones de la Obesidad desde la Perspectiva de la Psicología

En el estudio titulado *Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación* realizado por Casado, Camuñas, Navlet y Vidal en 1997, señalaron que la intervención en el tratamiento con pacientes obesos debía incluir información, a lo largo de tres sesiones, acerca de su trastorno y de las

variables asociadas al mismo, esto con el objetivo de primero fomentar la adhesión al tratamiento por parte del paciente, incrementar su grado de motivación, responsabilidad e implicación activa en la prevención y control del peso corporal; y segundo la educación nutricional centrada en el aprendizaje de las características de una dieta equilibrada y en manejo de tablas de calorías de los alimentos más comunes.

En el 2003, Giles hizo un análisis narrativo de la audiencia de un episodio del show de la BBC, donde se incluyó el tema de la obesidad por parte del presentador del programa y un grupo de invitados; en el estudio se examinaron dos relatos, donde ambos se estructuran en torno a la idea de un "punto de inflexión" que se traduce en una recuperación exitosa de la obesidad, encontraron que aunque el concepto de recuperación es diferente en ambos casos, utilizando la narrativa personal como herramienta conceptuales, desde la Psicología de la Salud concluyeron que era fundamental para consolidar puntos de vista, por lo que identificar los puntos de venta en la televisión en las que se presentan imágenes positivas de salud y la enfermedad, ya que circulan en shows, en telenovelas y en el teatro popular y pueden ser de considerable interés para ser utilizados para examinar las respuestas de las personas a estos espectáculos y como herramientas para enviar información real respecto a la obesidad.

En un estudio realizado en México por Gómez, Vázquez y Fernández (2003), mencionaron que los niveles de sobrepeso y obesidad reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2000 fue 36.1% para mujeres de 20 a 59 años y de 28.1 % en hombres del mismo grupo. En el 2006 México en la Encuesta nacional de Salud encontró que en las personas mayores de 20 años las prevalencias de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) se había incrementado de manera alarmante para el año 2000 el 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres tenían exceso de peso.

En este sentido la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes: son un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica por lo que prestar efectivamente atención para los procesos crónicos requiere que el paciente, la familia y la comunidad que lo apoya desempeñen una función activa (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Jáuregui (2006) hace referencia a que si el obeso aprendiera a comer y, a caminar mediante un programa de modificación de conducta y un adecuado apoyo psicosocial los resultados serían evidentes. Los esfuerzos “científicos” parecen ir dirigidos hacia los fármacos y las cirugías y aunque casi todos los obesos pierden peso de forma relativamente rápida a corto plazo, es raro que esta pérdida se mantenga en el tiempo, la inmensa mayoría van ganando peso lenta e inexorablemente, hasta recuperar el de la situación previa al tratamiento o incluso en algunos casos, superándolo.

De las intervenciones que involucran los cambios de hábitos de alimentación y promoción de ejercicio está el elaborado por Riggs y Kobayakawa, 2007 este estudio tuvo como objetivo general de dos estudios piloto en las escuelas el de evaluar si un enfoque de prevención que se centró en el cambio de control secundario del impulso, la toma de decisiones, y la competencia social podrían ser eficaces en el cambio de actitudes hacia el consumo de alimentos y la actividad física como factores de riesgo para la obesidad. La estrategia utilizada fue la de traducir los componentes específicos de un programa basado en la evidencia para la prevención de la violencia (Fomento de Estrategias de Pensamiento Alternativo: PATHWAYS) en un programa de la escuela primaria plan de estudios para la prevención de la obesidad. Ambos estudios demostraron cambios significativos en las actitudes positivas hacia la auto-regulación de la conducta apetitiva. Además, el estudio demostró dos cambios positivos en la elección de alimentos reales y patrones de ver televisión. Concluyeron que las intervenciones en jóvenes

deben incluir un componente de programas de estudios basado en la escuela de destino que la autorregulación y la toma de decisiones.

Garduño-Espinosa et al. en el 2008 construyeron un escenario a nivel poblacional donde se hicieron evidentes los efectos potenciales (económicos y en salud) para la prevalencia de obesidad, observaron la obesidad en niños y sus complicaciones, hicieron un cohorte de niños mexicanos que en 2006 tenían entre 5 y 11 años equivalente a 15 487 852 niños, de los cuales el 9.1% presentaron obesidad, 53% fueron niños y 47% niñas, darán seguimiento de los resultados en el 2015 cuando el primer grupo de escolares entre a la edad adulta, adultos jóvenes tenga entre 20-39 años y en el 2025 el grupo tenga entre 40-59 años de edad y finalmente en el 2050, donde se espera dar respuesta a las complicaciones de la enfermedad en las etapas del desarrollo.

En el 2009, Marcos, Rodríguez, Pérez y Caballero concluyen que la combinación dieta, ejercicio y terapia de conducta es más eficaz que los componentes individuales aislados para lograr pérdida de peso sostenida, reconociendo que las medicaciones no son un reemplazo para la dieta y ejercicio. También hicieron énfasis en que un programa de intervención para combatir el sobrepeso y la obesidad debe tener un enfoque integral con acciones sobre los hábitos de alimentación y el nivel de actividad física, pero además incorporar acciones educativas capaces de modificar patrones de conductas, así como lograr identificar los elementos puntuales que en cada individuo agravan su evolución y su respuesta.

Algunas investigaciones psicológicas apuntan a la necesidad de estudiar procesos subjetivos de los obesos, esto incluye, actitudes percepciones y creencias donde Jáuregui, López, Montaña y Morales, 2008 estudiaron la percepción sobre las personas obesas y analizaron las diferencias que pudieran existir entre estudiantes y pacientes con trastornos alimentarios, estudiaron a 138 estudiantes de Farmacia de la Universidad de Sevilla y 50 pacientes en

tratamiento ambulatorio por algún trastorno de la conducta alimentaria según criterios del DSM-IV. Concluyeron que al tener obesidad, las personas son capaces de atribuir características de personalidad muy determinadas, a partir de inferencias sostenidas por la que ha venido en denominar Teorías Implícitas de Personalidad, y por lo que representan los estereotipos. El aspecto corporal provoca una estigmatización de la obesidad. Así también mencionan que tanto el tratamiento, interdisciplinario de la obesidad debe incluirse el trabajo psicoeducativo que contemple las teorías implícitas de la personalidad acerca de las personas obesas, los estereotipos, la estigmatización y la culpa mediante la atribución de un estado al solo hecho de “ser de una determinada manera”.

En el 2008, Pérez et al. reportaron un programa que tuvo como objetivo mejorar el problema del sobrepeso/obesidad del alumnado de una escuela de la minera Barrick-Pierina, en Perú con una intervención educativa que fomentó estilos de vida saludables promovió una alimentación balanceada y un incremento en la actividad física, evaluando al final el cambio de los Índice de Masa Corporal (IMC) calculados según el percentil. En este estudio participaron 121 participantes (65 niñas, 56 niños), de 6 a 16 años (edad media, 9,6 años) con el programa "Estilos de Vida Saludables" usó 5 actividades, basadas en las guías de autoimplementación del CDC de Atlanta: 10 clases teóricas sobre balance energético, dos talleres de loncheras saludables para los padres de familia, asesoría nutricional semanal para el proveedor de la cafetería, un festival de ensaladas de la cosecha del biohuerto y 10 clases de educación física. La estrategia fue planteada por personal de salud multidisciplinario y desarrollada por el equipo de 19 profesores del colegio, fue exitosamente implementado y mediante el desarrollo de 5 actividades de bajo costo, logró influenciar positivamente en el IMC promedio de un grupo de niños en edad escolar. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los 121 alumnos intervenidos cambió de 16.5% ($n =$

20) para sobrepeso y 11.6 % ($n = 14$) para obesidad en el 2004, a 15.7% ($n = 19$) para sobrepeso y 5.8% ($n = 7$) para obesidad respectivamente. Con respecto al IMC, el percentil promedio para la población de 121 alumnos, cambió de 64.8 ($DT = 23$) en el año 2004 a 58.5 ($DT = 26$) en el 2005, con una diferencia altamente significativa.

Carrasco et al., 2008 evaluaron el impacto del programa planeado en personas con sobrepeso y alto riesgo de desarrollar *Diabetes mellitus* tipo 2, planteado por Fondo Nacional de Salud y el ministerio de Salud en Chile, observaron que en muchos pacientes el ambiente sociocultural del que provienen, y las dificultades intrafamiliares, reducen significativamente la adherencia a un programa de esta naturaleza. Además, las expectativas de una mayor reducción de peso que la observada en los primeros meses de intervención, reducen la motivación para mantenerse en el programa. Para mejorar la efectividad de futuros programas es importante considerar la motivación, expectativas y potenciales dificultades de cada sujeto al momento de ingresar al plan de intervención. Apuntan a que los factores tales como la motivación propia para perder peso, el apoyo social, mayor capacidad de soportar el estrés, autonomía, mayor responsabilidad y autocuidado y la mayor estabilidad psicológica, se han asociado a una mayor probabilidad de éxito en la reducción de peso y mantención de los resultados en el largo plazo.

Además se han elaborado intervenciones que logren la baja de peso en pacientes con algún trastorno mental, por ejemplo Weber, Colon y Nelson, 2008 probaron una intervención grupal basada en una intervención cognitiva-conductual grupal como modelo entre las personas hispanas con esquizofrenia en el peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura y la cadera (WH). Fue un estudio experimental con diseño pre-post cuasi-experimental y muestra de conveniencia, de 8 sujetos de una clínica de salud mental pública que se reunieron en 8 reuniones de grupo semanales. No encontraron diferencias significativas en IMC, el peso o WH

basada en los resultados de prueba de talle, el peso de los sujetos se mantuvieron estables, hubo una tendencia hacia la pérdida de peso y nadie subió de peso durante la intervención. Como sabemos, hay múltiples factores que intervienen en el tratamiento de la pérdida de peso, incluyendo cuestiones tales como la motivación, el apoyo familiar, ingresos y estado civil, a pesar de todos estos participantes se encontraban en el grupo socioeconómico más bajo. Otro factor importante que limita este estudio es la variabilidad de aumento de peso asociado con los fármacos antipsicóticos diferentes. Aunque optaron por no excluir a ninguno de los antipsicóticos atípicos drogas debido a la naturaleza exploratoria del estudio y porque la exclusión de determinados fármacos que prolongan el tiempo de contratación impedirían llevar a cabo el estudio de una manera oportuna. Estos autores planean tener en cuenta cada medicamento antipsicótico específico en el análisis.

Jáuregui, López, Montaña y Morales, 2008 concluyeron en su estudio que para el abordaje interdisciplinario de la obesidad y los trastornos alimentarios, era necesario conocer las teorías implícitas de la personalidad, los estereotipos, la estigmatización actual del sobrepeso y el sentido de culpa del obeso atribuyendo su estado a una “forma de ser”.

De las intervenciones que involucran a la familia Gussinyer, García, Carrascosa, Gussinyer, Yeste, y Clemente, 2008 estudiaron a 81 niños de 6 a 12 años con sobrepeso y obesidad, así como con sus familiares. Los cuales participaron voluntariamente, centraron la atención en aspectos emocionales, de estilo de vida y nutricionales que están en el origen de la obesidad infantil. Utilizaron técnicas cognitivas-conductuales, este programa se desarrolló en dos espacios; uno de para los niños y otro para los padres. De sesiones de 90 minutos, una por semana durante 11 semanas. Se evaluaron variables antropométricas; peso, estatura, IMC, porcentaje de grasa corporal, la medición de pliegues cutáneos, área muscular del brazo y

circunferencia de cintura, de cadera y muslo, dietéticas y psicológicas. Los datos obtenidos mostraron que la aplicación de este programa facilitó la pérdida de peso y modificó los hábitos alimentarios que contribuyen en el desarrollo de la obesidad. Este programa únicamente refleja lo que ocurrió tras finalizar el programa y los autores precisaron que debe haber un seguimiento posterior a largo plazo. En este programa sugieren visitas de seguimiento grupal, primero mensuales, luego trimestrales, durante 2 años más y posteriormente anuales hasta 5 años después de haber finalizado el mismo.

Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2009 reportaron un estudio cualitativo, transversal y analítico donde encontraron que las personas obesas no se encontraron satisfechas con su apariencia física, lo que las llevaba a subestimarse y aperebir su cuerpo de manera inferior al de otras personas, también encontraron insatisfacción ante la falta de aceptación personal y el reproche social de su imagen corporal. El consumo de alimentos ocupó un lugar importante en la satisfacción de sus necesidades personales, sus relaciones sociales fueron desplazadas a un plano menos importante. Concluyeron que el inicio del problema de la obesidad se relacionó con los cambios en los estilos de vida, propiciados por el propio proceso de crecimiento y la maduración personal. Fueron los padres o los familiares cercanos las figuras quienes moldearon los hábitos alimenticios y consumo de alimentos al medio por el que logran sentirse integrados y aceptados socialmente, por lo que ponen énfasis en el abordaje de la obesidad desde la familia.

Calderon y Forns, 2009 evaluaron la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales característicos de los trastornos de alimentación en adolescentes con exceso de peso. La muestra consistió en 297 adolescentes (55.2 % de mujeres y 44.8% de hombres) de entre 11 y 17 años, divididos en 4 grupos según su índice de masa corporal (IMC) percentilado: normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad grave. Los cuestionarios utilizados

fueron el Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Encontraron que los adolescentes con obesidad grave muestran más preocupación por su aspecto físico, por su entorno social, mayor sensibilidad corporal y más tensión subjetiva que los adolescentes con sobrepeso u obesidad. En su muestra encontraron que los adolescentes normopeso presentaron factores específicos para desarrollar en un futuro trastornos de alimentación. Y concluyeron que a medida que incrementa el IMC aumentan los síntomas de ansiedad y los síntomas asociados a los trastornos de alimentación.

Heinberg et al., 2009 examinaron la influencia de la participación de los padres y los factores familiares en el índice de masa corporal (IMC) en un programa de tratamiento de cambio de conducta de la obesidad pediátrica. La muestra total fue de 104 niños y sus cuidadores, quienes fueron examinados durante una intervención de la obesidad de 12 semanas. Los participantes, con edad media igual a 11.42 años, $DT = 2.83$, y sus cuidadores completaron medidas de un entorno familiar y la depresión antes de la inscripción. El IMC para niños y participación de los padres fueron evaluados semanalmente durante la intervención. Se llevaron a cabo regresiones logísticas para examinar el papel de los factores sociodemográficos, características familiares, y participación de los padres sobre el peso. Los niños cuyos padres tuvieron una mayor participación tuvieron mayor probabilidades de perder peso o clínicamente significativo (≥ 2 kg) y concluyeron la participación de los padres puede ser útil en la identificación de que es probable que lo haga bien en un programa de pérdida de peso.

Así también Navarro, Saavedra, Velasco, Sablón, De Miguel, y Castro, 2009 hicieron un estudio exploratorio con mujeres con obesidad de grado II y III, investigando su estilo de vida, encontraron que este es mayormente sedentario. En este estudio encontraron que el 56.3% de las

mujeres posmenopáusicas afectadas de obesidad de grado II y III viven por debajo del umbral de pobreza.

Aguilar-Ye, Pérez-López, Rodríguez-Guzmán, Hernández-Cruz, Jiménez-Guerra, y Rodríguez-García, 2010 estudiaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad en Veracruz, México, así como su relación con factores sociodemográficos en estudiantes. Este estudio incluyó a 5,071 estudiantes a los que se realizó antropometría, se determinó colesterol total y se les solicitó información sociodemográfica. Los grupos de estudiantes se muestrearon al comienzo del año escolar a partir de 2001 y hasta 2005. Concluyeron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha mantenido, lo que difiere de lo informado a nivel internacional y hacen énfasis en su prevención. Concluyeron que existen potentes factores que tienden a inducir la recuperación del peso perdido, el principal problema no es el peso corporal en sí mismo, sino la morbilidad asociada a las complicaciones metabólicas y éstas pueden mejorar sustancialmente, incluso tras una pérdida moderada de peso.

Leal, Fernández y Álvarez-Estrada, 2010 definieron los rasgos de personalidad de una muestra de pacientes diagnosticados de obesidad mórbida y determinaron si existía correlación entre estos y la presencia de conducta de atracones. Fue con una muestra de 76 pacientes (58 mujeres y 18 varones) diagnosticados de obesidad, derivados desde el servicio de nutrición al servicio de psiquiatría del Hospital, la gravedad del trastorno se cuantificó a través de la escala de gravedad de síntomas del cuestionario BITE. El 53.94% presentaron conductas por atracón. Se estima que un 30% de los pacientes que acuden a programas de adelgazamiento padecen conductas por atracones y más del 50% de los pacientes con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40. Mencionan que ambos grupos compartieron ciertas características; presentaban una edad de inicio de la obesidad aproximada, un Índice de Masa Corporal (IMC) similar y edad

media y nivel de estudios equivalentes. Estos autores concluyeron que los rasgos de personalidad límite se asocian a la presencia de atracones en los pacientes obesos.

Así también las actitudes se han investigado en mujeres. Sudo, Degeneffe, Vue, Kinsey, Merkle y Ghosh, 2010 estudiaron cinco subgrupos de mujeres de mediana edad EE.UU. ($n= 200$) sobre la base de sus actitudes predominantes hacia la comida y su preparación y consumo. La media de edad de las mujeres fue de 46 años y en su mayoría fueron blancos (86%), muy educadas y con un trabajo. La media del IMC y porcentaje de grasa corporal son más bajos para los "preocupados por la nutrición" segmento de actitud frente a la "dieta" y "impulsividad para comer". La media en cuanto a circunferencia de cintura fue más alta en comedor impulsivo "en comparación con los "preocupados por la nutrición". Las que presentaron una actitud clasificada como "demasiado ocupado para cocinar" en este segmento tuvieron un consumo de energía significativamente mayor en comparación con las mujeres en los segmentos de otras actitudes. El propósito de este estudio fue determinar la relación entre grupos de mujeres de mediana edad que compartían actitudes similares acerca de los alimentos, su preparación y consumo (segmentos de actitud), y el sobrepeso o la obesidad indicado por el IMC, circunferencia de la cintura, el porcentaje de grasa corporal, y la energía total diaria de admisión. Concluyeron que la identificación de las actitudes hacia la comida y su preparación y consumo que se relacionan con el sobrepeso o la obesidad pueden mejorar nuestra capacidad de crear estrategias de intervención eficaces para hacer frente a la obesidad entre mujeres de mediana edad. Así también observaron que la adaptación de una intervención de control de peso de acuerdo a los segmentos de la actitud de las mujeres de mediana edad puede mejorar la eficacia en el tratamiento de estas para reducir su peso.

Hay intervenciones que abordan las motivaciones del paciente García-Llana, Rodríguez y Cos, 2010 presentaron un estudio de caso donde abordaron la terapia nutricional, la actividad física e hicieron énfasis en las motivaciones del paciente para disminuir de peso, tomaron en cuenta los factores de adherencia y adhesión para mejorar la situación de la persona, y concluyeron que se puede mejorar la adherencia al tratamiento haciendo uso de estrategias integrales que contemplen los factores motivacionales como primera línea de intervención en pacientes con perfil de baja adhesión, esto siempre y cuando se logre estandarizar la terapia de modificación de conducta para conseguir resultados eficaces.

Así también Castillo y Kain, 2010 estudiaron los hábitos alimentarios y la actividad física con el objetivo de producir cambios de conducta que favorecieran estilos de vida más saludables, cuyo objetivo fue el de implementar el modelo de Consejería en Vida Sana en madres/cuidadoras de escolares obesos, en producir cambios de conducta relacionados con alimentación y actividad física. La muestra fue por conveniencia, se realizó la medición de peso y talla en el 2008 y su clasificación nutricional se realizó de acuerdo a los estándares de la OMS del 2007. Se realizaron 3 consejerías individuales en el hogar a la madre/cuidadora cada 5 semanas, durante 16 semanas. La duración de 20 a 25 minutos, se abordaron el cambio de conducta desde un enfoque progresivo y diferenciado de acuerdo a la intención de cambio evaluada al inicio y a las características individuales de cada persona. Los resultados obtenidos apoyan la conclusión de que el trabajo con los padre de forma aislada, tendría resultados modestos y requeriría de otras estrategias y de otros contextos para ser efectivo.

Fernández, Leal, Álvarez-Estrada y García-Camba, 2010 evaluaron a 80 participantes (59 mujeres y 21 hombres) entre 16-61 años y un índice de masa corporal (IMC) superior a 25, el 13.7% cumplió criterios diagnósticos para obesidad, mientras que la mayoría (80%) cumplía

criterios diagnósticos para Obesidad Mórbida. Se obtuvo una correlación positiva y significativa ($r= 0.336$, $p=0.001$) entre la alteración en la conciencia interoceptiva y el grado de gravedad del trastorno. En cuanto a la sintomatología asociada con la obesidad, la presencia de atracones se observó más en mujeres de manera significativa y en personas viviendo solas en comparación con la población no clínica, la muestra estudiada de pacientes con diagnóstico de obesidad en sus diferentes niveles de gravedad, presentó mayor grado de confusión y dificultad en el reconocimiento en la identificación y reconocimiento de sensaciones viscerales como el hambre y la saciedad, así como problemas en la capacidad de responder de manera adecuada a sus propios estados emocionales. Los autores hacen hincapié en intervenciones encaminadas a mejorar los componentes de la imagen corporal en pacientes con obesidad, estos autores proponen que se ahonden en el estudio de otros aspectos relacionados con la identidad, tales como la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto en personas obesas.

La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento de la Obesidad

La adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La adherencia terapéutica involucra la posición activa y voluntaria de una persona en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado, por lo que es un proceso multidimensional que comprende la cultura, el tiempo, el lugar y la edad de la persona (Ortiz y Ortiz, 2007).

Aumentar, incrementar o mejorar la adherencia terapéutica de las personas también implica aumentar la seguridad de las personas, ya que la mayor parte de la atención se basa en el

autocuidado del paciente, ya que el cambio en el modo de vida de la persona enfrenta riesgos potencialmente letales si no son apropiadamente por el sistema de salud, aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos (OMS, 2004).

Factores asociados a la adherencia terapéutica.

La Organización Mundial de la Salud (2004) menciona que la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores.

La adherencia terapéutica se refiere a un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores relacionados: el sistema o equipo sanitario, la enfermedad, los aspectos socioeconómicos, el tratamiento y el paciente (Álvarez y Barra, 2010).

Factores sociales y económicos, según Riolo, 2008 pueden influir en una mayor adherencia. Por ejemplo, aspectos como ingresos económicos, hogar estable, transporte, servicio telefónico, accesibilidad a los servicios de salud mental (Hernández, Acosta y Pereira, 2009).

El equipo o asistencia sanitaria, la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la flexibilidad y la confidencialidad son fundamentales para que se lleve a cabo el tratamiento (Ramos, Moreno y Rivera, 2012). Es común la queja de los pacientes hacia los médicos por su

relación distante, sin embargo carecen de asertividad para solicitar una relación más cercana (D´Anelo, Barreat, Escalante, D´Orazio y Benitez, 2009)

Sobre las características de la enfermedad, se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad, el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción de la enfermedad también influye, es decir si el paciente considera que su enfermedad es grave cumple con mayor precisión al tratamiento. Si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de la enfermedad que compromete la conciencia y el desempeño social del individuo (Peralta y Carbajal, 2008).

Con respecto a los tratamientos, se sabe que la adherencia disminuye cuando el número de fármacos y el número de tomas es alto, la forma de administración es complicada o requiere de personal especializado o presenta efectos adversos. Estas situaciones muestran interferencia con los hábitos saludables, por lo que el estilo de vida también disminuye (Ramos, Moreno y Rivera, 2012).

En relación a los factores relacionados con el paciente, según Sajatovic, 2007 variables sociodemográficas como edad, genero, estado civil, raza y nivel de educación han demostrado tener una mayor consistencia en la relación con la no adherencia en pacientes con trastornos afectivos que entre pacientes con tratamiento psiquiátricos (Hernández, Acosta y Pereira, 2009).

La OMS estimó en el 2010 que la mitad de los pacientes no siguen las recomendaciones de sus médicos, problema que llamó la atención no solo de médicos sino de la psicología de la salud (Ortiz y Ortega, 2011).

La falta de adherencia genera pérdidas en lo personal, familiar y social. En el aspecto personal, el paciente puede presentar complicaciones o secuelas que traigan en un futuro limitaciones o sufrimiento. En el punto de vista económico, representa un aumento en el costo

para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada debido al incumplimiento de la persona en su tratamiento (Brito y Serrano, 2011).

Según Villamarin (citado en Ortiz y Ortega, 2011) mencionó que un alto sentido de eficacia personal se encuentra relacionado con una alta ejecución, así como, a una mejor integración social corresponde una mejor salud. Sí las personas creen que pueden realizar una acción para resolver un problema, se inclinarán más a llevarla a cabo y se sentirán más comprometidas con esa decisión; en el campo de la salud, las expectativas de autoeficacia pueden afectar de dos maneras: en su acción como variable cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo para realizar una conducta y la persistencia en su realización, y como mediadores cognitivos de las respuestas de estrés.

Terapias psicológicas para incrementar la adherencia.

La problemática de la obesidad a planteado la intervención de los profesionales de la salud para combatir esta epidemia. Desde la psicología existen diversas terapias enfocadas a incrementar la adherencia terapéutica del paciente, a continuación se describen las principales terapias psicológicas.

Mediante las terapias psicológicas enfocadas al comportamiento se pretende apoyar a la persona a identificar aquellas señales que desencadenan conductas inapropiadas tanto alimentarias como de ejercicio, así como a que aprenda a desarrollar nuevas respuestas que logren un comportamiento adecuado; existen técnicas meramente comportamentales como de auto-monitorización y de control de estímulos; otras más actuales son técnicas de apoyo social y de incremento del ejercicio físico (Garaulet, 2006).

También se han incorporado técnicas de la terapia cognitiva; donde los pensamientos afectan directamente a las emociones y como consecuencia a las conductas; para que las

personas se planteen metas realistas en relación a su tratamiento; corrijan sus pensamientos negativos hacia positivos (Beck y Freeman, 2006).

En lo que se refiere a la obesidad, la terapia se podría definir como un conjunto de técnicas que se utilizan para apoyar al individuo a desarrollar habilidades o destrezas que le permitan alcanzar un peso corporal más saludable físico (Garaulet, 2006).

La psicoterapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la obesidad.

Cooper y Fairburn (2003) desarrollaron un enfoque cognitivo y conductual dirigido a reducir la recuperación del peso y apoyar a la persona a superar los obstáculos psicológicos para la adquisición de conductas eficaces por periodos largos de 3 a 6 meses o hasta mayores a 1 año. Los tres ejes son: a. que el tratamiento ayude a aceptar y valorar las pérdidas de peso alcanzadas, b. que el tratamiento anime a adoptar metas de estabilidad y c. que el tratamiento enseñe técnicas de conducta y cognitivas para el control de peso.

Desde esta corriente psicológica, la terapia busca lograr un funcionamiento independiente de la persona, se recalcan los procesos de aprendizaje, modificación de conducta, tareas de autoayuda y el entrenamiento de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones, tiene como objetivo aumentar o reducir conductas específicas como sentimientos, pensamientos e interacciones en los pacientes con obesidad que contribuyan a mejorar su salud y controlar su peso (Larrañaga y García-Mayor, 2007).

La evidencia en diferentes estudios indica que para el logro de la modificación de estilos de vida y mantenimiento de peso corporal saludable, es decir un aumento en adherencia terapéutica, es necesaria la aplicación de técnicas cognitivas conductuales como automonitoreo, establecimiento de metas, adquisición de habilidades para la solución de problemas, prevención

de recaídas, la búsqueda de apoyo social e institucional (Máquez-Ibáñez, Armendáriz-Anguiano, Bacardí-Gascón y Jiménez-Cruz, 2008).

Desde hace varios años en algunas instituciones se practica la psicoeducación, como proceso que facilita el inicio de cambio de conductas alteradas (García-García et al, 2008). En el caso del tratamiento de la obesidad los objetivos de la psicoeducación son disminuir la ingesta y estimular el gasto energético a través de técnicas para modificar hábitos, con base al desarrollo de habilidades a través del monitoreo personal de la ingesta, al ejercicio, manejo de estrés, control de estímulos, solución de problemas y reestructuración cognitiva (Peña et al., 2012). En esta investigación se utiliza la psicoeducación con técnicas cognitivas conductuales enfocadas a incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con obesidad.

Psicoeducación como estrategia para incrementar la adherencia terapéutica.

La definición más conocida sobre Psicoeducación es la dada por Hogarty (citado en Caballo, V. 1997) quien define a la psicoeducación de la siguiente manera “Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema”.

Esta el concepto de Correas y López (2007) quienes definen la psicoeducación “como la provisión de información didáctica acerca de la naturaleza de un trastorno con el propósito de lograr un cambio de conducta en el receptor de dicha información”.

El componentes del trabajo psicoeducativo tiene dos elementos fundamentales; por una parte la información que puede ofrecerse, es decir los conocimientos de que se dispone acerca de la enfermedad, son ordenados, sistematizados y presentados de manera clara, creativa, ágil y oportuna; y por otro lado el valor funcional que adquieren esos conocimientos, en tanto se

transforman en comportamientos o competencias encaminadas a lograr la adaptación y la mejorar en la calidad de vida de la persona y de su familia (Peña et al., 2012).

El tratamiento psicoeducativo se organiza en las siguientes cuatro etapas (Martínez et al., 2001; Peña, 2012):

- a) Brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad.
- b) Dar información sobre las recaídas.
- c) Revisión de síntomas y señales de recaídas.
- d) Brindar información sobre el tratamiento y los efectos colaterales.
- e) Se dirige a eventos de vida propios del paciente y a la conducta que agudiza los síntomas de la enfermedad.

A su vez Correas y López (2007) mencionan algunas razones por las cuales es importante usar esta estrategia en el tratamiento de la obesidad; por un lado la importancia de que los pacientes sepan las causas que juegan un papel en el desarrollo de la obesidad y que algunas de ellas son modificables para evitar posturas conformistas amparándose en excusas que llevan al fatalismo y no solo impide la pérdida de peso sino que lleva a la ganancia progresiva; resaltan la relativa ineficacia de dietas puntuales, de corta duración, vistas como un esfuerzo transitorio para una vez terminadas volver a la tan añorada situación previa que lleva a recuperar al menos todo lo perdido; evidencian el riesgo que supone la restricción alimentaria intensa en el desarrollo de atracones, como forma del fracaso de las personas para contener sus impulsos; así como señalan las importantes consecuencias que puede tener para la salud la obesidad tanto por morbilidad como por mortalidad en las personas que padecen la enfermedad.

El tema del esfuerzo y la motivación es importantísimo en las intervenciones ya que nadie modifica una alimentación alterada y un peso elevado sin esfuerzo, por lo que el uso de

estrategias psicológicas como la psicoeducación en pacientes con obesidad estaría enfocado a mejorar la adherencia al tratamiento para el control de peso (López, Correas y García, 2001).

El abordaje psicoeducativo en la obesidad es importante para que los pacientes sepan las causas y su responsabilidad en el desarrollo de la obesidad para que entrevean que son modificables (Peña, 2012). La mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados, generalmente, pobres, cuentan con información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentos saludables y el proceso de adelgazamiento por lo que las áreas base del tratamiento deben ser: alimentación, emociones, actividad, ejercicio y familia (Teufel, Becker, Rieber, Stephan y Zipfel, 2010).

CAPITULO TRES

MÉTODO

Objetivo General

Determinar la efectividad de una intervención basada en la psicoeducación para incrementar la adherencia terapéutica en mujeres con obesidad.

Objetivos Específicos

1. Identificar algunos factores asociados a la adherencia terapéutica en mujeres con obesidad.
2. Aumentar la adherencia terapéutica de las mujeres con respecto a su tratamiento.
3. Disminuir el IMC, CC y peso de las mujeres con obesidad.

Definición de Variables

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la relación del peso corporal en kg entre la estatura en metros al cuadrado. Es el indicador más utilizado para establecer el diagnóstico tanto en el ámbito clínico como epidemiológico. En el ámbito clínico, en la Norma Oficial Mexicana se establece que se considera obesidad a un $IMC >27.3$ (Tabla 2).

Según la OMS (2012) uno de los indicadores para determinar la presencia de Obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) . En esta investigación se tomó el IMC para mexicanos, según la Norma Oficial Mexicana (NOM) como indicador para determinar si las pacientes tenían obesidad.

También se realizó una medición de la circunferencia de cintura (CC) ya que se promueve ser usada en personas con IMC de 18.5 a 34.9 para identificar riesgos adicionales, ya que se ha relacionado con el riesgo asociado a enfermedades; una circunferencia de la cintura 94 cm y 80 cm en hombres y mujeres respectivamente, mediciones consideradas un factor de riesgo moderado para complicaciones crónicas relacionadas a la obesidad, mientras que mediciones 102

cm y 88 cm son consideradas como un factor de riesgo incrementado (Trujillo-Hernández et al, 2010).

Clasificación	IMC según OMS	IMC según NOM
Bajo Peso	< 18.50	-
Normal	18.5 -24.9	-
Sobre peso	> 25.0	25.0 – 26.9
Obesidad Grado I	30.0- 34.9	
Obesidad Grado II	35.0- 39.9	≥ 27
Obesidad Grado III	> 40	

Nota: Índice de Masa Corporal (IMC) según la Organización Mundial de la Salud y la Norma Oficial Mexicana (NOM).

- a) Psicoeducación: estrategias psicológica que provee de información didáctica a la persona acerca de la naturaleza de su enfermedad, con el propósito de lograr un cambio de conducta de la persona (Peña et al., 2012).
- b) Adherencia Terapéutica: es el grado en que el comportamiento de una persona que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Tomando la definición anterior, para esta investigación el aumento de la adherencia terapéutica se determina como el cambio antropométrico, psicológico y social del sujeto con obesidad, disminuyendo su IMC, aumentando su asistencia al tratamiento, motivación para bajar de peso, hábitos de salud y su imagen corporal. Así como de la disminución de sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones, aislamiento social y alteración afectiva.

Diseño

Se utilizaron dos muestras independientes, una experimental y una de control, las dos con pre y post. Se organizaron dos grupos, un grupo control (GC) y uno experimental (GE) en el cual se intervino con psicoeducación. La intervención psicoeducativa se realizó una vez a la semana

durante 12 sesiones en 4 meses. Se hizo una evaluación antes de la intervención y una evaluación después de la intervención (pre-post). Se realizó el vaciado y análisis de datos de manera cuantitativa.

Hipótesis de Investigación

- Ho: GC \neq GE

El grupo experimental no presenta diferencias significativas en relación al grupo control en cuanto a la adherencia terapéutica después de una intervención psicoeducativa.

- Ha: GC=GE

El grupo experimental presenta diferencias significativas en cuanto a su adherencia terapéutica en relación al grupo control después de una intervención psicoeducativa.

Muestra

Se trabajó con 41 mujeres con obesidad entre 21 a 51 años que asistieran a tratamiento para bajar de peso en una Unidad de Especialidades Médicas de Soledad de Graciano Sánchez. Se integraron en dos grupos, el grupo control con 33 personas y el grupo de intervención con 8. La selección se hizo de manera no probabilística, por oportunidad y de manera voluntaria. La convocatoria fue ejecutada por el personal de la UNEMES quien asignó, de acuerdo a su base de datos que participaba.

Criterios de Inclusión

- a. Mujeres de 18 a 40 años de edad.
- b. Que asistieran a consulta a Unidades de Especialidad Médicas UNEMES.
- c. Mujeres que se estuvieran en tratamiento para bajar de peso.
- d. Mujeres que estuvieran en el grupo de zumba de UNEMES.
- e. Que aceptaran su participación voluntaria en el estudio.

- f. Que presentaran obesidad no condicionada por problemas en la tiroides, otra enfermedad metabólica o medicamentos que cuyo efecto produzca obesidad.
- g. Mujeres con obesidad que tuvieron su IMC ≥ 27.0 .

Criterios de Exclusión

- a. Mujeres embarazadas.
- b. Mujeres sin datos de registro en UNEMES.

Escenario

Se realizó en la Unidad de Especialidades Médicas del municipio de Soledad de Graciano Sánchez. Inicialmente se gestionó el permiso ante la Jurisdicción Sanitaria No.1, donde se designaron tres espacios de intervención, la autorización o no de la realización de la investigación, dependió directamente de la decisión de los directores. Finalmente la intervención se autorizó y realizó en UNEMES-Soledad. Las UNEMES ofrecen atención de medición y orientación a la población con obesidad, esto incluye tratamiento para bajar de peso en grupo de Zumba, mediciones antropométricas, pláticas con especialistas; nutriólogo, médicos, trabajadora social, enfermería y psicología.

Instrumentos y Materiales

Para obtener la medición de la adherencia terapéutica se utilizaron diversas medidas, según lo que se mencionaba en investigaciones previas, como: a) mediciones antropométricas, b) datos generales, y c) se realizaron mediciones de pensamientos, actitudes y perspectivas en relación a la obesidad.

- a) Para la medición antropométrica se midió IMC, CC, glucosa, colesterol y triglicéridos.

- b) Para la medición de datos generales se diseñó y aplicó una entrevista semi-estructurada, donde se obtuvieron datos como nombre, edad, número de hijos, actividad física, interés y creencias por referentes al peso.
- c) Para la medición de pensamientos, actitudes, y perspectivas en relación a la obesidad se aplicó el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria OQ-2007 de O'Donnell y Warren (2007) integrado por 80 reactivos que miden cogniciones, conductas-hábitos, emociones y actitudes relacionadas con la obesidad. Se aplicó de manera individual. El OQ- 2007 está construido en escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta que van de 0 a 4, las opciones son para nada, un poco, moderadamente, bastante y muchísimo. Se conforma por 12 áreas: una para inconsistencia (INC) y una para defensividad (DEF). Seis escalas para hábitos y actitudes: sobreingesta alimentaria (SOB), subingesta alimentaria (SUB), antojos alimentarios (ANT), expectativas con comer (EXP), racionalizaciones (RAC) y motivación para bajar de peso (MOT). Las últimas escalas indagan variables relacionadas con hábitos generales y funcionamientos psicosocial: hábitos de salud (SAL), imagen Corporal (COR), aislamiento social (AIS), y alteraciones afectivas (AFE). La Consistencia interna de las subescalas oscila entre 0.88 a 0.94. La consistencia interna del OQ-2007 calculada mediante el alfa de Cronbach es de 0.82.
- d) De inicio a final, de la intervención se registraron de lunes a viernes durante los 3 meses, la asistencia diaria de las participantes en ambos grupos. En la post evaluación se sumó la asistencia total de las participantes en la base de datos.

Análisis de Datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico R versión 2.7.0. El nivel de significancia se fijó a priori en 95%. Para efectos del análisis se utilizaron puntuaciones estandarizadas y puntuaciones crudas.

En el caso de los datos obtenidos a través de la entrevista semi-estructurada y las mediciones antropométricas, las puntuaciones crudas se obtuvieron directamente de las respuestas brindadas.

Para determinar las diferencias entre variables continuas durante el pre y el post se aplicó la t de Student para muestras relacionadas y para muestras independientes, con corrección de Welch y de Wilcoxon. Para determinar las diferencias entre variables categóricas se usó una Chi cuadrada.

Procedimiento

Inicialmente se realizó la gestión ante Jurisdicción Sanitaria, se presentó el proyecto ante el consejo y se asignó las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) y se trabajó para la investigación la de Soledad de Graciano Sánchez. Se presentó el proyecto ante el personal de la UNEMES- Soledad, quienes basándose en los criterios de inclusión y exclusión, convocaron a la población.

La convocatoria se realizó en un primer momento, mediante una plática informativa sobre la investigación y el contenido de la intervención psicoeducativa. Una vez que se inscribieron las interesadas, se respetó su confiabilidad mediante la firma de una carta de consentimiento informado, misma que se encuentra en el Apéndice 1.

En la primera fase de la investigación se realizó el análisis de expedientes, se realizaron las entrevistas semi-estructuradas a las mujeres con obesidad interesadas en participar en el grupo control y experimental en un cubículo dispuesto por la UNEMES-Soledad, esta fase permitió verificar los criterios de inclusión-exclusión, así se obtuvo una descripción detallada familiar, social, educativa, personal y médica de cada una de las participantes.

Posterior a la entrevista se aplicó el OQ-2007 de manera individual, donde se les indicaron las instrucciones y se hizo énfasis en que cualquier duda en relación al cuestionario podían recurrir a la investigadora. Una vez que completaron los cuestionarios, se destinó un tiempo de revisión para verificar que cada reactivo estaba contestado, en caso contrario se solicitó que lo completaran.

Las mediciones antropométricas fueron realizadas por parte de la trabajadora social y la enfermera de la UNEMES-Soledad, quienes establecieron fechas grupales para realizar las mediciones individuales en el pre y post.

Intervención

La fase de intervención tuvo una duración de 4 meses, de 12 sesiones de noventa minutos cada una, basadas en la Psicoeducación, cuya finalidad era elevar la adherencia terapéutica en las mujeres con obesidad. El orden, nombre, y temática de las sesiones se presentan en la Tabla 3.

Sesión	Nombre	Temática psicoeducativa	Técnica cognitivo-conductual	Contenido
1	Estilo de Vida Saludable y Etapas de cambio.	Causas y síntomas sobre la enfermedad.	Sesión informativa.	Abordaje sobre un estilo de vida saludable y los estadios de cambio dirigidos a un estilo de vida saludable; definiciones, ejemplos del contexto e identificación del propio estilo de vida y del estadio de cambio.
2	Obesidad como enfermedad.	Causas y síntomas sobre la enfermedad.	Sesión informativa.	A través de una línea de la enfermedad desde el origen, desarrollo y características actuales de la enfermedad. Exposición voluntaria en plenaria, respuestas guiadas con información fiable. Collage colectivo sobre la obesidad como enfermedad, sus síntomas y consecuencias.
3	Asertividad.	Informe de recaídas. Revisión de síntomas y señales de recaídas.	Asertividad; habilidades sociales.	Análisis del fragmento de la película “malos hábitos”, se generaron preguntas intentos de dietas y medios en relación a la obesidad, análisis de las causas, características y consecuencias de las recaídas. Introducción a conceptos básicos de asertividad y ejercicios en rol-playing sobre posibles recaídas con uso de asertividad.
4	Lazos afectivos.	Revisión de síntomas y señales de recaídas. Dirección a eventos sociales de las personas.	Solución de problemas. Asertividad; habilidades sociales.	Recordatorio de los temas abordados, resolución de dudas o comentarios. Análisis del video “Las mujeres reales tiene curvas”, donde en plenaria las participantes describieron lo sucedido en el apoyo que la protagonista recibe. Individualmente identificaron y jerarquizaron su apoyo social que presentaron en grupo. Compartieron y eligieron una situación difícil donde sintieran poco apoyo por parte de la familia en relación a sus acciones para controlar su enfermedad y se resolvió a través de un rol-playing.

5	Estrategias de Adherencia y acción.	Dirección a eventos sociales de las personas. Información sobre el tratamiento de la obesidad.	Autocontrol.	Información sobre el tratamiento de la obesidad, beneficios del ejercicio agradable, las motivaciones de los resultados durante y después del ejercicio, al cuidar la alimentación y el beneficio económicos de un estilo de vida saludable. Se identificaron cuándo, porqué, dónde y con quienes se les facilitaba y dificultaba alcanzar sus metas a través de un sociograma. Elaboraron un cuadro de metas a corto (semanal), mediano (mensual) y largo plazo (anual), donde completaron colocando recortes, palabras o dibujos que representaran las razones por las cuales querían lograr esas metas.
6	Reestructuración cognitiva	Dirección a eventos sociales de las personas.	Reestructuración cognitiva.	Identificación de los pensamientos que influyen en la conducta de ingesta, mediante el análisis de ejemplos de pensamientos negativos en relación a pretextos para asistir o cumplir el tratamiento. Identificación de pensamientos individuales asociados a pretextos e identificación de soluciones con experiencias exitosas propias o conocidas. Elección del pensamiento recurrente, a través de la bitácora de retos, donde se da respuesta a tres preguntas generadoras: <i>¿Por qué pienso eso?, ¿Qué factores impiden que haga o no haga....?, ¿Qué situación está pasando para que piense que....?</i>
7	Autocuidado y automonitoreo.	Revisión de síntomas y señales de recaída. Dirección a eventos sociales de las personas.	Autocontrol. Relajación.	Reflexión de las situaciones donde hay recaídas, elección y análisis de conductas y pensamientos a través de la plenaria. Técnica “diario de alimentación y actividad física”; formatos proporcionados donde se responde: <i>¿qué paso?, ¿qué sentí?, ¿qué comí? ¿por qué evento no fui? ¿qué puedo hacer para la próxima vez?</i> . Se retoman los estadios del cambio compartiendo en qué estadio se encuentran. Se comparten las preguntas por pareja y se trabaja con una relajación guiada con el grupo.
8	Información de Nutrición Saludable.	Información sobre el tratamiento y su efecto.	Sesión informativa. Elaboración de menús.	Identificación de “mi plato diario” por parte de las participantes. Sensibilización con nutrióloga sobre las condiciones de las participantes, se brindan herramientas psicoeducativas para que brinde una plática ante el grupo; presentación del plato del buen comer y porciones viables. Realización de “mi plato ideal” presentación y negociación con nutrióloga a quien se le indicó abordar desde la negociación y no desde la desaprobación. Dinámica de metas a corto, mediano y largo plazo; elección y mención de la elegida con tiempo límite, en voz alta y caminando se avanza un paso en fila las participantes y la nutrióloga alcanzar las metas. Traban “plato real” bajo el “super” de casa.
9	Estrategias para Control de Peso.	Información sobre el tratamiento y su efecto.	Reestructuración cognitiva. Solución de problemas. Autocontrol.	Refuerzo de sesión sobre alimentación; elaboración y presentación de las participantes de menús finales. La presentación se hace frente a grupo en papel bond y agregando a mano las metas de corto, mediano y largo plazo, alrededor del mismo. Una vez expuestos, las participantes firmaron debajo de ellos comprometiéndose a llevarlos lo mejor posible. Bajo la línea del cumplimiento de los menús, la investigadora presentó unas diapositivas con las 5 fases de solución de problemas; <i>1. Identificar el problema, 2. Definir la situación del problema, 3. Alternativas de solución, 4. Selección de alternativas y 5. Evaluación de resultados.</i> Las participantes anotaron las fases en hojas blancas y completaron las mismas con la situación del incumplimiento del menú y/o a la práctica del ejercicio.
10	Mitos y creencias.	Dirigir a eventos sociales de las	Reestructuración cognitiva.	Análisis de lo que se hace y lo que se está dispuesto a hacer. Identificación y refuerzo de recursos positivos que han logrado el cumplimiento de metas. Recorrido de comentarios positivos y negativos de familiares, amigos y conocidos en

		personas.		relación a su peso durante su vida a través de un dibujo. Identificación y expresión de pensamientos y emociones negativos en pares.
11	Ser mujer y Obesidad	Dirigir a eventos sociales de las personas. Causas y síntomas de la enfermedad.	Entrenamiento Asertivo; habilidades sociales.	Dibujo de “mi figura como mujer” y representación de una situación personal en relación a la enfermedad; con pensamientos, emociones, etapas, personas que contribuyeron o entorpecieron en relación a la solución a lo largo de su enfermedad. Exposición en plenaria y dinámica de distensión enfocada al “buen trato” a través del contacto físico de sí misma y expresaron un aspecto positivo de una compañera y por último de sí mismas.
12	Mi familia y la Obesidad.	Dirigir a eventos sociales de las personas.	Asertividad.	Recorrido de las temáticas abordadas durante las 12 sesiones. Elaboración de una carta petitoria a familiares; haciendo énfasis en la importancia de lograr su meta, la acción que les gustaría que cada integrante realizara y el sentimiento positivo que representaría si lo hacen. En grupo se identificó la situación familiar donde no se siente el apoyo. De manera individual escribieron una consejo con acciones a emprender, lo leyeron grupalmente y representaron la opción que mejor les pareció mediante un rol-playing. Dinámica de la “telaraña” donde mencionan el aprendizaje y cambio más significativo que identifican desde la primera a la última sesión el aprendizaje más significativo que se llevaron del taller.

Limitaciones del Diseño

Algunas de las limitaciones del estudio se presentaron en la convocatoria de las mujeres a integrarse al taller debido a los horarios que las participantes tenían, ellas asistían de 7:30 am a 8:30 am a su tratamiento de Lunes a Viernes, la intervención se realizó posterior a este horario de 8:40 am a 10:00 am, ya que muchas de ellas mencionaron que a las 11:00am iban a dejar el desayuno a sus hijos y familia, así como a continuar con las labores de su casa.

En un inicio para el GE se inscribieron 14 mujeres, pero una vez que inicio la intervención participaron 8 mujeres. Otra situación fue el espacio de intervención, era un salón de fiestas adecuado para realizar el tratamiento de actividad física en las mujeres con obesidad que asistían a la Unidad de Especialidades Médicas de Soledad.

Las mediciones antropométricas en el pre y post fueron realizadas por el personal de UNEMES en días programados por la trabajadora social y la enfermera de la unidad, con los

datos proporcionados en el formato de la institución, la investigadora capturó los datos en una base de datos.

Otra situación fue el cambio de días de intervención, se programaron inicialmente los días viernes, pero por suspensión de clases y/o días festivos, las participantes solicitaron que se cambiara para los miércoles.

En cuanto a la elección de instrumentos de medición en relación a la adherencia terapéutica, específicamente no existe uno que esté adaptado para la población mexicana que mida exclusivamente adherencia terapéutica en el tratamiento de la obesidad, por lo que se tomaron en cuenta otros factores como la asistencia de las pacientes, mediciones antropométricas como IMC, CC, Glucosa y Triglicéridos, así como mediciones psicológicas a través del OQ-2007.

CAPÍTULO CUATRO

RESULTADOS

El apartado de resultados está dividido en tres secciones. La primera, contiene la descripción de la muestra. La segunda sección presenta de los datos cuantitativos organizados de acuerdo a las hipótesis de investigación; donde se comparan los datos del GE y GC en la pre-evaluación, se presentan los datos del GE en pre y post, se presentan los datos del GC en pre y post y finalmente la comparación de GE y GC en la post-evaluación. La última sección presenta algunas apreciaciones de la investigadora.

Descripción de la Muestra

La muestra estuvo integrada por 41 mujeres entre 21 a 51 años de edad, donde el grupo experimental GE estuvo conformado por 8 sujetos y el grupo control por 33. Se realizaron 12 sesiones de 90 minutos, una vez por semana, durante cuatro meses. Los resultados de GE y GC se presentan en la Tabla 4.

Comparación de GE y GC en Pre-evaluación

En la Tabla 4 se detallan las características de los sujetos conformados por grupos, se observa que GE y GC son homogéneos en las variables de la medición antropométrica en Glucosa, Colesterol y Triglicéridos.

En relación a los resultados obtenidos de la entrevista GE y GC son homogéneos en edad, número de hijos, peso máximo alcanzado en edad adulta, peso mínimo alcanzado en edad adulta, en el peso ideal a alcanzar y en la edad de comienzo de la preocupación por bajar de peso.

Referente a los resultados obtenidos en el OQ-2007 en las variables de defensividad, sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionas

con comer, racionalizaciones, motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social y alteración afectiva, el GE y GC son homogéneos.

Hubo diferencias significativas en las mediciones de peso, IMC, CC e intentos para bajar de peso, lo que hace referencia a que el GE es más pesado, tiene mayor IMC, CC, así como que el número de intentos por bajar de peso ha sido mayor que el de GC.

Tabla 4 Prueba *t* en Pre-evaluación.

	GE		GC		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Edad	36.12	9.65	34.22	6.39	0.70	43.00	0.49
Hijos	1.75	0.71	2.00	0.75	0.39	43.00	0.87
Peso	73.78	4.17	65.82	4.94	4.23	43.00	0.00*
IMC	30.25	2.25	27.84	1.48	3.79	43.00	0.00*
CC	100.40	5.47	92.70	7.69	2.67	43.00	0.01*
Glucosa	90.88	15.47	92.05	15.28	-0.20	43.00	0.84
Colesterol	150.60	22.65	155.40	28.29	-0.44	43.00	0.66
Triglicéridos	113.40	58.94	116.00	74.01	-0.09	43.00	0.93
Intentos por bajar de peso	3.25	1.39	2.00	1.00	2.99	43.00	0.00*
Peso máximo	68.21	8.10	64.63	12.38	0.78	43.00	0.44
Peso mínimo	60.25	5.39	55.42	10.12	1.30	43.00	0.20
Peso ideal	56.75	3.01	54.97	3.86	1.43	12.55	0.18
Edad comienzo preocupación	24.50	7.37	22.76	6.33	0.69	43.00	0.50
Defensividad	59.50	5.76	54.08	9.51	1.54	43.00	0.13
Sobreingesta alimentaria	61.38	4.21	58.57	8.37	0.92	43.00	0.36
Subingesta alimentaria	59.62	6.65	57.03	9.31	0.75	43.00	0.46
Antojos alimentarios	57.62	9.58	58.00	11.77	-0.08	43.00	0.93
Expectativas relacionadas con comer	57.00	10.27	59.81	10.57	-0.69	43.00	0.50
Racionalizaciones	56.00	5.98	55.38	8.29	0.20	43.00	0.84
Motivaciones para bajar de peso	46.00	11.35	45.03	11.34	0.22	43.00	0.83
Hábitos de salud	40.50	7.65	43.89	8.93	-1.00	43.00	0.32
Imagen corporal	41.12	5.00	41.00	6.26	0.05	43.00	0.96
Aislamiento social	47.00	10.09	47.19	7.49	-0.06	43.00	0.95
Alteración afectiva	53.62	10.38	50.27	11.00	0.79	43.00	0.43

* $p \geq 0.05$

Comparación de GE entre Pre-evaluación y Post-evaluación

Los resultados obtenidos en relación al GE en pre y post se presentan en la Tabla 5, estos hacen referencia a que hubo diferencias significativas en las mediciones antropométricas de IMC, peso, CC, glucosa, colesterol y triglicéridos. Por otro lado para los resultados del OQ-2007 referente a las escalas de defensividad, sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, aislamiento social y alteración afectiva hubo diferencias significativas, disminuyendo su puntuación.

En el caso de motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud e imagen corporal también hubo diferencias significativas, donde los resultados obtenidos en el OQ-2007 en pre y post tuvieron un incremento en su puntuación.

Tabla 5 Prueba para GE en pre y post.

	Pre		Post		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Peso	73.77	4.17	68.40	5.03	4.87	7.00	0.00*
IMC	30.00	2.25	28.75	2.43	3.97	7.00	0.01*
CC	100.38	5.48	89.63	5.73	5.11	7.00	0.00*
Glucosa	90.87	15.47	86.38	17.10	3.07	7.00	0.02*
Colesterol	150.62	22.65	132.50	27.01	4.90	7.00	0.00*
Triglicéridos	113.38	58.95	100.50	54.78	4.79	7.00	0.00*
Defensividad	59.50	5.76	52.50	5.93	4.46	7.00	0.00*
Sobreingesta alimentaria	61.38	4.20	47.50	5.04	8.19	7.00	0.00*
Subingesta alimentaria	59.63	6.65	47.13	9.40	4.77	7.00	0.00*
Antojos alimentarios	57.63	9.58	41.25	5.73	5.53	7.00	0.00*
Expectativas relacionadas con comer	57.00	10.27	40.63	6.57	4.94	7.00	0.00*
Racionalizaciones	56.00	5.98	39.00	6.87	7.80	7.00	0.00*
Motivaciones para bajar de peso	46.00	11.35	60.88	9.20	-4.32	7.00	0.00*
Hábitos de salud	40.50	7.65	65.00	12.83	-6.83	7.00	0.00*
Imagen corporal	41.13	5.00	59.88	8.24	-7.07	7.00	0.00*
Aislamiento social	47.00	10.08	36.63	7.07	3.86	7.00	0.01*
Alteración afectiva	53.63	10.38	49.63	8.60	4.51	7.00	0.00*

* $p \geq 0.05$

Comparación de GC entre Pre-evaluación y Post-evaluación

Los resultados obtenidos en relación al GE en pre y post de la intervención se presentan en la Tabla 6, hacen referencia a que no se encontró suficiente evidencia para comprobar que hubo diferencias significativas en las mediciones antropométricas de peso, IMC y CC. En las primeras dos hubo una disminución en las medias, en la última hubo un incremento. Hubo diferencias significativas para glucosa, colesterol y triglicéridos en donde hubo un aumento en sus medias.

En el OQ-2007 los resultados fueron significativos para defensividad, sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones e imagen corporal tuvieron diferencias significativas en donde los resultados aumentaron al final en relación al inicio de la intervención.

Tabla. 6 Prueba para GC en pre y post.

	Pre		Post		<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Peso	68.40	5.03	64.00	7.99	2.14	36.00	0.39
IMC	28.75	2.43	27.51	2.16	1.31	36.00	0.20
CC	89.63	5.73	90.59	7.61	5.71	36.00	0.00*
Glucosa	86.37	7.10	90.19	12.92	4.57	36.00	0.00*
Colesterol	132.50	27.01	150.54	31.55	1.73	36.00	0.09
Triglicéridos	100.50	54.78	110.38	71.92	4.05	36.00	0.00*
Defensividad	52.50	5.93	52.54	9.30	9.59	36.00	0.00*
Sobreingesta alimentaria	47.50	5.04	56.51	7.99	4.84	36.00	0.00*
Subingesta alimentaria	47.13	9.40	55.43	8.97	5.68	36.00	0.00*
Antojos alimentarios	41.25	5.73	54.05	13.81	4.09	36.00	0.00*
Expectativas relacionadas con comer	40.63	6.57	56.62	10.37	7.06	36.00	0.00*
Racionalizaciones	39.00	6.87	44.14	10.49	8.23	36.00	0.00*
Motivaciones para bajar de peso	60.87	9.20	44.14	10.49	0.83	36.00	0.41
Hábitos de Salud	65.00	12.83	45.41	8.21	-2.27	36.00	0.29
Imagen Corporal	59.88	8.24	43.41	5.51	-4.00	36.00	0.00*
Aislamiento Social	36.63	7.07	49.03	8.17	-2.41	36.00	0.21
Alteración afectiva	49.63	8.60	50.14	10.26	0.23	0.36	0.82

* $p \geq 0.05$

No hubo diferencias significativas en relación a las motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud, aislamiento social y alteración afectiva, donde los primeros dos resultados disminuyeron y los últimos aumentaron

Comparación de GE y GC en Post-evaluación

Referente a la prueba t realizada para ver las diferencias entre GE y GC de los resultados al final de la intervención se encuentran en la Tabla 7. Los resultados para la medición antropométrica de Peso, IMC, CC, Glucosa, Colesterol y Triglicéridos no tuvieron diferencia significativas.

Los resultados obtenidos en las escalas del OQ-2007 de sobreingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones y aislamiento social tuvieron diferencias significativas, donde hubo una disminución de las variables.

Tabla 6 Prueba t en Post.

	GE		GC		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Peso	68.40	5.03	64.00	8.00	1.49	43.00	0.14
IMC	28.75	27.51	2.44	2.12	1.46	43.00	0.15
CC	89.62	5.73	90.60	7.61	-0.34	43.00	0.74
Glucosa	86.38	17.10	90.19	14.92	-0.64	43.00	0.53
Colesterol	132.50	27.00	150.50	31.55	-1.50	43.00	0.14
Triglicéridos	100.50	154.78	110.40	71.92	-0.37	43.00	0.72
Defensividad	52.50	5.93	52.54	9.30	-0.01	43.00	0.99
Sobreingesta alimentaria	47.50	5.04	56.51	7.99	-3.05	43.00	0.00*
Subingesta alimentaria	47.12	9.40	55.43	8.97	-2.36	43.00	0.23
Antojos alimentarios	41.25	5.73	54.05	13.81	-2.56	43.00	0.01*
Expectativas relacionadas con comer	40.62	6.57	56.62	10.38	-4.16	43.00	0.00*
Racionalizaciones	39.00	6.87	51.43	8.58	-3.29	43.00	0.00*
Motivaciones para bajar de peso	60.88	9.20	44.14	10.49	4.17	43.00	0.00*
Hábitos de Salud	65.00	12.83	45.41	8.21	5.51	43.00	0.00*
Imagen Corporal	59.88	8.24	43.41	5.51	7.00	43.00	0.00*
Aislamiento Social	36.62	7.07	36.62	8.17	-4.00	43.00	0.00*
Alteración afectiva	49.62	8.60	50.14	10.26	-0.13	43.00	0.90
Asistencia	40.62	3.14	26.27	1.41	12	43.0	0.00*

* $p \geq 0.05$

Las motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal tuvieron una diferencia significativa aumentando su puntuación. En el caso de las escalas de defensividad, subingesta alimentaria y alteraciones afectivas no se encontraron suficientes evidencias estadísticamente significativas que demuestren la diferencia entre los resultados entre GE y GC en la evaluación al final de la intervención.

En relación a la asistencia final de las participantes hubo una diferencia significativa donde se incrementó la asistencia en el GE en relación al GC.

Apreciaciones de la Investigadora

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a los datos relevantes que la investigadora consideró durante su participación en la realización de la investigación.

Durante la sesión de nutrición, se resalta la importancia que tuvo el papel de la nutrióloga durante la plática informativa, posterior al trabajo de sensibilización, ya que algunas de las participantes del GE preguntaron sus dudas, resalta el siguiente comentario *“no nos queda claro a qué se refiere con las calorías”* y solicitaron que la nutrióloga ejemplificara con algo que se le pareciera, a lo que la profesionista accedió haciendo una metáfora con *“la gasolina que un coche necesita para funcionar”*. También hubo negociación del plato del buen comer con los alimentos *“ideales”* con los reales, por ejemplo una de las participantes tenía un puesto de enchiladas potosinas y comentó que para ella *“una cucharadita de aceite no me alcanza para cocinar”*, la nutrióloga negoció el litro diario que la participante usaba para cocinar en casa, resaltó los beneficios que la disminución de este podría tener en su salud y la participante acordó que podría cocinar con un cuarto.

Al final de la sesión la nutrióloga se acercó a la investigadora para comentarle que lo que más le había gustado de la sesión había sido la actividad de las metas, ya que le había parecido “*un excelente recurso*”, así también que a través de escuchar y responder de una manera “flexible”, con un “*papel no rígido*” había hecho “*click*” con las participantes que plantearon, a su parecer “*metas más reales*”.

Durante la sesión de asertividad una participante se acercó a la investigadora para comentar que su esposo estaba celoso porque asistía mucho al grupo y se acercó para una orientación sobre cómo tratar con él para que disminuyera esa actitud, ya que tenía interés de seguir ejercitándose “*porque era su espacio*”. Se comentó a manera individual si le gustaría trabajar con el grupo esa situación para practicar las técnicas presentadas, accedió y se trabajó con el grupo. También se le comentó que estas situaciones se trabajarían en grupo en la próxima sesión de lazos afectivos, para dar seguimiento a la participante. Durante esa sesión, mencionó que al hablar con la familia de la importancia que tenía para ella llevar una vida más saludable Resalta el comentario siguiente “*les dije que la zumba era una manera de ejercitarme*” dijo que su familia pensaba que “*iba a bailar*” y les aclaró, también observó que su esposo y sus hijos, “*aunque no dijeron mucho*”, cambiaron ciertos comportamientos desde *comer mejor* o *salir a caminar con ella* a manera de apoyo.

Durante la entrevista de la post-evaluación, las participantes que vivían con sus parejas GE, reportaron que se habían percatado de que su asistencia a las clases de zumba había incrementado por comentarios de algunos familiares, por ejemplo la de sus esposos quienes les preguntaron “*¿por qué ahora te interesa verte tan bien?*”, “*a ti nunca te a gustado asistir a clases, ¿Por qué ahora vas tanto?*”, “*¿ a quién vas a ver allá?*”.

Durante la ejecución la duración de la intervención, la investigadora observó que las participantes del GE estuvieron pendientes de la hora porque debían regresar a su casa a realizar actividades del hogar o para la familia como preparar e ir a dejar desayunos, arreglar la casa, cuidar a los niños cuando no iban a la escuela, etc.

Dentro de las participantes del GE, la investigadora observó que dos mujeres que asistían constantemente al taller, eran mujeres que se habían comenzado a preocuparse por su peso desde jóvenes y a realizar actividad física orientada a bajar de peso porque presentaban algún familiar con enfermedad como *Diabetes Mellitus* y tenían “miedo” de enfermarse. Observó que estas dos participantes practicaron un ejercicio físico que les gustaba y que el grupo les permitió comentar sobre su persona y conocer a más mujeres en situaciones similares. Así también observó que las metas para bajar de peso se las plantearon a corto plazo, reconocieron los logros considerados significativos para ellas como “*hoy caminé más que ayer*”, “*ayer cambié las papas por naranjas a mis hijos*” y recurrieron a comentarios positivos hacia su persona como “*hoy amanecí más bonita que ayer*”, “*ahora si me podré poner la ropa que me gusta*”, “*una es como es, pero puede mejorar*”, etc.

La investigadora observó que las dos participantes que menos asistieron al GE, realizaron los ejercicios físicos con menos entusiasmo, encontraron a la familia como un factor negativo en el alcance de su meta por los hábitos de alimentación negativos y la escasa actividad física. Así también las expectativas para bajar de peso fueron altas, por ejemplo “*en tres meses bajaré 15 kilogramos*”, “*esta semana comeré pura ensalada*”, “*vendré 5 días a la semana a realizar zumba*”, etc., en relación a las actividades reales o actuales que realizaban.

Aunque no se tomó un registro de la asistencia referente a las cuatro pláticas impartidas por parte del personal de UNEMES el siguiente orden; una impartida por la psicóloga, otra por la

nutrióloga, otra por la trabajadora social y una por la enfermera del centro, la investigadora observó que las participantes del GE realizaban preguntas al finalizar las pláticas referentes a sus dudas.

CAPITULO CINCO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten formular conclusiones sobre los datos presentados. En relación a los datos descriptivos de las participantes en los grupos, la edad de las mujeres del GE ($M=36.12$, $DT= 9.65$) fue mayor que la de GC ($M=34.22$, $DT= 6.39$), por casi dos años. A pesar de que esta diferencia no fue significativa sí puede tener alguna influencia en los resultados, pues se sabe que a mayor edad se gana peso (Méndez y Uribe, 2002).

Las mujeres con obesidad presentaron en promedio entre uno y dos hijos GE ($M= 1.74$, $DT=4.17$) y GC ($M=2.00$, $DT=4.94$) lo que coincide con Echenique et al., (2011) quien menciona que la cantidad de hijos es un factores de riesgo en el padecimiento de la obesidad. También realizaron más de intentos por bajar de peso ($M=3.25$, $DT= 1.39$) en relación al GC ($M=2.00$, $DT= 1.00$), lo que sugiere que estas mujeres han intentado bajar de peso anteriormente y no lo han logrado, que se podría reportar como una baja adherencia a su tratamiento (Bosch, 2010).

Las siguientes tres variables son muy importantes: peso, IMC y CC. Las mujeres del GE ($M=73.78$, $DT=2.25$) tenían siete kilos en su peso de diferencia que las mujeres del GC ($M=65.82$, $DT= 4.94$), lo que representó una diferencia significativa entre ambos grupos, sin embargo respecto a IMC del GC ($M=30.25$, $DT=2.25$) tuvieron una diferencia de 3 puntos en relación al GC ($M=27.84$, $DT=1.48$), lo que pudiera tener influencia en los resultados. En otras palabras, el GC y el GE no eran comparables en las variables mencionadas. Aunque el IMC representa un indicador fundamental para determinar si una persona padece o no obesidad, considerar únicamente este indicador sería tendencioso o reduccionista, ya que la obesidad es una

enfermedad multifactorial que implica, además de los factores genéticos y/o hereditarios, factores ambientales, sociales y comportamentales.

En relación al ingreso del GE presentó un IMC significativamente mayor que el GC, y aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prueba *t* en la post-evaluación para esta variable, sí hubo una disminución considerable en el peso, IMC y CC del GE que podría estar reflejando un mayor grado de adherencia o interés por mejorar la condición de salud de las participantes. Este estudio demostró ser efectivo en el tratamiento de la obesidad, se logró la reducción de peso de acuerdo a lo recomendado por Adachi (2005) para evitar la recuperación del mismo en periodos cortos, durante el periodo de 4 meses las participantes del GE disminuyeron casi 5 kilogramos, es decir de 1 a 2 kilogramos por mes.

En este sentido, la CC no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los datos del GE ($M= 100.40$, $DT=5.47$) y el GC ($M= 92.70$, $DT=7.69$), sin embargo este rango se contempló porque considera el riesgo incrementado de padecer otras enfermedades asociadas con la obesidad (Trujillo-Hernández et al, 2010). Hubo una diferencia en el pre y post donde el GE ($M= 89.62$, $DT=5.73$) disminuyó casi 10 cm. En el caso del GC ($M=90.60$, $DT=7.61$) disminuyó 2 cm entre el periodo de pre y post-evaluación, siguiendo el tratamiento de la unidad de salud. Esto sugiere que el GE disminuyó un número mayor de centímetros que el GC entre pre y post, lo que podría sugerir una relación con el aumento de la asistencia a la actividad física, zumba por parte del GE ($M=40.60$, $DT= 3.14$), representan una diferencia estadísticamente significativa por casi el doble de asistencia sobre la asistencia de las mujeres del GC ($M=26.27$, $DT= .41$), datos que hacen evidente que las participantes mejoran su salud disminuyendo su riesgo al padecer otras enfermedades asociadas con la obesidad .

Dentro de las demás variables de las mediciones antropométricas hubo diferencias significativas entre GE y GC en glucosa donde el GE disminuyó casi 16 puntos. Esto pudiera estar relacionado con estrategia psicoeducativa utilizada para la plática de nutrición, donde se realizó una sensibilización con la nutrióloga que colaboró en la sesión, así como por el aumento de actividad física que refleja su mayor asistencia al grupo de zumba. A diferencia del GC que aumento un punto en glucosa, 18 en colesterol, se mantuvo en triglicéridos y su asistencia fue menor a la del GE. Por una parte, esto pudiera corresponder a las recaídas que las personas que inician un tratamiento para bajar de peso tienen una vez que transcurre el mismo (Annesi, 2009). Por otra parte debido a que el tratamiento de la unidad médica incluye pláticas pudiera no ser del todo claro para las pacientes que muchas veces se van con dudas, lo que la estrategia psicoeducativa permitió en el GE.

Lo que coincide con los datos obtenidos en el GE donde en pre y post evaluación con las variables colesterol y triglicéridos donde disminuyeron significativamente, aumentaron las asistencias a la realización de zumba, los hábitos que promueven la salud y las motivaciones para bajar de peso, lo que hace referencia a una disposición y ejecución en actividades que permitan seguir una rutina de supervisión de un peso sano (Annesi y Whitaker, (2010).; Leija-Alva, 2011 y Peña et al., 2012).

En relación a lo reportado por el GE respecto a su peso ideal ($M=56.75$, $DT=3.01$) la diferencia fue de casi 17 kg por debajo de su peso actual, a diferencia del GC ($M= 65.82$, $DT= 54.97$) donde la diferencia fue de 10.85 kg, se puede inferir que el GC tiene metas más cercanas a su peso actual. Por lo que podría suponerse que el GE con más altas expectativas logró adherirse al tratamiento, contrario a lo que Sámano (2011) menciona, pero que rescata los

beneficios de plantear metas en la pérdida de peso que plantean objetivos retadores lo que puede explicar lo sucedido en este grupo.

En la pre-evaluación no se encontró suficiente diferencia estadísticamente significativa entre GE y GC en las variables del OQ-2007, se pudo inferir que los grupos son homogéneos en las variables comportamentales y cognitivas. En la post-evaluación se encontró diferencia significativa en donde hubo una disminución de las variables de sobreingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones y aislamiento social, que sugieren que las mujeres del GE disminuyeron la cantidad de comida ingerida en los horarios establecidos y que establecieron estrategias de autocontrol de las emociones relacionados con la ansiedad. (Leija-Alva et al., 2011).

También hubo diferencias significativas en el aumento de las puntuaciones en las motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud e imagen corporal que pueden indicar la capacidad para realizar acciones que le permitan bajar de peso, a seguir una rutina diaria que permite la conservación de un peso corporal sano y mantener una apariencia atractiva (O'Donnell y Warren, 2007). En el caso de las motivaciones orientadas al logro de objetivos en el control, hubo un incremento que apunta al deseo y disposición por alcanzar metas a corto plazo a través de la modificación de sus hábitos actuales. Así también hubo un aumento en la percepción sobre sí mismas sobre la apariencia atractiva que proyectan. Lo anterior coincide con Montero y Cúeno (2004) y Leija-Alva et al. (2011).

Es importante resaltar que lo anterior coincide con el contenido temático de la estrategia psicoeducativa implementada en la investigación. Es decir, los resultados coinciden con las observaciones de la investigadora que reporta que en el GE hubo un incremento en el interés de mejorar su hábitos de alimentación, en la capacidad para generar estrategias de autorregulación o

control que disminuyan la ansiedad que no son a través de la comida, así como el establecimiento de estrategias para establecer redes sociales como la familia (Sámana, 2011 y Peña et al., 2012).

Alguno de los factores asociados con la adherencia terapéutica obtenidos en los resultados reportados por la investigadora resaltan la importancia del apoyo familiar en el momento que una mujer decide estar en tratamiento para el control de su peso, en el caso de lo reportado en las mujeres referente a la importancia que tiene el apoyo de la familia y de establecer canales de comunicación con los integrantes de la misma que permitan generar acuerdos de apoyo para continuar con el tratamiento, esto coincide con lo presentado por Sámano (2011) donde hace referencia a que el apoyo familiar puede ser un recurso para realizar modificaciones en sus hábitos de alimentación y físicos que mejoren la salud de las mujeres con obesidad.

Pese a que no hubo diferencias significativas entre los GC y GE en las variables de IMC, CC y peso de las mujeres al final de la intervención, hubo diferencia significativas en relación a la asistencia de las participantes que estuvieron en la intervención psicoeducativa por casi lo doble que las que formaron el GC (Leija-Alva, 2011).

Como parte de las estrategias emprendidas ante este panorama dentro del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (2010) se priorizó dentro de las actividades de los profesionista de Salud brindar información, educación y comunicar sobre esta epidemia en las poblaciones afectadas. Así como realizar investigación que contribuyan a evidenciar las estrategias que mejoren la salud de las personas que padecen obesidad.

La presente investigación surgió como una propuesta contribuir en la salud de las participantes en la intervención. El tipo de diseño elegido para el estudio, así como la naturaleza de la muestra y de los objetivos planteados impone limitaciones, por ejemplo el carácter no probabilístico de la muestra. Otra limitación fue la temporalidad de la intervención.

Se concluye que, a pesar de que los grupos no eran muy comparables en las principales variables antropométricas como peso, IMC, CC y glucosa la intervención logró cambios significativos en las mismas, al comparar al GE antes y después. En el grupo control hubo algunos cambio, la mayoría en contra. En otras palabras, las mujeres del grupo control mejoraron en cuanto a peso, IMC, CC, glucosas, colesterol y triglicéridos Mientras las del GC empeoraron.

Con respecto a las variables psicológicas, se concluye que hubo diferencias significativas en sobreingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones y aislamiento social, durante el post de GE y GC, con excepción de defensividad, subingesta alimentaria y alteración afectiva. Aunque se presentaron diferencias en el análisis del pre y post de cada grupo, los puntajes de disminución porcentual, siguiendo la interpretación del OQ-2007 señalan que el GE disminuyó sus justificaciones para realizar actividades que beneficien su salud, la ingesta alimentaria se enfocó a alimentos más saludables y aumentaron sus recursos sociales. Por otro lado, las puntuaciones del GC en pre y post también disminuyeron de manera significativa, aunque lo hicieron en menor medida.

Por todo lo anterior se concluye que las participantes del GE tuvieron un incremento en la adherencia terapéutica en la modificación de pensamientos, creencias, hábitos y motivaciones relacionados al control de su peso a través de la psicoeducación. También el GC aunque presentó diferencias, éstas pudieron deberse al tratamiento al que están sometidas en la unidad de salud y que pudieran aumentar su adherencia al tratamiento a través de la estrategia psicoeducativa.

Con base a los resultados obtenidos se sugiere que para próximos trabajos exista aún mayor control de las variables antropométricas, ampliar la *n*, incluir mayor número de sesiones en la intervención, implementar estrategias que permitan al personal de salud implementar la psicoeducación e implementar investigaciones orientadas a la psicoeducación que permitan

confirmar la importancia de la aplicación de la psicoeducación como estrategia para el control de peso en mujeres con obesidad.

REFERENCIAS

- Acuerdo nacional para la salud alimentaria. (2010). *Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Secretaría de Salud, México Recuperado el 15 de Enero de 2012 en <http://www.salud.gob.mx/>
- Aguilar-Ye, A., Pérez-López, D., Rodríguez-Guzmán, L. M., Hernández-Cruz, S. L., Jiménez-Guerra, F., y Rodríguez-García, R. (2010). *Prevalencia estacionaria de sobrepeso y obesidad en universitarios del sur de Veracruz*. México, 12(46), 24-28.
- Aloy, R. y Francisco, G. (2009). *Obesidad en Adolescentes como problema social*. Tesis de Licenciatura. Minatitlán, Ver: Universidad Veracruzana. Recuperado el 22 de Noviembre de 2011, Marcos, L. Rodríguez, L. Pérez, M. Caballero, M. (2010). *Obesidad: Política, Economía y Sociedad. Estrategias de intervención contra la obesidad*. La Habana. pp.1231-1258. Recuperado el 28 de Noviembre de 2011 en http://scholar.google.es/scholar?start=210&q=econom%C3%ADa:+obesidad&hl=es&as_sdt=0
- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). *Autoeficacia, Estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados*. Chile. pp. 63-72. Recuperado el 18 de enero de 2012 en. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_08.pdf
- Álvarez-Álvarez, G. (2012). *Propuesta de un subprograma integral para la atención de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria de salud* (Doctoral dissertation, Universidad de Ciencias Médicas de Las Villas). Recuperado el 15 de Enero de 2013 en <http://tesis.repo.sld.cu/434/>.

- Annesi, J. y Whitaker, A. (2010). *Psychological Factors Associated With Weight Loss in Obese and Severely Obese Women in a Behavioral Physical Activity Intervention*. Health Edu. Behav .Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en <http://heb.sagepub.com/content/37/4/593>.
- Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D., Correa, D. y Holguín, L. (2003). *Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial*. Pensamiento psicológico, 3 (9), 33-49.
- Azcona, C., Romero, A., Basteron, P. y Santamaría, E. (2005). *Obesidad infantil*. Rev. Esp. Obes., 3(1), 26-39.
- Baile, J. y González, M. (2011). *Comorbilidad psicopatológica en obesidad*. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. . Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 34 (2), 253-261. Recuperado el 3 de Enero de 2012 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000200011&script=sci_arttext&tlng=idioma
- Barquera-F., S., Barquera, S., García, E., González-Villalpando, C., Hernández-A., Lonngi, G., Morín, R.; Rivera-Dommarco, J. y Velásquez, C. (2003). *Obesidad en el adulto*. Práctica médica efectiva. Marzo, 5 (2).
- Barrientos, M. y Flores, S. (2008). *¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención*. Puebla, Pue. México. pp.639-651. Recuperado el 28 de noviembre de 2011 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086s.pdf>
- Bastos, A., González, R. Molinero, O. y Salguero, A. (2005). *Obesidad, nutrición y Actividad Física*. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte,

- 5 (18), 140-153. Recuperado El 09 de Septiembre de 2011 en <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>
- Beck, A., Freeman, A. y Davis, P. (2006). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publication. Second edition. The Guilford press. pp.3-97
- Berry, D., Shseehan, R., Heschel, R., Knafl, K., Melkus, G. y Grey, M. (2004). *Family-Based interventions for childhood obesity: a review*. Journal of Family Nursing. Noviembre. Vol.10 No.4 pp.428-449.
- Bersh, S. (2006). *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales*. Revista colombiana psiquiátrica. Octubre-Diciembre, 35 (4), .537-546. Colombia. Recuperado el 14 de Octubre de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80635407.pdf>.
- Beutel, M., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R., y Wiltink, J. (2006). *Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study*. Psychotherapy and psychosomatics, 75(6), 337-345.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI. Editores series.
- Cabrera, A., Tascón G., y Lucumí, C. (2001). *Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 19(1), 91-101.
- Cabrera, G. (2004). *Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX*. Colombia médica, 35 (3), pp.184-188. Recuperado el 10 de Mayo de 2011 en <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n3/cm35n3a8.pdf>
- Calderón, C., Forns, M. y Varea, V. (2009). *Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación*. In Anales de Pediatría . 71 (6),

- 489-494. Elsevier Doyma. Recuperado el 30 de Noviembre de 2012 en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540330900469X> .
- Carrasco, F., Moreno, M., Irribarra, V., Rodríguez, L., Martín, M., Alarcón, A., Mizón, C., Echenique, C., Saavedra, V., Pizarro, T. y Atalah, E. (2008). *Evaluación de un programa piloto de intervención con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes*. Revista Médica Chilena. pp.13-21. Chile. Recuperado el 11 de octubre de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100002.
- Carretero, M. (2002). *Tratamiento de la obesidad; Avances farmacológicos*. Vocal de Distribución del COF de Barcelona. Marzo, 21 (3), 128 y 129.
- Carvajal, C., Duperly, J., Gempeler, J, Kattah, W., llano, M y Zundel, N. Compilador Duperly, J. (2000). *Obesidad: enfoque integral*. Centro editorial universidad del rosario. Colombia. p.102
- Casado, I.; Camuñas, N.; Navlet, B. y Vidal, J. (1997). *Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación*. Revista electrónica de psicología Julio, 1 (1). Recuperado en http://www.ucm.es/info/masteran/pub/alimen/Psicologia.COM,1%281%29_Intervenc_cog-conductual_pacientes_obesos.Casado_et_al.pdf
- Castillo, Á., & Kain, J. (2010). *Consejería en vida sana y cambio de conductas en escolares obesos: intervención controlada en madres/cuidadoras*. Revista Chilena de Nutrición, (2), 155-163. Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182010000200003>
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment*. Behaviour research and therapy, 41(5), 509-528.

Recuperado el 27 de Abril de 2012 en
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796702000888>

Córdova-Villalobos, J. (2010). *El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una estrategia contra el peso y la obesidad*. Mediagraphic. Recuperado el 13 de Marzo de 2011 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102a.pdf>

Correas, J. y García, V. (2007). *Comunicación. Médico-paciente en... Endocrinología: el paciente obeso*. El médico. España. Recuperado el 18 de Agosto de 2011 en www.msd.es

D'anelo, S., Barreat, Y., Escalante, G. D'orazio, A. y Benitez, A. (2009). *La relación médico paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico*. Mérida, Venezuela. pp.33-39. Recuperado el 18 de enero de 2012, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28405/1/articulo6.pdf>

Ehrenzweig, Y. (2007). *Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer*. Avances en psicología latinoamericana, 25 (1), 7-21.

Esquivel, V. (2004). *Factores asociados a la obesidad en mujeres en edad fértil*. San José. Recuperado el 17 de enero de 2012 en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292004000200005&script=sci_arttext&tlng=es

Fausto, J. Valdez, R. Aldrete, M. y López, M. (2006). *Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México*. México. pp.91-95. Recuperado el 13 de noviembre de 2011 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062f.pdf>

Fernández, T., Leal, I., Álvarez-Estrada, M. y García-Camba, E. (2010). *Conciencia interoceptiva en pacientes obesos: implicaciones para el tratamiento*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Febrero-Marzo. pp. 1-12. España. Recuperado el 2 de Noviembre de 2010 en <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/902>.

- Garaulet, A. (2006). *La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica*. Rev. Esp. Obes., 4(4), 205-220. Recuperado el 20 de Febrero de 2012 en <http://www.seedo.es/portals/seedo/revistaobesidad/2006-n4-revision-la-terapia-de-comportamiento-en-el-tratamiento-dietetico-de-la-obesidad.pdf>
- García, E., Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, M., Vázquez, V., Barquera, S., Carballero, A., Orozco, L., Velásquez, D., Rosas, M., Barriguete, A., Zacarías, R. y Sotelo, J. (2009). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión*. Segunda parte. Salud Pública de México. Enero-Febrero, 32 (1), 79-88. Recuperado el 25 de Noviembre de 2010 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam091k.pdf>.
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V. y Sotelo-Morales, J. (2008). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: Una reflexión*. Salud pública de México, 50(6), 530-547. Recuperado el 15 de septiembre de 2010 en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600015
- García-Llana, H., Rodríguez, B. y de Cos, A. (2010). *Motivación y adhesión a tratamientos. Abordaje integral en la consulta hospitalaria de obesidad*. Revista Española de obesidad. pp. 87-93. España. Recuperado el 18 de Noviembre de 2010 en <http://www.seedo.es/Default.aspx?tabid=85>
- García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G., y María, A. (2010). *Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública*. Salud en Tabasco, 16(1), 891-896.

- Garduño-Espinosa, J., Morales-Cisneros, G., Martínez-Valverde, S., Contreras-Hernández, I., Flores-Huerta, S. y Granados-García, V. (2008). *Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. III. Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. Proyecciones de largo plazo*. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 65 (1), 49-56
- Giles, D. (2003). *Narratives of obesity as presented in the context of a television talk show*. *Journal of Health Psychology*. 8 (3), 317-326. Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en <http://hpq.sagepub.com/content/8/3/317.abstract>.
- Gracia, M. (2010). *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social*. España. pp. 389-396. Recuperado el 28 de noviembre de 2011, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106f.pdf>
- Grau, J., Infante, O. y Díaz, J. (2012). *Psicología de la salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI*. Recuperado el 23 Diciembre de 2012 en <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/412/799>.
- Gudiño-Cejudo, M., Magaña-Valladares, L. y Hernández-Ávila, M. (2013). *La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945*. Salud pública de México. Recuperado el 11 de Febrero de 2013 en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a12.pdf>
- Guerrero, L. León, A. (2010). *Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. Antecedentes*. Mérida, Venezuela. pp. 287-295. Recuperado el 28 de noviembre de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35617102005>

- Gussinyer, S. García-Reyna, N., Carrascosa, A., Gussinyer, M., Yeste, D., Clemente, M. y Albu, M. (2008). *Cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos tras la aplicación del programa “Niños en movimiento” en la obesidad infantil*. Medicina Clínica. Barcelona. pp.245-250
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernandez, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. y Hernandez-Avila, M. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012*. Instituto Nacional de Salud Publica, Cuernavaca.
- Gutiérrez, J. Royo y M. Rodríguez, F. (2006). *Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de la obesidad*. Madrid, España. pp.48-54. Recuperado el 28 de noviembre de 2011, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/jgutierrez.pdf>
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernández S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández- Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. pp. 163-167. Cuernavaca, Morelos.
- Heinberg, L., Kutchman, E., Berger, N., Lawhun, S., Cuttler, L., Seabrook, R. y Horwitz, S. (2009). *Parent involvement is associated with early success in obesity treatment*. Clinical Pediatrics, 49 (5), 457-465. Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en <http://cpj.sagepub.com/content/49/5/457>.
- Hernández, J., Acosta, F. y Pereira, J. (2009). *Adherencia terapéutica: Generalidades*. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, 9 (1), 13-28.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Editorial Morata. España, pp.195-214.

- Jáuregui, I., López, I., Montaña, M. y Morales, M. (2008). *Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Nutrición Hospitalaria. España. pp. 226-233. Recuperado el 16 de Septiembre de 2010 en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original5.pdf>.
- Jiménez-Martínez, Álvarez-Gasca, M. y Jiménez, M. (2012). *Experiencias preliminares a partir de la aplicación de un programa sobre estilos de vida saludables desde la "Investigación-acción"*. Journal of Behavior, Health y Social Issues, 3(2), 101-111.
- Juárez, A. (2011). *El concepto de salud. Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud*. Dialnet. Recuperado el 24 de Noviembre de 2012 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3699537>.
- Korbman, R. (2010). *Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. Estado de México*. pp.142-146. Recuperado el 11 de diciembre de 2011, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103f.pdf>
- Larrañaga, A. y García-Mayor, R. (2007) *Tratamiento psicológico de la obesidad*. Medicina Clínica. Barcelona. pp 387. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2373382>
- Leal, L., Fernández, T., Álvarez-Estrada, M. y García-Camba, E. (2010). *Rasgos de personalidad en sujetos obesos con y sin trastorno de conducta por atracones*. 11º Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis. Febrero-Marzo, pp.1-11. Recuperado el 14 de Octubre de 2010 en www.interpsiquis.com.
- Leija-Alva, G., Aguilera Sosa, V. R., Rodriguez Choreño, J. D., Lara Padilla, E., López de la Rosa, M. D. L. R., y Trejo Martinez, J. 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/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(2), 19-28.
- Liria, R. (2012). *Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev. Perú. Med. xEp. Salud Pública*, 29(3), 357-360.
- López-Amador, KH. y Ocampo-Barrio, P. (2007). *Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en medicina familiar*, 9 (2), 80-86.
- Marcos, L. Rodríguez, L. Pérez, M. Caballero, M. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria. La Habana. pp.1231-1258. Recuperado el 11 de diciembre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/106/10643104/10643104.html>*
- Márquez, B., Nava, J., Santos, G. y Ramírez, V. (2012). *Sistema difuso para medir la obesidad. Recuperado el 12 de Diciembre de 2012 en <http://celaya.academiajournals.com/downloads/Tomo%2013.pdf>*
- Márquez-Ibáñez, B., Armendariz-Anguiano, A., Bacardí-Gascón, M. y Jiménez-Cruz, A. (2008). *Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. Nutrición Hospitalaria*, 23(1), 1-5.
- Martín Alfonso, L. (2003). *Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (3), 275-281. Recuperado el 05 de Agosto de 2011 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext
- Mexicana, N. O. SSA2-2012, *para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Recuperado el 3 de Diciembre de 2012 en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/dmdocuments/normatividad/OTROS/DOF%2013%2007%202012.pdf>*

- Meza, C. y Moral, J. (2011). *Obesidad: una aproximación desde la Psicología psicoanalítica*. Recuperado el 21 de noviembre de 2011 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>
- Morales, J. (2010). *Obesidad un enfoque multidisciplinario*. Hidalgo, México: editorial Las Tres Gracias. Recuperado el 13 de noviembre de 2011 en http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/libro%20de%20obesidad.pdf#page=219
- Morales-Calatayud, F. (1999). *Psicología de la Salud: Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La psicología y los problemas de salud. La Habana: Científico-Técnica, pp.58.
- Moreno-Aliaga, M. y Martínez, J. (2002). *El tejido adiposo: órgano de almacenamiento y órgano secretor*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2011 en <http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/18785>.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Prentice Hall. pp. 59-110.
- Navarro, C., Saavedra, P., Velasco, P., Sablón, N., De Miguel, E., Castro, R. y Sosa, M. (2009). *Estilo de vida, nivel socioeconómico y morbilidad en mujeres posmenopáusicas con obesidad de grado II y III*. *Endocrinol. Nutr.* 5(2), .227-232. España. Recuperado en el 18 de Noviembre de 2010 de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94S1-4WNB0W1-3&_user=10&_coverDate=05%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1567221156&_rerunOrigin=

google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=564b8ba93
a9303d872c7c113d4c60571&searchtype=a

O. C. D. E. (2010). *The Economics of Prevention Fit not Fat. OCDE. Obesity-2010*. Recuperado el 20 de Enero de 2013 en www.oecd.org

O'Donell, W. y Warren, W. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria*. Ed. Manual Moderno. México.

Oblitas, L., y Becoña, E. (2001). *Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. Plaza, y Valdez, Edits. Revista de Psicología Contemporánea, 2 (1), 11-43.

Ocampo-Barrio, P. y Pérez-Mejía, A. (2009). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. El Servier y SEMERGEN. pp.325-331. España. Recuperado el 29 de septiembre de 2010 en www.elsevier.es.

Olaiz, G. (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 2 de Noviembre de 2011 en www.insp.mx/ensanut/centroocci/slp.pdf.

Oliva, J. González, L. y Labeaga, J. Álvarez, C. (2008). Salud Pública, economía y obesidad: el bueno, el malo y el feo. España. pp.507-510. Recuperado el 28 de noviembre de 2011 en <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/editorial.pdf>

OMS. (2003) Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa La OMS y la FAO publican un informe de expertos independientes sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Recuperado el 29 de Enero de 2011 en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr20/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia al tratamiento a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado el 19 de Octubre de 2010 en <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 11 de Febrero de 2011 en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr20/es/>
- Ortiz, G. y Ortega, E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. Xalapa, Veracruz, Méx. pp.79-90. Recuperado el 18 de enero de 2012, de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). *Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista Médica Chile. pp.647-652
- Peña, T., Elizondo, T., Herrera, R., Espinosa, E. y Aranda, J. (2012). *Intervención psicoeducativa en el tratamiento de la obesidad en un centro de salud de Nuevo León, México*. Atención Familiar, pp.90. Recuperado el 12 de Enero de 2013 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af124d.pdf>.
- Peralta, M. Carbajal, P. (2008). *Adherencia al tratamiento*. México. pp. 84-88. Recuperado el 18 de enero de 2012, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Pérez, A. (2008). *El método comparativo: fundamentos y desarrollos recientes*. Pensilvania. pp. 1-29. Recuperado el 10 de julio de 2012, de <http://www.pitt.edu/~asp27/USAL/2007.Fundamentos.pdf>

- Plasencia, L., Marcos, L., Pérez, M. y Caballero, M. (2009). *Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. 2007-2008*. Trastornos de la conducta alimentaria, (10), 1054-1068. Recuperado el 28 de Julio de 2012 en www.dialnet.unirioja.es.
- Ramos, P., Moreno, C. y Rivera, F. (2012). *Recomendaciones para la intervención en la población adolescente a partir de los datos del estudio HBSC en España: importancia de la prevención del sobrepeso y la obesidad*. 2, pp.391. recuperado en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AVENTURA%20SOCIAL%20VOL%202.pdf#page=392>
- Ricárdez, L., Vanessa, B., Hernández, N., Victoria, L. y Lastra, E. (2003). *Programa de orientación alimentaria a personas con enfermedades crónico degenerativas en la comunidad de Villa Tapijulapa, Tacotalpa, Tabasco*. Respyn. Recuperado el 13 de Septiembre de 2011 en <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/resumenes/res-est.htm>.
- Riggs, N., Kobayakawa, K. y Pentz, M. (2007). *Preventing Risk for obesity by promoting self-regulation and decision-making skills: pilot results from the PATHWAYS to Health Program (PATHWAYS)*. SAGE. Junio, 31(3), 287-310. Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en <http://erx.sagepub.com/content/31/3/287>.
- Riolo, S. (2008). *Patient compliance*. En *Psychiatry*, third edition. Edited by Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A.
- Rodríguez-Guzmán, L., Carballo-Gallegos, L., Falcón-Coria, A., Arias-Flores, R. y Puig-Nolasco, A. (2010). *Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal*. *Revista Medicina Universitaria*. pp. 29-32. México. Recuperado el 18 de Septiembre de 2010 en

[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=63064
&id_seccion=874&id_ejemplar=6336&id_revista=86.](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=63064&id_seccion=874&id_ejemplar=6336&id_revista=86)

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez-Rodríguez, E., Perea, J., Bermejo, L., Marín-Arias, L., López, A. y Ortega, R. (2007). *Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad*. *Nutr. Hosp.*, 22(6), 654-660.

Ruiz, I. Santiago, M. Bolaños, P. y Jáuregui, I. (2010). *Obesidad y rasgos de personalidad*. pp.1330-1348. Recuperado el 28 de Octubre de 2011, de http://scholar.google.es/scholar?start=210&q=econom%C3%ADa:+obesidad&hl=es&as_sdt=0

Sámano, L. (2011). *Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición*. *Nutr. clín. Diet. Hosp.*, 3(1), pp.15-19

Sánchez, J., Martínez, M., Quintero, M. y Padilla, S. (2012). *Determinación de obesidad a personal de salud de primer nivel de la Jurisdicción de Nezahualcóyotl (México) por medio del índice de masa corporal*. *Medwave*. Nieto editores. 12(7). Recuperado el 27 de diciembre de 2012 en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Dermatologia/2012/Noviembre-Diciembre/Derma%206.21%20Indice%20de%20materias.pdf>

Sánchez-Castillo, C., Pichardo-Ontiveros, E. y López, R. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. *Gac Med Mex*, 140(2), pp.3-20. Revisado el 14 de Septiembre de 2011 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>

- Sánchez-Méndez, N. y Esquivel, M. (2002). *Obesidad: epidemiología fisiopatología y manifestaciones clínicas*. El Manual Moderno.
- Sandoya, E. Schwedt, E. Moreira, V. Schettini, C. Bianchi, M. y Senra, H. (2007). *Obesidad en adultos: prevalencia y evolución*. Montevideo, Uruguay. pp.130-138. recuperado el 22 de noviembre, de http://www.suc.org.uy/revista/v22n2/pdf/rcv22n2_8.pdf.
- Secretaría de Salud. (2007). *Mortalidad*. Recuperado el 24 de enero de 2013 en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Secretaria de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Primera edición.
- Secretaría de Salud. (2010). *Bases técnicas del acuerdo nacional para la Salud alimentaria*. <http://www.femecog.org.mx/docs/sobrepeso.pdf>
- Servicio de Salud. (2012). *Gobierno del estado de San Luis Potosí 2009-2015*. Sala de prensa/Boletines 2012. Recuperado en <http://www.slpsalud.gob.mx/sala-de-prensa/2327-2012-12-13.html>
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la obesidad*. Córdoba. pp.1-37. Recuperado el 11 de diciembre de 2011 en <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>
- Sobrino, T., y Rodríguez, A.(2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Editorial síntesis. Madrid: pp.83-9
- Sudo, N., Degeneffe, D., Vue, H., Kinsey, E., Merkle, J., Ghosh, K. y Reicks, M. (2010). *Relationship Between Attitudes and Indicators of Obesity for Midlife Women*. Health Educ Behav. Diciembre, pp.1082-1094. Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en www.heb.sagepub.com.

- Tejero, M. (2008). *Genética de la obesidad*. San Antonio, Texas, USA. pp.441-449. Recuperado el 8 de diciembre de 2011, en <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=112&sid=c98d0803-b019-4e0c-bc73-f15532cca61d%40sessionmgr112>
- Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K. y Zipfel, S. (2010). *Psychotherapie und Adipositas: Strategien, Herausforderungen und Chancen*. *Nervenarzt*. Sep., 82(9), 133-1139
- Troncoso, C. Astudillo, A. y Troncoso, G. (2011). *Factores sociales que condicionan la asistencia de mujeres a la consulta nutricional*. Concepción, Chile. pp.8-14. Recuperado el 18 de enero de 2012, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v38n1/art01.pdf>
- Uriarte, B. (2010). *La dieta como factor de riesgo y de protección frente al cáncer*. *Alimentación, nutrición y salud*. 19 (2), 27-44. Recuperado el 15 de Enero de 2012 de http://www.institutodanone.es/ans/ANS_19-2.pdf
- Vázquez, V. (2004). *¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?* pp.136-142. Recuperado el 28 de noviembre de 2011, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Velázquez-Monroy O et al. (2000). *Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000*. *Arch Inst Cardiol Méx*; 72, pp.71-84
- Wadden T., Robert, I., Berkowitz R., Leslie, G., Womble, P., Sarwer, D., Phelan, S., Casto, R., Hesson, L., Suzette, M., Osei, Y., Kaplan, R. y Stunkard, A. (2005). *Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy of obesity*. *N Engl J. Med*. Estados Unidos. 20,

pp.2111-2120. Recuperado el 1 de Noviembre de 2010 en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa050156#t=article>.

Weber, M., Colon, M. y Nelson, M. (2008). *Pilot study of a cognitive-behavioral group intervention to prevent further weight gain in hispanic individual with schizophrenia*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 13, 353-359. Recuperado el 8 de Septiembre de 2010 en <http://jap.sagepub.com/content/13/6/353>.

APÉNDICES

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio “PSICOEDUCACIÓN: ESTRATEGIA PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA” cuyo objetivo general de la investigación es: incrementar la adherencia terapéutica en pacientes con obesidad, con lo anterior convengo participar en este estudio de investigación en las fases de pre-evaluación y pos-evaluación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento, entendido que los datos referentes al mismo pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Firma del participante

Firma del responsables de la investigación.

B. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. **Estilo de vida.**

¿Cuál es tu rutina diaria desde que te levantas hasta que te vas a dormir?

¿Aparte de zumba realizas algún tipo de ejercicio?

¿Mejora mi condición física cuando realizo alguna actividad física?

2. **Aparición de la enfermedad.**

¿Cuándo te comenzaste a preocupar por tu peso?

¿A qué edad?

¿Qué crees que pudo haber provocado esto?

3. **Manifestación de la enfermedad.**

¿Cómo es tu ingesta actual de comida?

¿Cuáles son las razones por las que comes?

¿Cuáles son las razones por las que ingieres comida a deshoras?

¿Qué sucede antes y después de que comes?

4. **Tratamiento de la enfermedad.**

¿Has tenido intentos de algún tipo de ejercicio o dieta?

¿Cuáles?

¿Durante cuánto tiempo ?

5. **Auto-percepción.**

¿Cómo te consideras gordo/normal/flaco?

¿Qué imagen tienes sobre tu cuerpo y sobre ti?

6. **Cambios a raíz de la enfermedad:**

¿Qué dificultades y/o consecuencias has tenido en tu vida por esta enfermedad?

¿Qué hacías antes que ahora ya no puedes?

7. **Familia respecto a la enfermedad.**

¿Cuántos son en tu familia?

¿Qué alimentación tienen tu familia /cómo es/ qué comen usualmente?

¿Cuántos tienen sobrepeso?

¿Tu familia conoce lo que es la obesidad?

¿Tu familia permite que prepare mis alimentos aparte del resto de los demás?

¿Recibes estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento?

¿Tus familiares te acompañan en la práctica de alguna actividad recreativa?

¿Qué piensa tu familia respecto a tu enfermedad (piensan/aconsejan)?

8. **Acciones actuales.**

¿Qué es lo que haces actualmente para bajar de peso?

¿Para qué lo haces?

9. **Apoyo comunidad.**

¿Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la obesidad con el fin de informar a las personas?

¿Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive?

¿Asistes a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad?

¿Participas en actividades deportivas organizadas en mi comunidad?

C. CARTEL CONVOCATORIA

TE ESPERAMOS

Informes e inscripciones:
UNEMES

invitan al taller

¿Cómo controlar mi peso y no morir en el intento?

Psicoeducación como estrategia de cambio

Convocatoria

5, 6 y 7
diciembre
12 - 2 pm

Entrada
libre

Dirigido a mujeres con sobrepeso y obesidad

Cupo limitado

Saludable

Obesidad

Inseguridad

Baja autoestima

Falta de ejercicio

Azúcar refinada

Comida rápida

Herencia genética

Estrés

Sueño insuficiente

Grasas saturadas

C. HOJA DE REGISTRO

EJES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	¿QUE PUEDO HACER?
COMIDA (HORA; HAMBRE O ANTOJO; SITUACIÓN QUE LO PROVOCÓ)								
¿Qué pasó?								
¿Qué pensé?								
¿Qué sentí?								
¿Qué aprendí?								