

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



Acompañamiento psicoterapéutico en el proceso de pérdida de peso de una paciente con obesidad

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **MARÍA CECILIA MENDOZA CID**

Asesor **LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO**

Tlaquepaque, Jalisco. 13 de mayo de 2021.

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción.....	6
3. Marco teórico.....	10
• Obesidad.....	10
○ Generalidades.....	10
○ Aspectos socioculturales y estilo de vida.....	13
○ Factores de origen.....	15
• Programa de Pérdida de Peso.....	16
○ Acondicionamiento Físico.....	16
○ Alimentación.....	19
• Psicoterapia.....	22
○ Definiciones.....	22
○ Interacción en psicoterapia.....	23
○ Cambio en psicoterapia.....	25
○ Psicoterapia en personas con sobrepeso y obesidad.....	26
○ Comprensión de la imagen corporal para el proceso de psicoterapia.....	32
4. Planteamiento del problema.....	36
5. Preguntas de investigación.....	37
6. Objetivos.....	37
7. Metodología.....	38
• Método cualitativo.....	38
• La entrada al campo	39
• Método.....	41
• Estudio de caso	41
• Características de la consultante y su familia	41
• Breve descripción del proceso de psicoterapia.....	43
• Características del Programa de Pérdida de Peso	44
• Análisis de la información.....	45
• Encuadre ético de estudio.....	46

8. Resultados y discusión.....	47
• Estilo de vida	47
• Imagen corporal	48
• Relaciones interpersonales	53
• Objetivos y congruencia	54
• Reflexiones de los aportes del TOG.....	56
9. Conclusiones.....	58
10. Referencias.....	61
11. Anexos	68

I. RESUMEN

El presente trabajo expone el caso de una consultante que participa en un programa de pérdida de peso, el cual es acompañado de un proceso de psicoterapia. Al inicio, el lector podrá encontrar el contexto actual del problema de la obesidad, la cual conlleva la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como son diabetes, hipertensión, algunos tipos de cáncer, entre otras, que, si no son atendidas en tiempo, pueden causar incluso la muerte. Asimismo, se expone que las personas con obesidad también pueden tener comorbilidades psiquiátricas, como ansiedad y depresión, que van acompañadas de una baja autoestima. Se habla también de las implicaciones a nivel social, familiar e individual de esta enfermedad, de tal manera que para que una persona pueda tener un programa de pérdida de peso exitoso, sería necesario incluir la psicoterapia en dicho proceso. Se abordan conceptos como obesidad, psicoterapia, psicoterapia para la obesidad, alimentación y acondicionamiento físico. El objetivo del trabajo fue Describir las características individuales y relacionales de una consultante con obesidad en su proceso de psicoterapia para controlar su peso. Se realizó un análisis cualitativo de los reportes escritos de los avances en el proceso de psicoterapia realizados por la terapeuta. Para realizar las categorías que pudieran describir las características de una persona con obesidad que participa en un programa de pérdida de peso acompañado de la psicoterapia, se tomaron en cuenta los cinco elementos de la imagen corporal (componente perceptivo, afectivo, cognitivo, evaluativo y conductual). Dentro de los resultados se observa que la obesidad es una enfermedad desarrollada desde un contexto multifactorial, es decir, que se ven implicadas cuestiones físicas, psicológicas y ambientales. Este padecimiento se da de forma paulatina, en el que cada experiencia de la persona en cuestión también ha influido en su aspecto corporal.

PALABRAS CLAVE: pérdida de peso, alimentación, ejercicio, obesidad, psicoterapia, estudio de caso.

Abstract

This document presents the case of a patient who participates in a weight loss program, which is accompanied by a psychotherapy process. At the beginning, the reader will be able to find the current context of the obesity problem, which entails the presence of Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs) such as diabetes, hypertension, some types of cancer, among others, which, if not treated in time, they can even cause death. Likewise, it is stated that people with obesity can also have psychiatric comorbidities, such as anxiety and depression, which are accompanied by low self-esteem. The social, family, and individual implications of this disease are also discussed, it is necessary to include psychotherapy in this process for a successful weight loss program. Concepts such as obesity, psychotherapy, psychotherapy for obesity, diet and physical conditioning are addressed. The aim of the study was to describe the individual and relational characteristics of a consultant with obesity in her psychotherapy process to control her weight. A qualitative analysis of the written reports of the advances in the psychotherapy process made by the therapist was carried out. To make the categories that could describe the characteristics of a person with obesity who participates in a weight loss program accompanied by psychotherapy, the five elements of body image were considered (perceptual, affective, cognitive, evaluative, and behavioral components). Among the results, it is observed that obesity is a disease developed from a multifactorial context, that is, that physical, psychological, and environmental issues are involved. This condition occurs gradually, in which each experience of the person in question has also influenced their bodily appearance.

KEY WORDS: weight loss, diet, exercise, obesity, psychotherapy, case study.

II. INTRODUCCIÓN

En esta sección, el lector podrá encontrar información acerca del contexto actual de la obesidad, el cual incluye los problemas de salud que puede tener una persona con sobrepeso, y que dichas enfermedades son, en su mayoría, algunas causas de muerte.

Asimismo, se menciona cómo es que la percepción de una imagen ideal es promovida por medios de comunicación, dada esta situación, la persona también puede tener insatisfacción corporal, con lo cual, podrían presentarse problemas de autoestima o incluso ansiedad y depresión.

Se resalta la importancia del acompañamiento terapéutico con una persona que está sometida a un programa de pérdida de peso, para que, con ello, el individuo sea capaz de adquirir hábitos saludables que le den una mejor calidad de vida, en lugar de someterse a dietas estrictas o alternativas más “eficaces” que puedan repercutir en su salud.

La obesidad ha sido un tema muy discutido durante los últimos años. Socialmente hemos visto cómo es que este problema ha ido en aumento gracias a la información que recibimos por parte del entorno como son los medios de comunicación, spots en el radio que buscan concientizar a las personas que cuiden su salud para prevenir enfermedades, cientos y cientos de sitios de internet los cuales están invadidos de consejos de cómo, qué y cuándo comer. También podemos ver personas dando sus puntos de vista respecto al sobrepeso u obesidad cuando comparten algún testimonio, o bien, cómo se difunde la imagen de un cuerpo ideal.

En general, esta enfermedad ha logrado tener la atención tanto de la población como de los organismos gubernamentales, a nivel nacional e internacional, por ser considerada como la pandemia de Enfermedades No Transmisibles del siglo XXI, ya que en el 2015 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) mencionó que para el año 2020 dos terceras partes de la población mundial tendrían sobrepeso u obesidad (Barrera-Cruz, Dávila-Torres, y González-Izquierdo, 2015). Asimismo, es considerada la enfermedad metabólica más persistente en el hombre y la mujer y a partir de 1998 como epidemia por la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, es uno de los principales problemas actuales, que afecta por igual etnias, sexos y

edades, y poseen en forma directa o indirecta una base de predisposición hereditaria (Alfonso-Guerra, 2013).

Durante esta investigación, descubrí que existen ciertas enfermedades comórbidas al sobrepeso y la obesidad, algunas de ellas son:

- Trastornos cardiovasculares.
- Diabetes.
- Enfermedades coronarias.
- Algunos tipos de cáncer (riñón, colon, mama, endometrio, etc.).
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemia.
- Apnea del sueño.
- Enfermedad vascular cerebral.
- Osteoartritis (Barrera-Cruz, Dávila-Torres, y González-Izquierdo, 2015).

Estas son conocidas como Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). González, Guzmán y Sánchez (2005) añaden elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima como parte de los padecimientos que tienen los obesos y personas con sobrepeso.

No obstante, también he encontrado que la obesidad es una de las principales causas de muerte en México ya que los padecimientos mencionados anteriormente son derivados de esta enfermedad, pero al mismo tiempo es el segundo motivo de muerte prevenible (el primero es el tabaquismo) (Alfonso-Guerra, 2013).

Etimológicamente la palabra “obeso” proviene del latín “obedere” que, a su vez, está formada por las raíces —ob” (sobre, o que abarca todo) y —edere” (comer). Es decir, “alguien que come en exceso”. Por lo que la obesidad representa un símbolo evidente de transgresión por parte de la cultura y la sociedad (De Domingo Bartolomé y López, 2014).

Dada esta definición, podemos hablar de las dificultades que puede tener una persona obesa para integrarse a un grupo social. Dentro del artículo “La estigmatización social de la obesidad” se menciona que hay efectos sociales indeseables hacia la persona con sobrepeso, pero que este suceso afecta más a las mujeres que a los hombres. Sin embargo, en otras investigaciones realizadas en Estados Unidos se ha visto que es más difícil que una persona obesa consiga trabajo que una persona delgada a pesar de que

cumplan con los requerimientos del puesto solicitado, entonces podríamos decir que es un problema que afecta a ambos géneros (De Domingo Bartolomé y López, 2014).

Tomando como referencia esta situación, los individuos optan por alternativas más “eficaces” para poder perder peso, ya sea a través de dietas estrictas o la cirugía bariátrica, pero considero que es muy importante que además de realizar ejercicio y llevar a cabo un plan de alimentación, se debe tomar en cuenta la intervención o acompañamiento psicológico para poder darle seguimiento al obeso(a), pues la solución no es someterse a planes rígidos o a una intervención quirúrgica, sino adoptar costumbres que puedan convertirse en hábitos saludables a nivel físico y mental para tener una mayor calidad de vida.

Uno de los padecimientos que sufren las personas con este trastorno es la estigmatización y discriminación en múltiples áreas (laboral, familiar, educativa, social, etc.) lo cual repercute en su calidad de vida. Desde una perspectiva de género, en la bibliografía empírica muestra que existen efectos sociales indeseables mayormente en mujeres que en hombres, originados por el sobrepeso o la obesidad, dando lugar a estrictas dietas o planes de alimentación que la persona decide realizar, así como otros métodos con tal de perder peso. Sin embargo, como menciono en párrafos anteriores, la solución no es la medicación, cirugías, etc., algunos autores aportan que es importante un cambio de hábitos de vida, los cuales deberían llevar un acompañamiento psicológico para que estos puedan ser permanentes. (De Domingo Bartolomé y López, 2014).

Cruz, García y Martínez (2016) concluyeron que una combinación entre terapia conductual, ejercicio y dieta es más eficaz que considerar estos mismos elementos de forma aislada para lograr una pérdida de peso. Sugieren que las terapias cognitivo-conductuales se han convertido en una parte regular de los tratamientos, ya que ayudan a modificar hábitos de actividad física y nutricionales a través de una metodología en concreto.

En los párrafos anteriores se habla de la problemática en general de la obesidad, tanto en la cuestión biológica, como en la social y un poco en su salud mental. Es común que una persona con sobrepeso u obesidad tome la decisión en algún punto de su vida de someterse a una dieta acompañado de un plan de entrenamiento físico para poder llegar a un objetivo, sin embargo, en muchas ocasiones se pasa por alto la cuestión

psicológica. Se ha visto que una de las razones por las cuales existe el famoso “rebote” en estos pacientes es debido a un desconocimiento de ellos mismos, es decir, no supieron asimilar su nueva identidad una vez llegado al peso ideal, de tal manera que toman acciones de forma inconsciente para tener la imagen previa a su cambio.

Considero que investigar más a profundidad el proceso de pérdida de peso acompañado de la psicoterapia es necesario para poder prevenir este “rebote” y que la persona aprenda nuevos hábitos que eventualmente le den un mejor estilo de vida; tanto consultante como terapeuta aprenderán cuáles son los factores precipitantes que la persona tuvo para subir de peso, si la persona está lista mentalmente para un cambio en su imagen, también se puede investigar si cuenta con la red de apoyo necesaria para llevar a cabo este objetivo, etc.

Bersh (2006), en su artículo “La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales”, encontró que esta es:

una enfermedad crónica de difícil manejo y alta tasa de recurrencia, que se asocia con complicaciones médicas graves. Los factores psicológicos y conductuales son muy relevantes en el curso de dicha enfermedad. Adicionalmente, algunos pacientes mentales tienen un mayor riesgo de presentar el problema por mayor inactividad, dificultad para hacer cambios en el estilo de vida y el uso de psicotrópicos, muchos de los cuáles se asocian con aumento de peso (Bersh, 2006: 1).

En otro artículo desarrollado por Asensio y cols. (2018) encontraron que puede haber diferentes percepciones respecto a la obesidad entre hombres y mujeres, menciona que es importante considerar medidas preventivas y terapéuticas teniendo en cuenta el sexo, así como aspectos ambientales en los que el consultante se ve involucrado.

Esto nos muestra la complejidad que puede tener cada persona en relación con la percepción que tiene de sí mismo, es decir, efectivamente podría hacer el programa de pérdida de peso por su propia iniciativa, pero es necesario considerar aspectos emocionales que van más allá de la actividad física y la alimentación, razón por la cual se llevó a cabo la realización de este Trabajo de Obtención de Grado.

III. MARCO TEÓRICO

Dentro de este proyecto es importante definir las áreas que se han abarcado a lo largo de toda la investigación en el caso de una mujer que se encuentra en un programa de control de peso acompañada de la psicoterapia, es por ello por lo que hablaré de los siguientes conceptos:

- Obesidad.
- Programa de pérdida de peso.
- Psicoterapia.

OBESIDAD

Generalidades

Antes que nada, es necesario mencionar el concepto de obesidad: Segovia (2015) entiende la palabra *obesidad* como el exceso de grasa corporal, que es un problema que se ha extendido a lo largo de los años en diferentes áreas del mundo, sobre todo en zonas industrializadas. El ritmo y el estilo de vida también han llegado a cambiar con el paso de los años, y eso ha repercutido en que la población con sobrepeso haya ido en aumento. También, se ven involucrados los factores genéticos de diversas generaciones. Por otro lado, la alimentación en el mundo ha sido descuidada, pues no se ha logrado concientizar a la gente que el consumo de calorías diarias y la actividad física deben de ir en equilibrio para llevar una vida sana, como consecuencia, los niveles de sedentarismo han aumentado en el mundo.

La OMS (2016) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa la cual puede ser perjudicial para la salud de una persona. Para poder definir a un sujeto con sobrepeso u obesidad necesitamos tener de referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, se calcula dividiendo el peso del individuo en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).



La OMS ha hecho también su propia definición respecto a quien es una persona con sobrepeso u obesidad con base en los siguientes parámetros:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

Dichas medidas funcionan para ambos sexos, así como los adultos de todas las edades, los cuales han sido seleccionados como referente empírico debido a que el enfoque de la maestría es en Psicoterapia individual para Adultos.

Asimismo, dicho organismo menciona que las causas de estos dos padecimientos se deben a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, es decir, es posible que no realicen alguna actividad física y que las calorías de su dieta sean superiores a lo recomendado (OMS, 2016).

Por otro lado, se ha visto que a nivel mundial la ingesta de alimentos de alto contenido calórico (y que además son ricos en grasa) ha ido en crecimiento, así como la disminución de la práctica deportiva a causa de múltiples razones, por ejemplo, nuevos modos de transporte, sedentarismo de muchas formas de trabajo y el crecimiento urbano.

Según Díaz y Díaz (2008) la obesidad afecta al cuerpo por su exceso de grasa. Se manifiesta en diferentes tipos de personas, ya sea hombre o mujer, y se puede ver afectado tanto en adultos como niños. El sobrepeso puede causar múltiples enfermedades como hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, entre otras respecto a cuestiones físicas que pueden ir afectado con el paso del tiempo. En ocasiones las personas llegan a confundir el hambre, el apetito y la saciedad, siendo la primera una sensación desagradable como de vacío, da un aviso de que el cuerpo requiere alimento; la segunda solo quiere comer cosas en específico, y en cambio, en la última se refiere a que el cuerpo no necesita comida, pues el hambre ya se ha calmado; es así que las personas han llegado a tener un grado de confusión y dificultad al no saber diferenciar lo que su cuerpo necesita.

Según Barrera, Dávila, y González (2015) el peso y la obesidad se han visto incrementadas a lo largo de los años, puede manifestarse en todas las clases sociales, diferentes tipos de etnias, se puede dar tanto en adultos como en niños. Esta ha sido una importante problemática ya que interfiere gravemente con la salud de la población, como ejemplo está la diabetes mellitus, además de padecimientos graves como enfermedades cardiovasculares (cardiopatía y accidente cerebrovascular), trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres como endometrio, mama y colon.

Cada año fallecen alrededor 3.4 millones de personas adultas a consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44 % de la carga de diabetes, el 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 % y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Barrera, Dávila y González, 2015: 242).

A partir de la década de los 80's, México ha aumentado tres veces más su tasa de obesidad a nivel internacional. Hoy en día nuestro país, junto con Estados Unidos, ocupa el primer lugar de prevalencia en obesidad en el mundo, rebasando a países como Japón y Corea; se estima que el 70% de la población adulta padece de sobrepeso. Para el año 2012, la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad calculó que en el mundo había (aproximadamente) mil millones de personas con sobrepeso y otros 475 millones con obesidad. Los niños que son obesos tienen mayor probabilidad de seguir aumentando su masa corporal, la cual puede causarles muerte prematura, o bien, que su

calidad de vida se vea afectada, también mencionan que es probable que presenten alguna discapacidad en la edad adulta (Barrera, Dávila y González, 2015).

En la población general, existen muchos factores y contextos que ponen en riesgo la salud, aumenta el riesgo de muertes y de enfermedades crónicas, ejemplo de ello es la diabetes mellitus, cáncer y enfermedad cardiovascular. El Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) realizó diversas investigaciones durante los años 2003, 2004, y 2005 cuyo objetivo era evaluar el avance de los programas de prevención en materia de salud para niños, adolescentes y adultos, (se incluyó a 16 325 individuos) se estimó que hubo un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres, mujeres, niños y niñas.

El 80% de la población mexicana, entre las edades de los 50 a 80 años de edad, se ha caracterizado por un aumento considerable en el peso, teniendo rangos de IMC entre 25 a 30; también se ha observado un incremento de cintura en las mujeres mayores de 20 años, la cual es mayor a 88 cm. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) comprobó que hay un ligero aumento estadístico del 12% de prevalencia en los niños menores de 5 años, sobre todo al norte del país (Barrera, Dávila y González, 2015). Además, se hizo un estudio con pequeños de 5 a 11 años y se encontró que 5 664 870 niños y niñas tenían sobrepeso y obesidad, por otro lado, existe una tercera parte de adolescentes (más de 1 de cada 5), representando alrededor de 6 325 131 individuos, con alrededor de doce y diecinueve años, que también padecen exceso de peso. Asimismo, se encontró un 71.28 % de sobrepeso y obesidad en adultos representando 48.6 millones de personas en el país (Barrera, Dávila y González, 2015).

De acuerdo con los estudios recientes se ha comprobado que el incremento de este problema ha afectado a gran parte de la población, siendo un gran reto para el Sector Salud, que se dedica a la promoción de estilos de vida saludables, así como la prevención de la obesidad y sobrepeso.

Aspectos socioculturales y estilo de vida

De acuerdo con Aldrete, Fausto, López y Valdez (2006) el aspecto sociocultural de nuestro país ha cambiado a lo largo de los años, actualmente los habitantes llevan diferente estilo de vida, pues existe una notable modificación en los patrones de alimentación donde incluyen un alto consumo de colesterol, grasas saturadas, azúcares,

sodio entre otros. Agregan que en México llevamos un ritmo de vida acelerado, esto a causa una desorganización en la estructura de vida de las personas, pues también ha provocado que haya una disminución en la actividad física, la cual conlleva a tener problemas de sobrepeso y obesidad. A lo largo de los años se ha visto un cambio respecto al ejercicio en las diferentes épocas de nuestra historia. De acuerdo con los autores el sedentarismo se ha hecho cada vez más frecuente en México; anteriormente, los grupos sociales solían llevar actividades físicas para la propia supervivencia de la familia; la pesca, caza o actividades agrícolas eran algunas de las necesidades que el hombre prehispánico debía cubrir, las cuales le ayudaban a tener una mejor salud física. Actualmente nos vemos con más facilidades que nos permiten tener acceso a todos los grupos alimenticios de forma rápida, donde el gasto energético es menor comparado con el de aquella época.

Por otro lado, mencionan que en las grandes ciudades no se lleva a cabo la promoción de tener una vida más sana, es decir, la promoción de los beneficios que se adquieren en el deporte y un plan de alimentación adecuado es limitado en dichas poblaciones. La cultura tiene un gran peso en nosotros ya que hemos aprendido a aceptar estos estilos de vida los cuales no contribuyen con nuestra salud, y nos han llegado a perjudicar física y emocionalmente.

Por otro lado, se ha demostrado en muchos países la diferencia existente en las mujeres que tienen una mejor formación académica comparada con las que tienen un nivel educativo bajo, pues, estas últimas son dos a tres veces más propensas a padecer obesidad. Respecto a los niños, se ha visto que tienen altas probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad en la vida adulta cuando uno de los padres tiene este problema, pero, sobre todo, si su aumento es significativo en estas edades. Asimismo, las enseñanzas dadas en el seno familiar respecto a los buenos hábitos serán trascendentales para la prevención de esta enfermedad, ya que no solo es debido a cuestiones genéticas (Barrera, Dávila y González, 2015).

Factores de origen

De acuerdo con Aguilar, Hernández, Murayama, Rivera y Vadillo (2013) la obesidad es una enfermedad desencadenada por múltiples factores que incluyen los genes, los círculos sociales y el ambiente pues se considera que puede influenciar en el contexto en el que se desenvuelve la persona, o la posición económica que posee. La ganancia de peso se hace evidente en el incremento de masa corporal, donde la grasa en exceso queda depositada en el organismo, por lo tanto, es necesario que la persona quemé las calorías consumidas con ayuda de actividad física para que la energía corporal no se reserve y evite a que la persona aumente de peso. También, influyen los conocimientos e ideas tanto locales como globales que tienen las personas con base en cómo saber alimentarse y cómo descargar la energía adquirida de los alimentos. Todos estos factores mencionados hacen una tarea complicada pues hay una dificultad para que haya un control para mantener un peso promedio, que este ayudaría a evitar enfermedades crónicas.

No obstante, sería un error generalizar la forma de alimentación cuando se ven casos de obesidad. Este padecimiento va mucho más allá de la manera en cómo comemos, ya que se ven involucrados factores como creencias culturales, tradiciones, costumbres, pero, sobre todo, las emociones que están detrás de esta afectación.

Cruz, García y Martínez (2016) señalan que la obesidad es el resultado de algunos factores de riesgo, como son el grado de actividad física, la pobreza (se ha visto que propicia el consumo de productos económicos con altos niveles de azúcar y calorías), la predisposición genética y el ambiente familiar, el cual es el principal promotor de hábitos, los cuales pueden llegar a ser poco saludables, dando como resultado un manejo inadecuado del estilo de vida.

González, Guzmán y Sánchez, (2005) afirman que la obesidad está relacionada con la baja autoestima, la cual conlleva a que haya una disminución de confianza, valoración y respeto de uno mismo. Estas personas suelen reflejar timidez, inseguridad, desconfianza, tienen sentimientos de inferioridad y tristeza, pues no tiene una aceptación en ellos.

Beato y Rodríguez (2004) proponen que un factor importante para determinar el pronóstico de los Trastornos Alimentarios es la autoestima. Plantean que una mejora de

esta en los pacientes con problemas de sobrepeso puede llevar a la persona a tener mejores estrategias para la toma de decisiones, resolución de conflictos y reducción de peso (en: González, Guzmán y Sánchez, 2005).

Las consecuencias psicológicas que tiene una persona con obesidad son graves que se pueden manifestar padecimientos como la ansiedad y la depresión, las cuales están ligadas con miedos, inseguridades, baja autoestima, desórdenes alimenticios, alteración de la imagen corporal, entre otros.

PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO

Acondicionamiento físico

Primeramente, para poder definir el acondicionamiento físico, necesariamente tenemos que abordar los conceptos de *actividad física*, *ejercicio* y *estilo de vida*, pues son diferentes entre ellos, los cuales llegan a confundirse en algunas ocasiones. Henry Ramírez (2002) los define en su artículo *Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable*. La *actividad física* se refiere a todos los movimientos musculoesqueléticos que producimos con nuestro cuerpo, los cuales requieren de un consumo energético que ayudan a mejorar de forma considerable la salud física.

El *ejercicio* es un tipo de actividad física el cual tiene un propósito y objetivo definido durante el periodo que dure; se compone de series de movimientos repetidos, planeados y estructurados que ayudan a que el individuo mejore de manera considerable su condición o capacidad física. Las personas que lo hacen de manera frecuente obtienen más beneficios para su salud que aquellos que se mantienen en inactividad (Ramírez, 2002).

Por otro lado, el *estilo de vida* podemos definirlo como aquellas costumbres y hábitos que han sido estructurados y definidos por los comportamientos cotidianos de una persona además de la influencia social que este puede tener. Si hablamos de un estilo de vida saludable, se incluyen actividades que vayan en beneficio del sujeto, acorde con cada cultura y su entorno. Asimismo, también implica una nutrición adecuada además de prácticas constantes de ejercicio físico, eliminación de hábitos nocivos, liberación de estrés, una buena higiene personal, horas de sueño, salud sexual, etc. que aportarán a que la persona tenga calidad de vida (Ramírez, 2002). Otros beneficios de

los que el ser humano puede servirse del acondicionamiento físico es la pérdida de peso, mejora de la presión arterial, además de la disminución de las probabilidades de mortalidad. Podemos decir que este tiene gran relevancia, pues se considera como parte de los elementos para llevar a cabo un estilo de vida saludable. No obstante, también se ha visto que la salud mental mejora si incorporamos el ejercicio a nuestra rutina diaria, por ejemplo, pueden reducirse los niveles de ansiedad y depresión, entre otras afectaciones.

Es importante mencionar que se ha reportado que las personas que padecen de obesidad han sido asociadas con niveles bajos de actividad física, que cuando esta incrementa, la persona puede observar una mejoría en su condición, de tal manera que habrá cambios a nivel biológico como comportamental. Uno de los objetivos como profesionales de la salud es promocionar la motivación a la adherencia de la práctica de actividades deportivas en largos periodos de tiempo, además de incorporar hábitos saludables (Cervelló, 2012).

Además de la falta de tiempo, los traumas, la composición corporal y el tabaquismo, existen otros elementos que han sido estudiados los cuales llegan a predisponer a que la persona se viva como sedentaria, entre ellos están las cuestiones fisiológicas, psicológicas y conductuales. Asimismo, es de resaltar que la cultura y la sociedad tienen gran relevancia para llevar a cabo dichas actividades, pues la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros grupos con los que nos relacionemos podrán intervenir en la decisión de estar en constante actividad física (Ramírez, 2002). La persona con sobrepeso u obesidad puede verse influenciada por factores sociales y económicos que contribuyen a promover su mismo “ambiente obesogénico”¹ (González, Guzmán y Sánchez, 2005).

Esto nos lleva a reflexionar respecto a los programas de actividad física desde una perspectiva comportamental, ya que muchos de ellos se han realizado con el propósito de prevenir y disminuir la obesidad en diferentes poblaciones. A pesar de que hay

¹ El ambiente obesogénico es fundamental para que podamos entender cómo algunos grupos de personas adoptan hábitos alimentarios que pueden ser perjudiciales para su salud, limitando la actividad física, ya que estos se vuelven accesibles, ya sea por distancia o por la cuestión económica. Por ejemplo, el ritmo de vida que llevan las personas que tienen un trabajo fijo es muy acelerado, lo que hace más fácil ingerir alimentos que tengan un aporte nutricional deficiente (ej. la comida rápida y los alimentos chatarra). Dicho ambiente no se limita a la educación familiar o escolar.

bastantes intervenciones en la promoción de los hábitos saludables, continúa siendo un reto el mantenimiento a largo plazo de los cambios producidos en estas conductas que favorecen la mejora física y mental del individuo (Cervelló, 2012).

De acuerdo con la Carta de Ottawa² producida en reunión de países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Canadá, resumida en la declaración “Salud para todos en el año 2000”, las recomendaciones con respecto a la actividad física son:

- Aumentar las prácticas de ejercicio, por lo menos en 30% en la población mayor de 6 años.
- Con intensidad de leve a moderada.
- Un mínimo de 30 minutos por sesión.
- Preferible diariamente (En: Ramírez, 2002: 4).

Constantemente nos encontramos con que los programas de intervención en la población de sobrepeso y obesidad no toman en cuenta que estas personas no tienen el hábito de realizar actividad física, mucho menos del ejercicio. Sin embargo, es de notar que dicha actividad puede realizarse por periodos cortos intermitentes durante el día, que al final de este puedan sumarse los 30 minutos necesarios para el individuo, por ejemplo, subir escaleras en lugar de utilizar el elevador, ver la televisión y al mismo tiempo pedalear en una bicicleta estática, caminar por el centro comercial que sea más de nuestro agrado, bailar, etc. (Cervelló, 2012; Ramírez, 2002). Asimismo, se puede optar por la opción de hacer ejercicio en deportes como natación, golf sin carro, ciclismo o simplemente trotar ya sea en un gimnasio o cerca del hogar. El gasto energético debe ser por lo menos de 200-250 kilocalorías/día para alcanzar los beneficios; la evidencia sugiere que la cantidad de actividad es más importante que la manera específica como se realiza (modo, intensidad, duración de los intervalos) (Ramírez, 2002).

En resumen, realizar ejercicio a través del acondicionamiento físico debe ser promovido como uno de los hábitos que la población puede incorporar en un estilo de vida saludable, pero es importante mencionar que se debe tratado de manera científica y con la técnica adecuada, es decir, que un experto en el área pueda ser capaz de dar

² Es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

un seguimiento a través de las dinámicas específicas donde se tome en cuenta el tiempo, las repeticiones, el tipo de ejercicio y la frecuencia del mismo; todos ellos como parte de la meta de salud de cada persona en particular.

Alimentación

Para poder comprender un poco más respecto a la alimentación en personas con sobrepeso y obesidad, me gustaría describir cómo debería ser una dieta equilibrada, la cual tenga los grupos alimenticios necesarios para mantenernos saludables.

El Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo presenta la Norma Oficial Mexicana (2016) la cual promueve una guía de alimentación basada en “El plato del buen comer”, cuyo objetivo tiene la promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Este consiste en un gráfico que brinda opciones prácticas, con respaldo científico, respecto a cómo podemos tener una correcta alimentación que se adecúe a nuestras necesidades y posibilidades.

El plato del buen comer facilita la identificación de los grupos de alimentos (frutas y verduras, grasas, tubérculos y cereales, leguminosas y proteínas de origen animal), con sugerencias de cómo combinarlos para obtener nutrientes y un aporte de energía oportuno.

Esta guía nos menciona que la alimentación debe contar con las siguientes características:

- Completa, es decir, que el desayuno, comida y cena incluyan alimentos de todos los grupos.
- Equilibrada, haciendo referencia a las porciones y nutrientes adecuados en cada comida.
- Suficiente, que cubra las necesidades nutricionales de cada persona con base en edad, sexo, estatura, estado fisiológico o actividad física.
- Variada, que incluya diferentes alimentos de todos los grupos en cada tiempo de comida.
- Higiénica y adecuada, que los alimentos se preparen, sirvan y consuman con la limpieza necesaria.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han hecho en México por promover una alimentación saludable, también se ha consolidado con mayor fuerza el ambiente obesogénico, ya que, tanto en nuestro país como en Chile y Estados Unidos, 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y obesidad. Expertos en la materia se han dado cuenta que se debe de enfatizar en el estilo de vida de las personas para poder promover un control de la ingesta alimentaria (Martínez, 2017).

Es muy importante comprender el entorno en el que vive una persona para analizar de dónde puede venir su exceso de peso, incluso más que la cuestión conductual o biológica.

Se define a un ambiente como obesogénico cuando el ambiente construido y alimentario repercute en patrones que conducen a la acumulación de grasa corporal. Algunos autores se han enfocado en proponer mediciones objetivas de la disponibilidad de alimentos hipercalóricos y las características físicas de los vecindarios, dada su relación con el gasto y la ingesta de energía. Pero, más allá de la creciente sofisticación de los indicadores empleados para analizar el ambiente obesogénico, hay que considerar dos aspectos. En primer lugar, que la ingesta alimentaria se ha caracterizado como el factor de mayor relevancia y, en segundo, que aún es necesario dar cuenta de la especificidad de los procesos económicos, culturales y sociales que lo sostienen (Martínez, 2017: 5, 6).

Con base en lo anterior, podemos observar ejemplos de diversos países, que nos pueden dar una muestra de la relación conflictiva que hay entre alimentación y salud. Tal es el caso de España, en el que estudios sobre los hábitos alimentarios sostienen que el 52.8% de la población ponen como prioridad la salud al momento de elegir qué alimentos o platillos han de ingerir. No obstante, estos resultados no son congruentes con la forma de comportarse y comer, ya que uno de los principales problemas de salud en dicho país son elevados niveles de colesterol y la obesidad (García, 2010).

Con lo anterior podemos plantear que la relación entre alimentación y salud debe ser vista desde un enfoque multidisciplinario, pues resulta complejo entender dicha relación (no solamente en la cuestión nutrimental, biológica y médica, también en el aspecto psicológico, social, económico, etc.), que ayude a comprender la forma de

organizar la alimentación de los individuos a través del análisis de los factores y las restricciones que están presentes al momento de elegir qué comer.

Las actuales formas de comer están condicionadas por una serie de imperativos o limitaciones, como la disposición de tiempo, presupuesto, búsqueda de placer o sociabilidad, etc. (...) Además, ha cambiado la estructura del consumo alimentario: aumento en el consumo de carne y sus derivados por encima del nivel recomendado, así como una disminución de cereales, verduras, hortalizas, frutas y leguminosas. Estos desequilibrios se asocian con una serie de problemas sanitarios asociados a una mala alimentación (García, 2010: 459)

Tanto en la investigación de García (2010) como en la de Martínez (2017) se observa que la forma en cómo vivimos actualmente nos ha llevado a buscar los alimentos que estén disponibles con mayor facilidad, y que en muchas ocasiones se pasa por alto si estos son nutritivos o no, un ejemplo de ello es la forma de comer en el trabajo, ya sea recurriendo a la cafetería o a las máquinas de vending.

La disponibilidad y el acceso a los productos industrializados han llevado a un mayor consumo de alimentos abundantes en azúcares simples y grasas saturadas. En consecuencia, la “dieta occidental”, propia de este patrón de consumo, está asociada en todos los países a un incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad para ambos sexos, y también al riesgo de morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas (Marín, Maza y Sánchez, 2013: 68).

Lo anterior se ve reforzado en un estudio llevado a cabo por Cortez y cols. (2018) en el que vieron que un grupo de estudiantes de la UAZ generalmente recurren a comidas rápidas, las cuales son altas en calorías, grasa y sal.

En resumen, los hábitos alimenticios afectan tanto a niños y niñas, hombres y mujeres, sin importar la edad, sea cual sea su país originario, el sobrepeso y la obesidad son considerados como una pandemia mundial en la que hay que poner atención principalmente en el estilo de vida para poder crear programas multidisciplinarios con la finalidad de poder generar consciencia en la población respecto a los beneficios de una sana alimentación, así como generar hábitos que los lleven a tener una mejor calidad de vida.

PSICOTERAPIA

Definiciones

Ahora bien, pasaremos a definir qué es una psicoterapia, así como las características de esta. Se ha tomado en cuenta la ficha de seguimiento utilizada como parte de la metodología para poder mencionar los conceptos de este apartado.

De acuerdo con Raheb y Tomás (2008) la terapia da consuelo y ánimo a una persona para que resista a sus dificultades, produce ciertos efectos en los otros dentro de su ciclo de vida. Da fuerza a un conjunto de circunstancias difíciles que rodean a la persona, y, asimismo hay un equilibrio profesional en relación con terapeuta y paciente. Puede haber una amplia variedad en los tipos de psicoterapia, y es de suma importancia que se enfoquen en las teorías para que se lleven a cabo la práctica, de este modo se pueda trabajar de manera eficiente. Como otras profesiones, la psicoterapia cuenta con método científico, lo que hace que sea una herramienta segura para toda aquella persona que desee iniciar con un proceso de terapia.

Asimismo, Laplanche y Pontalis (2008) menciona que la psicoterapia es extensa pues tiene un modo ordenado y sistemático en el tratamiento de las enfermedades mentales o físicas, dispone de procedimientos relacionados con la psique, alma y cuerpo, y también interacción entre terapeuta-consultante.

Por otro lado, Wolberg (1977) dice que la psicoterapia está basada en la relación profesional entre terapeuta y consultante, se atiende la causa de los problemas emocionales del paciente con el propósito de descartar, o transformar ciertas circunstancias o eventos que lo incomodan para que así se sienta mejor consigo mismo o con la gente que lo rodea, asimismo brinda la ayuda a que el paciente tenga un equilibrio favorable en su ciclo de vida.

Feixas y Miró (1993) indican que la psicoterapia la define el uso de las técnicas que se utilicen en la misma, y no lo define tanto la gravedad de las enfermedades mentales, la duración del tratamiento, o el tipo de teorías que utilice el terapeuta. La psicoterapia se lleva a cabo por un profesional, en este caso es el terapeuta que es considerado como parte fundamental, es la herramienta principal del trabajo ya que es el que está capacitado para curar y trata de buscar que tenga alivio el consultante ya sea en su estado emocional, en sus actitudes, y en la conducta.

Rogers (1978) da una visión más humana a la psicoterapia, para él es importante centrarse en el cliente, y ve al terapeuta como alguien que defiende y valora las cualidades de este, sabe que es capaz de llegar a su autoconocimiento y tiene la capacidad para que se hagan cambios positivos en el ciclo vida, mismo que el terapeuta va ayudándolo a desarrollarlas. Se plantea que es importante dignificar siempre los esfuerzos que tienen las personas al querer salir adelante, siempre tomando en cuenta la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva incondicional.

Las definiciones que podemos encontrar me parece que nos ayudan a llegar a una conclusión, la cual es que sin importar el enfoque terapéutico que se lleve a cabo en la práctica, el objetivo principal es que el consultante sea capaz de adquirir habilidades que le ayuden a tener una mejor calidad de vida. No por eso podemos dejar pasar cómo se da la interacción en psicoterapia, así como el camino hacia el cambio de la persona.

Interacción en Psicoterapia

La interacción es un concepto relacional de naturaleza bidireccional que tiene su origen en una comunicación significativa que produce efectos emocionales percibidos por el sistema relacional o por la persona que protagonizó la comunicación (Barceló, 2010).

Barceló (2010) mencionaba que las relaciones humanas, incluidas las terapéuticas, son indefinidas, ya que no se sabe con precisión cómo será el proceso de interacción de esta. También menciona que debido a que es algo indeterminado puede haber la posibilidad de que haya un cambio en la comunicación, es decir, que la relación puede pasar de ser intensa a una más superficial, o viceversa, lo cual puede ser provocado por un acontecimiento o un hecho. El autor lo ha llamado un juego de azar, pues hay una amplia variedad de circunstancias que pueden presentarse al momento de la interacción en psicoterapia.

Barceló (2010) hace énfasis sobre la importancia de aceptar las interacciones que se realizan con las personas, ya que ayuda a saber actuar en momentos de complejidad, asimismo, enfatiza en dejar a un lado nuestras conductas y principios para que se dé la interacción de una manera natural, desestructurarnos de nosotros mismos y ser más flexibles facilitará y ayudará a que el otro tenga mayor apertura hacia nosotros y pueda expresarse libremente. Si dicha relación viene acompañada de retroalimentación, se vuelve más enriquecedora y agradable, es entonces donde la interacción se vuelve más

significativa, es decir, el *feedback* se torna más fluido y enérgico como un movimiento circular, en el que el emisor y receptor estarán en constante movimiento comunicativo.

Asimismo, es común que en algunas relaciones interpersonales se dé de forma espontánea la expresión de sentimientos, afectos, pensamientos, etc., sin embargo, en una relación cerrada y sin intensidad es posible que esto no se logre. Barceló menciona a Rogers en su artículo *Comunicación, Interacción y Psicoterapia: Los procesos de relación interpersonal desde la complejidad*, haciendo hincapié a la importancia que tiene la empatía en el vínculo terapéutico, la cual refiere como una exploración del mundo del otro, ver más allá de este a partir de nuestro sentir y pensar, lo cual favorecerá el camino hacia el aprendizaje, el cambio y el desarrollo del consultante. Por otro lado, también se hace mención a que la interacción es un movimiento de dos momentos, la comunicación tiene que tener receptibilidad y resonancia, esto quiere decir que tanto terapeuta como cliente se verán inmersos en constante movimiento, donde la participación de ambos es fundamental para poder llegar al cambio que se desea; asimismo, ayudará a tener una mejor comprensión del mundo del sujeto, saber cuál es la visión de su contexto, qué es lo que piensa acerca de este, cuál es su sentir respecto a él, etc. También se resalta la autenticidad del terapeuta, refiriéndose a que no es necesario pretender que somos otra persona o que tenemos el conocimiento y el saber de todas las cosas; si estamos frente a un consultante implicará expresarnos como nosotros somos, pero también se requiere tener la capacidad de vivir y experimentar emociones que surjan en la relación, ya que el mantenernos presentes será enriquecedor para la interacción con el cliente además que la veremos fortalecida.

De acuerdo con Feixas y Miró (2010), el papel del terapeuta es significativo para que pueda llevarse a cabo una relación de ayuda hacia el consultante. Un psicoterapeuta debe disponer de la capacidad de escuchar, tener habilidades verbales, conocimiento y auto aceptación de las propias emociones, además de la capacidad de introspección, ya que esto ayudará a que la comprensión del consultante sea mayor y podamos continuar en el seguimiento de los objetivos terapéuticos, es importante agregar que el terapeuta deja de lado sus necesidades personales y se enfoca en las del paciente. Por otro lado, mencionan que la relación terapéutica es una relación profesional, diferente a otras relaciones, los autores la consideran asimétrica, ya que empieza a partir de las

necesidades del consultante, y solo se centra en ellas. Asimismo, hacen hincapié en el encuadre terapéutico, sugiriendo que es mejor dejar claro las consideraciones y pautas sugeridas para evitar errores de comunicación, esto hará que la interacción sea pueda dar de forma neutral y fluida.

Agregan que el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica es fundamental, es decir, nuestro trabajo durante las primeras sesiones será el promocionar la formación del vínculo terapéutico entre nosotros y el consultante, esto ayudará a que la persona tenga la facilidad de expresarse respecto a sí mismo sin el temor de ser juzgado. Otro aspecto importante es el que se planteen objetivos en común, que ayudarán a orientar los esfuerzos por el mismo camino y permanezcan en sintonía (Feixas y Miró, 2010).

El modelo propuesto por estos autores tiene como base la idea de fomentar una buena relación terapéutica cuando el proceso de psicoterapia va a iniciar, en la cual sugieren que nuestra actitud sea no directiva, de respeto y comprensión, dándole facilidad a la persona para que pueda expresar todo lo que considere necesario. Una vez que la alianza se ha dado de forma adecuada podremos tomar una postura más directiva que conduzca a un cambio de conducta (Feixas; Miró 2010).

Cambio en Psicoterapia

Según Dagnino y Krause (2005) la primera fase que se vive en psicoterapia es el buscar ayuda de un terapeuta, afirman que el cambio inicia antes de empezar un proceso de psicoterapia, ya que el paciente está consciente que tiene un problema y necesita de ayuda profesional para intervenir con sus crisis. La resistencia emocional disminuye, y se hace un afrontamiento hacia la demanda o demandas, para que estos se transformen y generen cambios terapéuticos, la consciencia se vuelve propia, y hay una necesidad de ayuda.

La toma de conciencia de la necesidad de ayuda, definida desde la perspectiva del consultante como la aceptación de sus propios límites para solucionar los problemas es, por lo tanto, una condición necesaria para los cambios posteriores (Dagnino y Krause, 2005: 290).

También los autores hablan de la importancia de la relación terapéutica, ya que impulsa y motiva al consultante para que se generen cambios en el proceso psicoterapéutico, agregan que estos son fundamentales y se les tienen que dar

importancia a los primeros contactos que hay entre psicólogo y paciente, ya que facilita la aceptación del contexto de significado psicológico. Mencionan que la interacción psicólogo-paciente contribuye con el cambio, en la que las preguntas son una de las herramientas principales para tener una mejor intervención terapéutica además de otras formas de intervenir que nos guían hacia la formación de interpretaciones, así como orientar la conducta que conlleva al cambio.

Mediante las preguntas del terapeuta la interacción se mantiene dentro del contexto de significado psicológico, es decir, se delimita el ámbito en el cual el consultante realizará sus interpretaciones y asociaciones, pudiendo el cliente entonces aprender modos de interpretación psicológicos. A pesar de estos límites prefijados, su respuesta a la pregunta terapéutica será una construcción propia (Dagnino y Krause, 2005: 292).

Estos autores afirman que en psicoterapia el paciente va internalizando e interpretando lo que el psicólogo dice y refleja; poco a poco se va trabajando con la autonomía de la relación terapéutica, pues el cliente va adoptando lo que le está transmitiendo el terapeuta, y va ganando independencia en cuanto a lo aprendido.

Por otra parte, Monzón (2012) habla acerca de la resistencia al cambio en psicoterapia, pues dice que tanto el terapeuta como el paciente les resulta extraño o incoherente que el mismo paciente requiera de buscar ayuda, cuando, al mismo tiempo se resiste a ello, este fenómeno puede observarse antes de que el paciente acuda a terapia, algunos pacientes les cuesta trabajo comenzar el tratamiento, pues tienen temor a mirarse o darse cuenta de cosas que les incomoda.

Agrega que estas resistencias pueden darse ya sea porque los consultantes tienen incomodidad de contar lo que viven día a día, o porque no se ha logrado la suficiente confianza en su terapeuta, ya sea porque temen a ser juzgados o rechazados. También puede haber resistencia a no querer salir a lo que ellos están acostumbrados, o evaden la aceptación de su responsabilidad del sufrimiento.

Psicoterapia en personas con sobrepeso y obesidad

Ahora bien, hablando de la psicoterapia en la obesidad se plantea de manera global que debemos centrarnos en modificar el estilo de vida del consultante, dirigido principalmente

en tres grandes áreas: la conducta alimentaria, la modificación de la vida sedentaria por una en donde haya una promoción de ejercicio constante y los cambios de los factores en la vida emocional que afectan a las personas obesas. Para poder lograrlo, se requiere enfatizar en los problemas emocionales, los cuales son abordados mediante diversas técnicas, como la terapia de conducta, tratamiento cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia psicodinámica (Denia, 2011).

No obstante, existen otros tratamientos, aunque han sido menos descritos, para poder llegar al cambio que se desea a lo largo de todo el proceso. Como terapeutas, buscamos que la persona logre tener mejor estilo de vida incorporando un plan de alimentación y actividad física, Denia (2011) sugiere la automonitorización o control de estímulos para facilitar el camino hacia la introspección del consultante, así como un programa en sintonía con otras disciplinas además de nuestro campo.

Asimismo, el camino hacia el cambio en los casos de obesidad está caracterizados por dos elementos clave, los cuales están relacionados entre sí y deben ser valorados antes de empezar el tratamiento; se trata de la motivación y la psicoeducación. Si dichos elementos los mantenemos a lo largo de toda la psicoterapia, podremos ver cambios y logros positivos en nuestro consultante.

Al inicio de la psicoterapia, las personas se muestran con dificultad para mantener la motivación que les permita realizar cambios en su rutina diaria, es por ello por lo que durante las primeras sesiones el enfoque estará dirigido hacia el deseo de la pérdida de peso, en la que el paciente pueda estar conforme con su imagen corporal. No obstante, la expresión de emociones y sentimientos deberán canalizarse de forma adecuada sin usar como intermediario o finalidad la comida. Por ejemplo, se le puede explicar a la persona, que la comida es solamente una parte de sí mismo, y que esta tiene un trasfondo en su propia vida, es decir, como terapeutas nos veremos en la tarea de buscar los significados que tengan los alimentos para nuestro consultante; partiendo de este punto, la expresión de emociones y sentimientos se dará con mayor facilidad.

Hacer este planteamiento supone una confrontación activa del paciente con sus propias conductas y creencias; sugiere que hay otras opciones posibles y más adecuadas para sus patrones habituales de conducta que sería oportuno incluir, por lo tanto, promueve el auto cuestionamiento (Denia, 2011: 1495).

En ocasiones, los pacientes consideran que los pocos avances en la reducción de peso es algo insuficiente, hay que estar atentos a las expectativas que este tenga, pero también poder reflejárselas para que no sean inalcanzables, de lo contrario, la persona podrá estar desmotivada ya sea por su deseo o por la ausencia de información, que podría tener como consecuencia el abandono del tratamiento ante la presencia de sentimientos de frustración, desesperación y desmotivación (Denia, 2011).

Para poder mantener el interés en el proceso por parte del consultante, es trascendental promover la voluntad de cambiar las áreas en las que muestren más indecisión y ambivalencia, por ello, es necesario exponer las incongruencias que pudieran presentarse en la vida de la persona y así favorecer el aumento de la motivación (Denia, 2011).

Por otro lado, uno de los aspectos más importantes para poder mantener la motivación del consultante en niveles adecuados es la psicoeducación, que se utiliza principalmente para la construcción de deseos de cambio y mantenimiento de estos. Es común encontrar que las personas con obesidad que acuden a psicoterapia han realizado numerosos tratamientos de dietas sin éxito, además de tener información excesiva de ellas, ya que se viven en un contexto social de la delgadez. Los cambios esperados de pérdida de peso suelen desearse inmediatamente sin importar el régimen al que sean sometidos, ello con el objetivo de alcanzar el cambio de imagen ideal más que lograr tener buenas condiciones de salud, es decir, los significados que imponen a dichas dietas por lo general son cargados de metas desproporcionadas en lugar de tener una alimentación sana, adecuada y posible. Para poder crear un cambio de consciencia en esta percepción, será necesario abordar los temas de alimentación (conocimiento de la alimentación sana y sus efectos en el cuerpo que favorezcan la observación de sí mismo), emociones (de qué es responsable el consultante en cuanto a sus pensamientos y sentimientos), actividad física (en el entendido que gracias a esta se puede alcanzar un peso adecuado y mantenimiento de la salud) y familia (la cual servirá de apoyo para que el ambiente de la persona sea favorable en el seguimiento de objetivos) (Denia, 2011).

Correar y García (2007, en: Cruz, García y Martínez, 2016) mencionan que la psicoeducación es una estrategia que parece funcionar para “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”. Es así como esta estrategia tiene dos elementos esenciales:

- a) Conocer la enfermedad, en donde la información se proporciona de forma ordenada y sistematizada, de tal manera que pueda ser clara, entendible y asertiva.
- b) Que la aplicación la información aprendida pueda estar encaminada hacia crear competencias que fomenten una mejor calidad de vida para que estas influyan en una mejor adaptación tanto en lo individual como en lo familiar.

El objetivo de la psicoeducación en el tratamiento de la obesidad es que la persona conozca qué tipo de alimentos son poco saludables para que pueda disminuir su ingesta, así como promover la integración de hábitos como el ejercicio físico para estimular el gasto energético, con base en el desarrollo de habilidades para mantener la autorregulación, disminuir el estrés y la ansiedad, poder tener mejores formas de solucionar los problemas y la reestructuración cognitiva.

En el camino hacia el cambio en el proceso psicoterapéutico de la obesidad podemos encontrarnos con la dificultad para expresar emociones, entre ellas una profunda insatisfacción con la persona misma.

La insatisfacción corporal se ha descrito como un factor que contribuye al malestar emocional y que incluso podría colaborar con el desarrollo de patologías psiquiátricas como la depresión e incluso trastornos alimentarios, especialmente si se inicia a edades tempranas (Analía, 2015: 65).

La Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas en inglés APA) (2010), mencionan que la obesidad también presenta comorbilidades con algunos trastornos, como son la depresión mayor, que esta puede ser originada por la mala nutrición con relación a la ingesta de alimentos. Asimismo, se ha visto que este tipo de personas manejan altos niveles de ansiedad, que también se relaciona con trastornos alimentarios.

Pérez (2019) menciona que las personas que tienen sobrepeso u obesidad no solamente sufren de condiciones físicas como la cardiopatía, hipertensión arterial o diabetes, afirman que también se ve afectada el área psicológica, ya que la persona puede presentar síntomas de depresión, ansiedad, e incluso trastornos de la conducta alimentaria.

Actualmente vivimos en una sociedad que rechaza a las personas obesas, que, por consiguiente, da origen a la baja autoestima de estas, lo que podría provocar cierta inseguridad en aspectos sociales, laborales y afectivos, que, por la misma presión social tienden a no aceptarse a sí mismos y devaluarse. Por otro lado, cuando una persona se encuentra haciendo una dieta hipocalórica estricta y no logran el objetivo suelen tener sentimientos de culpa, siendo avergonzados y criticados por las personas que les rodean que de ahí se pueden derivar padecimientos como depresión, ansiedad, nerviosísimo, debilidad e irritabilidad. Aracely Peralta, en su charla para TEDx titulada “Obesidad: sólo una parte del problema” (2018) menciona que la obesidad debe ser vista como un problema que no se limita al peso, es importante conocer a la persona con sobrepeso en su totalidad, es decir, cómo es su relación con la comida, qué emociones están presentes.

Por otro lado, Margarita Gascó, en su charla para TEDx titulada “Trastornos Alimentarios y Persuasión” afirma que la cultura ha marcado mucho el significado de la imagen corporal. Se ha visto que a lo largo de la historia la sociedad ha puesto estándares de belleza a la propia imagen, las que no son aceptadas en un grupo específico llegan sentir timidez, vergüenza, estrés, preocupación, e insatisfacción por la apariencia física. Actualmente la persona con obesidad se ha visto desvalorizada y juzgada, pues no se les considera atractivas y sienten que les falta voluntad.

También menciona que las personas con sobrepeso experimentan sensaciones de incomodidad y angustia cuando se perciben evaluadas por otras personas, por vergüenza no suelen llevar a cabo ciertas actividades, tienden a minimizar sus propias potencialidades y se resignan antes de tiempo, ya que se sienten intimidadas por las demás personas y creen no poder hacerlo.

Cofre, Angulo y Riquelme (2014) explicaron que la obesidad lleva consigo estados ansiosos y depresivos, las cuales pueden ser la causa del por qué una persona come en exceso. No obstante, la baja autoestima también se observa como un factor que influye a que la persona se aíse debido a que no se sienten pertenecientes a un grupo social, pues culturalmente vivimos en un contexto de delgadez. Asimismo, se ha visto que las personas con sobrepeso se restringen de la expresión de afectos, cubriéndolos con actividades compensatorias que les ayuden a sentirse mejor, es decir, como un modo de “autorregulación emocional”. Una de estas actividades puede ser la sobrealimentación,

en la que el obeso puede llegar a disminuir los síntomas que le causen incomodidad y que en lugar de ello lo mantengan en un estado más placentero, dejando de lado aquello que le frustre, deprima o lo ponga ansioso.

En el marco de los procesos de autoobservación, no sólo son fundamentales aquellos asociados a la reevaluación cognitiva de las motivaciones vinculadas a la ingesta de alimentos, sino que también es clave una exploración profunda de las emociones vinculadas a la ingesta alimenticia. Este proceso implica autoobservación y reconocimiento de emociones básicas y cognitivas subyacentes que contribuyen no solo a la mantención de la enfermedad, sino también a una forma de sentirse en el mundo. En este punto, el trabajo psicológico ha contribuido a esta identificación emocional y, asociado a lo anterior, a una forma más flexible de reconocer y regular emociones” (Cofre; Angulo; Riquelme, 2014: 96)

Por otro lado, podemos hablar de un comer emocional, término atribuido a Edward Abramson (1999) en su libro que tiene el mismo nombre. Este autor menciona que las emociones juegan un papel importante en la mayoría de los casos de obesidad y de trastornos de la alimentación, aunque no necesariamente son la única causa. Existen otras variables como la herencia, elección de la comida, tamaño y número de células adiposas, hábitos de comer y patrones de actividad o ejercicio. Asimismo, sostiene que mientras exista una conexión entre las emociones y la comida, es posible que la persona se vea orientada hacia el fracaso en cualquier dieta que intente, ya que el estado emocional nos conduce a anhelar un alimento específico y solo ese alimento podrá ser capaz de tranquilizar las *ansias*.

Twerski (1998) menciona que un componente muy frecuente en el malestar de la persona obesa es la *ira*, la cual puede ser producida ante una situación consciente, pero también puede darse de forma inconsciente. Este autor explica que cuando una idea o emoción es demasiado fuerte para que el individuo la pueda contener, lo que hace de forma defensiva es enviarla al inconsciente e intentar mantenerla en ese lugar, de lo contrario se desbordaría. Dicho mecanismo es más conocido como *represión* y le permite al sujeto ocultarse de su propio sentimiento de ira.

La ira, como el dolor, tiene una importante función, aunque ambas sean desoladoras. El dolor puede presentarse como una señal de que algo está afectando nuestro sistema físico y que puede perjudicar nuestro organismo. Al igual que este, la ira nos ayuda a saber que algo anda mal, no obstante, esta depende completamente los valores de cada individuo y de lo que este pueda considerar como justo e injusto. Por otro lado, las emociones son fundamentales en la formación de pensamientos y conductas de una persona, que pueden estar en sintonía o no con una realidad común (Twerski, 1998).

Asimismo, pueden aparecer sentimientos de culpa en la persona obesa, que lo llevan hacia una incapacidad para perdonarse en el que se puede presentar un círculo vicioso representado en la figura 1.

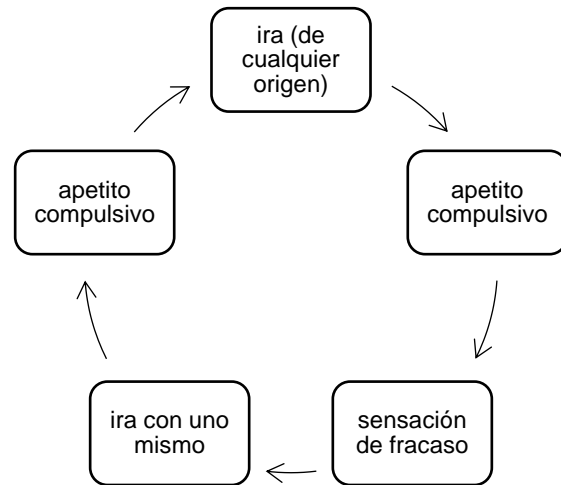


Fig 1. Twerski, 1998

A continuación, se muestra un extracto del caso de una persona que tuvo sobre peso y las consecuencias emocionales del mismo:

“Durante mucho tiempo, fui una persona flaca y feliz con mi cuerpo; era mi época adolescente. Si bien era muy flaca, como también soy muy alta, siempre tomé los recaudos, por consejo y el cuidado de mi madre, para no parecer demasiado provocativa. Lo cierto era que, usara lo que usara, me quedaba lindo. ¡Qué buenas épocas aquellas! Pero no la recuerdo con tristeza, sino como una buena etapa de mi vida y como un objetivo para retomar las cosas que me hacían bien.

Luego me puse de novia, a estudiar en la facultad y conseguí un trabajo estable. Todo esto significó resignar tiempo **libre** que ocupaba generalmente con deportes y dedicarme, atrás de un escritorio, a realizar un único deporte: mover la mandíbula, no sólo para hablar, sino para comer, comer y cada vez comer MÁS... y de pronto..., como si nada, diez kilos más... Como no era tanto, comencé una dieta... Y claro..., como toda dieta realizada sin ayuda profesional..., duró menos que un suspiro..., pero la consecuencia se tradujo en varios kilos más agregados a mi cuerpo.

Intenté, para solucionarlo, ir a los grupos de autoayuda, pero escuchaba al resto y no lograba identificarme. Siempre decía que hacía todo bien, pero mentía a menudo. Otra actividad pronto ocupó ese horario y dejé ese espacio.

Luego, desafortunadamente, tuve que pasar por una seguidilla de esos hechos de los que uno prefiere no acordarse... Uno aprende con el tiempo que lo que no te mata te acerca más a Dios... O al menos ese fue mi caso. Pero claro, en ese momento mi voluntad estaba muy nublada..., por lo que me agredía con más comida. Lo peor era que sentía que no me comprendían y que yo podía controlarlo, entonces, cuando no me ofrecían

repetir o sacaban la bandeja de la mesa, me apresuraba a tomar más comida, aunque no la quisiera. Era una rebeldía, pero, sobre todo, era una forma de alejarme del resto, de quienes al querer cuidarme me discriminaban o me trataban diferente. Fue una situación muy fea...” (Crocco, 2012).

Comprensión de la imagen corporal para el proceso de psicoterapia

Muñoz-Najar y Prieto (2015) refieren que la imagen corporal es la representación mental que los individuos tienen integrado como una imagen corporal general, tanto su tamaño como su forma, los cuales tienen influencia de las condiciones socioculturales, biológicas y personales. Se ha visto que, en cada momento histórico, la preocupación por esta imagen ha sido diferente, ya que se toma de referencia el concepto de cuerpo que se tiene en esa época, el cual tiene mayor impacto en la población femenina (Helgeson, 2012). Según Bersh (2006) la sociedad impone un cuerpo ideal que se toma como modelo estético de referencia, el cual, la mayoría de las veces, no es posible alcanzarlo, dando como resultado una profunda insatisfacción con su propia imagen, además de un sentimiento de culpa por no poder tener la imagen deseada.

García del Cid, Ribas y Ruiz (2009) en su artículo *Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ)* dan la definición más aceptada de “imagen corporal” aportada por Schilder (1935): la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente está referido a la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo. La importancia de dicho constructo ha sido puesta en evidencia en las últimas décadas en decenas de estudios, los cuales señalan que el concepto está relacionado con diversos problemas del ámbito clínico además de factores psicosociales.

Bobadilla y López (2014) señalan que la imagen mental no necesariamente está en sintonía con el cuerpo, cuando esto sucede se puede hablar acerca de distorsión de la imagen corporal, es decir, hay factores cognitivos, emocionales, afectivos y conductuales que intervienen en la construcción de esta. Asimismo, coinciden con los otros autores en que la imagen corporal toma en cuenta los factores socioculturales para analizar la insatisfacción de la persona respecto a cómo se percibe. Algunos autores incluso definen la obesidad como un síndrome de afiliación cultural.

Smolak (2004, en Zamorano, 2009) en sus estudios refiere que la imagen corporal va más allá de una sola variante, la componen múltiples factores, señalando que es un concepto multidimensional, el cual es apoyado por cinco elementos principales:

- Componente Perceptivo – cómo la persona se ve a sí misma en tamaño y forma de todas las partes que componen al cuerpo.
- Componente Afectivo – lo integran los sentimientos que la persona tiene en relación con su aspecto.
- Componente Cognitivo – son todos aquellos pensamientos y creencias sobre el cuerpo que el individuo conoce sobre sí mismo.
- Componente Evaluativo – va más relacionado a la satisfacción que tiene el sujeto sobre su propio cuerpo. Dicho componente nos muestra la capacidad de la persona para que la imagen mental pueda coincidir con la imagen corporal real.
- Componente Conductual – este elemento está relacionado con aspectos motores que tienen como base los pensamientos y la forma en que la persona se percibe a sí misma.

Es importante citar a Zamorano (2009) que destaca la insatisfacción y la distorsión que pudieran tener las personas con obesidad, que están directamente relacionados con la imagen corporal.

La imagen corporal se refiere a la representación mental que creamos del tamaño, la figura y las partes de nuestro cuerpo, así como, a la percepción que los demás tienen de él (Salazar, 2007: 72).

Dicha representación puede presentar insatisfacción, ya que no todo el tiempo coincide con la apariencia física real, especialmente en mujeres, aunque ha ido en aumento en hombres. Asimismo, se observa que las mujeres están más satisfechas si tienen una figura delgada, sobre todo si su abdomen, glúteos, muslos y caderas está acorde al cuerpo ideal que se ha impuesto en la sociedad.

La cultura ha determinado ciertos modelos estéticos que se han vuelto más rígidos en mujeres que en hombres, ya que, para la población femenina, un cuerpo atractivo es sinónimo de sentirse parte de una sociedad que valora la delgadez como un elemento de éxito y aceptación social, con lo cual su autoconcepto puede estar alterado por dichos

estándares que tienen tendencia hacia la “perfección”. Lo anterior puede tener consecuencias tanto físicas como psicológicas (Salazar, 2007).

Además, el autor sostiene que cuando la mujer establece la delgadez como parte de su valía, experimenta sensaciones como control, éxito y triunfo sobre su persona, pero, si estas no logran alcanzar dichos estándares, pueden sentir fracaso, insatisfacción y decepción de no poder pertenecer a lo que ellas considerarían “aceptable”.

Una de las principales hipótesis de las teorías socioculturales en relación con la imagen corporal es que el malestar puede deberse a una belleza irreal, la cual es difundida de forma masiva por los medios de comunicación (Salazar, 2007).

Aradillas, Cossío, Hernández, Nieto, Padrón y Palos (2015) mencionan que la imagen corporal se refiere a los sentimientos de una persona sobre la estética y el atractivo sexual de su propio cuerpo, y que además puede ser implementado por otras personas o por influencia de los medios sociales. Este autor sostiene que este concepto también es el resultado de una serie de factores que en su conjunto crean el cómo se percibe la persona en cuestión, dichos factores son:

- Sus experiencias personales.
- Tipo de personalidad.
- Aspectos culturales.
- Aspectos sociales.

El sentido de una persona de su propia apariencia física, usualmente en relación con otros o en relación con un “ideal” cultural, pueden moldear su imagen corporal y esta puede coincidir o no con los demás.

En resumen, trabajar con cualquier tipo de problemática que tenga un consultante es una labor compleja, ya que requiere de nuestra parte lograr un nivel de empatía óptimo para poder lograr una adecuada alianza terapéutica. Atender a una persona con sobrepeso u obesidad requiere de varias consideraciones, sin minimizar la importancia de ningún elemento: modificar su estilo de vida, en el que se pueda encontrar mejores hábitos, promover el cambio del sedentarismo a la actividad (ya sea con registros, notas, refuerzos, etc.), es importante tomar en cuenta el entorno en el que se encuentra para poder buscar una red de apoyo que le de soporte y confianza (familia, amigos, pareja, etc.); mantener la suficiente motivación para que el consultante no abandone el proceso,

que puede ser a través del logro de metas en el corto y largo plazo, y en caso de no cumplirlas, reflexionar respecto a qué fue lo que sucedió y que aprendió de ello; crear “consciencia de enfermedad” a través de la psicoeducación, en el que se puedan ver los beneficios de llevar una vida saludable; durante el proceso de cambio puede haber varios factores simbólicos a los cuales la persona le da su propio significado, por ejemplo, cómo percibe el obeso a una dieta, la comida, la actividad física, etc. De tal manera que pueda haber una resignificación de estos elementos que le ayuden a que tenga una percepción más amigable de dichos componentes y no lo perjudiquen; tomar en cuenta los diversos síntomas, emociones y pensamientos que puedan surgir, en el que nuestra postura sea de comprensión empática (sin etiquetar, juzgar o criticar al consultante), revisar cómo están cada uno de los componentes de su imagen corporal (perceptivo, afectivo, cognitivo, evaluativo, conductual) para ver cuáles son los que debemos reforzar y lo más importante es que sea un trabajo en equipo cuyo objetivo será que la persona logre un estilo de vida saludable.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad sin duda es un problema a nivel mundial desde hace varios años; una persona con este padecimiento por lo general está acompañada de otras enfermedades que de no ser atendidas en el tiempo indicado podrían provocarle afectaciones físicas o incluso la muerte. Podemos darnos cuenta de que son personas que han hecho diversos esfuerzos por perder peso, pero que no lo han logrado, ya que los hábitos y costumbres que llevan en el día a día no han sido en beneficio de su salud.

Podríamos preguntarnos ¿cuáles serían las razones por las que constantemente fallan estas personas en su intento de perder peso?, ejemplos de los esfuerzos serían el someterse a dietas estrictas, recurrir a cirugías (bypass, manga gástrica, entre otras) y tomar múltiples tipos de medicamentos; es posible que al inicio de cada proceso puedan ver que están bajando de peso, sin embargo, hay un punto en el que la persona regresa a sus antiguas costumbres, dando lugar a que el sentimiento de fracaso sea más grande, así como desesperación por no ver los resultados que esperaba.

Lo anterior nos demuestra que no solamente pueden tener problemas biológicos, sino también psicológicos que repercuten directamente en su estado de ánimo,

incapacitándolos de poder tener un buen desempeño personal, escolar/laboral; estos pueden ser derivados de acontecimientos que conlleven discriminación a través de burlas, agresiones físicas y verbales que merman su calidad de vida.

Si nos ponemos a analizar el estilo de vida que llevan, nos daremos cuenta de que el ambiente en el que se encuentran no es el más adecuado para llegar a su peso ideal, hay ciertos elementos que considero no dependen completamente de ellos, ya que vivimos en una sociedad en la que la invitación a consumir chatarra es muy común.

Por otro lado, si profundizamos un poco más en la historia de vida del obeso nos daremos cuenta de que hay múltiples factores que lo mantienen en ese estilo de vida. Dentro de la literatura proporcionada en este Trabajo de Obtención de Grado también hemos visto que existe una tendencia hacia una sintomatología ansiosa, depresiva, así como problemas de autoestima, alteraciones en el control de impulsos, etc.

No olvidemos que una definición del ser humano es que somos biopsicosociales, en esto se incluyen nuestras relaciones de amistad, pareja, trabajo, creencias, percepción del mundo que nos rodea, personalidad, etc. Entendiendo esto, podremos tener una visión más amplia para comprender qué es lo que sucede con la persona con obesidad, ya sea en su vida cotidiana o en un programa de pérdida de peso.

V. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características individuales de una persona obesa en proceso de psicoterapia en apoyo a un programa de pérdida de peso?

¿Cuáles son las características relacionales de una persona obesa en proceso de psicoterapia en apoyo a un programa de pérdida de peso?

¿Cómo apoya la psicoterapia a una persona obesa que participa en un programa de pérdida de peso?

VI. OBJETIVOS

Describir las características individuales y relacionales de una consultante con obesidad en su proceso de psicoterapia para controlar su peso.

Describir la forma en cómo apoya la psicoterapia en el caso de una persona obesa que participa en un programa de pérdida de peso.

VII. METODOLOGÍA

A continuación, se presenta el marco metodológico y la metodología realizada en el presente trabajo de obtención de grado. Para responder a las preguntas de investigación se optó por una metodología cualitativa de estudio de caso.

- MÉTODO CUALITATIVO

Merino (1995) hace referencia de la perspectiva holista, naturalista del método cualitativo, el cual hace énfasis en las metas, finalidades y valores que el investigador persigue en las respuestas que desea obtener. Dicha afirmación cobra validez si reconocemos que, por mucho tiempo en la investigación sobre el comportamiento humano, ha dominado una aproximación que lo fragmenta en fenómenos (conductas) parciales, aislándolos de la totalidad de la que forman parte. Magnusson, citado por Merino (1995), observa que esta visión fragmentaria ha sido característica de casi todas las investigaciones psicológicas sobre la personalidad realizada en los últimos veinte años.

La filosofía respecto a la complejidad que mantiene el enfoque cualitativo creo que se aplica correctamente en el campo de las ciencias sociales, y destaco la apertura que tiene este método para indagar en un tema complejo el cual tendrá subtemas que también sean de la misma naturaleza, pero creo que como investigador debemos tener la capacidad suficiente de análisis para que nuestra integración sea realizada de manera completa y adecuada.

Todo quehacer científico tiene un “sentido” subjetivo para el que investiga. Este sentido puede descansar en *“hacer ciencia por la ciencia misma”*, por contribuir al desarrollo de una disciplina, o al bienestar de la especie humana (Merino, 1995). Podríamos decir que el método cualitativo nos ayuda a involucrarnos con nuestro objeto de estudio para poder entenderlo desde su propia experiencia, sentir y pensar. Considero que no hay mejor forma de investigar grupos sociales que ir directamente al campo donde estos interactúan, y poder comparar las formas de vivir con la teoría que está en existencia, o incluso complementarlo con la información que se tenga en la actualidad.

La investigación cualitativa surge de la observación constante y crítica de los modelos cuantitativos, de sus fracasos, aciertos y limitaciones. Cobró un reconocimiento

real hasta los años noventa, pero empezó a ser reconocida en los años setenta. Los intentos anteriores no eran comunes y, además, poco difundidos (Merino, 1995).

El investigador que asume una postura holística debe buscar los esquemas unificadores y las regularidades contenidos en la libre expresión por parte de las personas estudiadas, es decir, lo que se pretende en este tipo de investigación es crear una síntesis acerca de la comprensión en el cómo han construido una forma de vida particular, desde sí mismos hasta el nivel social y cultural (González Rey, 1993 en Merino, 1995).

La metodología cualitativa está basada en la observación directa verbal, no verbal o escrita, la cual se obtiene a través de entrevistas, videos, participación directa, etc. También acude a la consulta bibliográfica y a la lectura de documentos, cartas, composiciones, autobiografías y diarios, cuestionarios etc. (Merino, 1995); en el caso de esta investigación se llevará un estudio de caso bajo la herramienta de la psicoterapia.

Una ventaja de dicha metodología es que promueve la estimulación del planteamiento de interrogantes sobre los paradigmas de dan sentido a un contexto en particular, además cultiva la tendencia a realizar análisis sobre la complejidad del objeto de estudio, dando lugar a una expansión de nuestros marcos básicos de referencia (Edson, 1988 en Merino, 1995).

- LA ENTRADA AL CAMPO

A diferencia de la investigación cuantitativa, la metodología cualitativa debe ser cautelosa, pues como investigadores se busca un acercamiento más íntimo con aquella población a estudiar, Flick (2007) expone como ejemplo que no es lo mismo realizar una entrevista a una persona de manera abierta a entregar un cuestionario donde la relación se vuelve más impersonal, es por ello que hay que definir roles en lo que será la investigación, que, desde mi punto de vista, podría relacionarse con el proceso de psicoterapia. En el que se abre la posibilidad de conocer el mundo subjetivo del consultante, se crea la oportunidad de analizar la relación terapéutica para poder tener una mejor comprensión de lo que le sucede a la persona.

En el caso de mi Trabajo de Obtención de Grado podría considerar que la entrada al campo sería a través de una institución e individuos, sin embargo, en una investigación deberían realizarse los trámites previamente con las autoridades responsables, pero, por

otro lado, en el caso de tener acceso a los individuos (estudio de caso en particular) es algo aún más complejo. Flick (2007) sugiere obtener procesos de negociación, estrategias de referencia en el sentido de correr la voz y sobre todo las competencias en el establecimiento de relaciones. Dentro de mi entrada al campo para mi proyecto debí tener previa autorización por la parte de Dirección General del centro Wellness donde se llevó a cabo el proceso de pérdida de peso de la consultante a estudiar, ya que los clientes de dicho centro tienen derecho a la privacidad de sus datos. Una vez que este departamento autoriza la metodología que se necesita fue sumamente delicado encontrar a la persona con la que se tiene la intención de llevar a cabo el trabajo de campo. Para ello se realizaron 2 entrevistas cuyo objetivo fue sondear la representatividad de la obesidad en dicha persona; una vez conociendo más a profundidad la opinión de esta mujer, se le hizo la propuesta de participar en el proyecto, dándole a conocer el objetivo y la forma en cómo se hará el trabajo, es decir, a través del estudio de caso en un determinado número de sesiones que implicarán conocer el objeto de estudio.

Por otro lado, Flick (2007) menciona la importancia de mantener un “rol de extraño” para potenciar la obtención del conocimiento adicional. Lura y Wolf (en Flick, 2007) describen la entrada al campo como un proceso sociológico de aprendizaje, cuyos roles principales podrían ser de la siguiente manera:

- Extraño.
- Visitante.
- Iniciado.
- Alguien dentro.

Como se señala en párrafos anteriores, la entrada al campo es delicada, implica una gran responsabilidad debido a que involucra adentrarme a la historia de una persona cuyo anonimato debe ser respetado. Considero que la forma de acercamiento a dicha persona debe ser con ética, pero sobre todo empatía para poder explorar qué es lo que sucede dentro de un encuadre objetivo.

El primer paso para poder estar dentro del estudio fueron las entrevistas para poder “romper el hielo”, es decir, que la participante pudiera sentirse en un ambiente cálido de confianza, pero sobre todo profesional para que pueda tener la apertura narrar su historia perteneciente y poder llegar al objeto de estudio al finalizar la investigación. Durante los

siguientes encuentros se llevaron a cabo 10 sesiones dentro del marco de la psicoterapia interdisciplinar para poder proseguir con el análisis de datos.

- MÉTODO

ESTUDIO DE CASO

Es una herramienta dentro de la metodología cualitativa que sirve al investigador en el registro de la conducta, pensamientos, sentimientos, emociones, etc. que surjan en las personas involucradas dentro del fenómeno estudiado (Martínez, 2006).

Chetty (1996 en Martínez, 2006) señala que el método de estudio de caso tiene un carácter riguroso, enlistando las siguientes características:

- Es adecuado para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.
- Permite estudiar un tema específico.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde varias perspectivas y no desde cómo influye una sola variable.
- Nos da la oportunidad de expandir nuestro conocimiento de forma más profunda al estudiar un fenómeno en particular, con lo que permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que surgen a lo largo del proceso.
- Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería tomarse como exploración inicial en cualquier estudio.

Con lo anterior se puede decir que un estudio de caso tiene como característica que es parte de una estrategia de investigación que puede ser utilizado en el campo de la psicoterapia para observar las características de los consultantes, cómo se da el camino hacia el cambio, la percepción que este tiene de su propio mundo, las reacciones emocionales frente a las situaciones que se le van presentando en su vida, así como el impacto que estas tienen frente a las diversas áreas que le dan sentido de ser (familia, amigos, trabajo, pareja, etc.)

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTANTE

Características de su familia de origen

Es la hermana mayor de 2 hermanos, su hermana menor vive con sus padres. Su papá tenía bodegas, mientras que su mamá se dedicaba al hogar. Su mamá acostumbraba a cuidar de sus hermanos pequeños. Describió a su hermana como una persona muy extrovertida, tendía a compararse con ella.

Procuraban reunirse los fines de semana, la consultante mencionó que la expresión de emociones no era común en su familia, el cariño solía demostrarlo a través de hechos (invitaciones a comer, detalles con comida, etc.)

Criterios de exclusión

- Personas que lleven algún tratamiento psiquiátrico.
- Personas que tengan un IMC menor a 25.
- Personas del género masculino.
- Personas que no estén dispuestas a firmar la carta de consentimiento informado, es decir, que tengan alguna enfermedad que le impida el ejercicio con electroestimulación, de la cual se enlistan las contraindicaciones:
 - Hipertensión.
 - Tuberculosis.
 - Mujeres embarazadas.
 - Enfermedades tumorales.
 - Enfermedades neurológicas graves.
 - Trastornos de la circulación arterial.
 - Arteriosclerosis en estado avanzado.
 - Personas portadoras de marcapasos.
 - Procesos bacterianos o virales agudos.
 - Hernia de la pared abdominal o inguinal.
 - Personas con enfermedades cancerígenas.
 - Personas diabéticas (mellitus) y epilépticas.
 - Personas con alteraciones de la sensibilidad.
 - Personas con trombosis, tromboflebitis o várices ACTIVAS.
 - Personas con catarros o fiebres (esperar a que pase el proceso).

- Tendencia al sangrado severo (hemofilia).

Características de su familia formada.

Andrea es una mujer de 25 a 30 años, tenía 5 años de casada, su esposo y ella tienen una hija de 2 años. Mencionaba que su estilo de vida gira entorno a las reuniones sociales, las cuales se llevan, por lo general, de jueves a domingo.

Su esposo tenía una empresa, ella se dedicaba al cuidado de su hija y su hogar. Asimismo, mencionan que ella y su esposo mantenían una imagen de pareja ejemplar con sus amistades.

Antecedentes de atención en salud mental, acondicionamiento físico.

La consultante no mencionó ningún padecimiento psiquiátrico en su familia. Ella señaló que empezó a “comer de más” cuando estaba en la preparatoria, y aún más cuando se casó sin considerar un problema de salud mental asociado a su aumento de peso.

Respecto al acondicionamiento físico, la consultante mencionó que nunca había sido disciplinada con el ejercicio.

Breve descripción del proceso de psicoterapia.

La consultante acudió a psicoterapia con el objetivo de llevar un acompañamiento terapéutico en el proceso de un cambio de imagen a través del programa de pérdida de peso, es decir, en conjunto de un programa de ejercicio y alimentación.

Se llevaron a cabo 10 sesiones, las cuales se reportan en este Trabajo de Obtención de Grado. La forma en cómo se trabajó durante las 10 sesiones fue a través de la escucha activa, en ocasiones con tinte directivo, pero principalmente, me enfoqué en la adherencia al plan nutricional y ejercicio, buscaba que la motivación de la consultante se mantuviera.

Durante las primeras 2 sesiones considero que una de las limitaciones fue que la consultante tomó la postura de “ayudar a un proyecto de investigación” más que a experimentar un “proceso psicoterapéutico”, sin embargo, conforme iban pasando las sesiones se dio cuenta que efectivamente era para un proyecto de obtención de grado, pero también podría aprovecharlo para sí misma.

Características del Programa de Pérdida de Peso

En el Trabajo de Obtención de Grado se realizó con una consultante que acudió a un Wellness Center, quien llevó un proceso de psicoterapia acompañado de un Programa de Pérdida de Peso, el cual combinó la psicoterapia, un plan de alimentación y un programa de ejercicio: 2 veces por semana a través de la herramienta de electroestimulación (consiste en un programa que permite la contracción de 300 músculos de manera simultánea en sesiones de 20 minutos, estas mismas equivalen a 4 horas de ejercicio convencional) y entrenamiento con movimientos corporales y cardiovasculares. La consultante presentaba las siguientes características al inicio de su programa de pérdida de peso:

- Un IMC de 35
- Pesa 110 kg
- Su estatura es de 170cm

Todo lo anterior la colocaba como una persona con obesidad. No obstante, la consultante tenía el interés de tener salud física, pero, sobre todo, sentirse bien consigo misma a través de una imagen que le gustase su propio cuerpo.

El objetivo al finalizar el Programa de Pérdida de Peso fue la reducción de mínimo 10 kilos, idealmente 12, de los cuales solo se lograron la pérdida de 5 kilos.

Análisis de la información

Como se menciona con anterioridad, se llevaron a cabo 10 sesiones de psicoterapia, las cuales fueron registradas a través del siguiente formato:

CORPUS DE DATOS	
FORMATO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO	
Temática que abordó	
Estrategias Implementadas	
Hipótesis	
Propuesta dirigida al cambio	
A, D, F, S (Aciertos, Dificultades, Fallas en el contexto de la sesión, Sugerencias)	
Observaciones y reflexiones	
	<ul style="list-style-type: none">• Psicoterapeuta• Consultante• Interacciones• Deseo de cambio• Emociones• Consciencia de la problemática• El Cuerpo<ul style="list-style-type: none">• Motricidad• Salud• Alimentación• Relaciones Interpersonales• Sexualidad• Imagen Corporal (percepción que tiene de sí misma)
Diario del Acompañante	
Resumen de la sesión	

Una vez que se obtuvo el registro de las 10 sesiones se llevó a cabo la creación de una tabla comparativa respecto a lo que ayudó y no ayudó a la consultante a bajar de peso. Con base en los puntos registrados en dicha tabla, se obtuvieron las siguientes categorías:

- a) Estilo de vida. Se refiere a los hábitos y costumbres que tiene la consultante en su día a día.
- b) Imagen Corporal. Tomado de Smolak (2004, en Zamorano, 2009) refiere en sus estudios más de una variante, las cuales se enlistan a continuación:

- a. Componente perceptivo (cómo se ve la persona a sí misma en tamaño y forma)
 - b. Componente afectivo (cuáles sentimientos son los que están presentes en relación con su cuerpo)
 - c. Componente cognitivo (qué pensamientos y creencias tiene la persona sobre sí misma)
 - d. Componente evaluativo (relacionado con la satisfacción que tiene el sujeto sobre su propio cuerpo; se puede ver si hay congruencia entre imagen mental e imagen corporal)
 - e. Componente conductual (aspectos motores que tienen como base los pensamientos en la percepción que se tiene de sí mismo).
- c) Autorregulación. Se refiere a qué tanto la persona mantenía control de sus impulsos, si la consultante era capaz de seguir con el programa de ejercicio, nutrición y psicoterapia.
 - d) Relaciones interpersonales. Tiene que ver con las personas con las que la consultante mantiene contacto, por ejemplo, pareja, familia, amistades, etc.
 - e) Objetivos. Con este elemento se pudo analizar si las metas que la consultante tenía eran reales y alcanzables o permanecían en el plano de lo ideal.
 - f) Congruencia. este está más en relación con lo que la consultante llevaba a la acción y esto no se contradecía con las metas que se había propuesto.

Una vez que se tuvieron todas las categorías, se hizo un filtro de cuáles serían las más relevantes y las que mejor explicarían la situación de la consultante, para que finalmente lo pudiéramos revisar en pareja (LMSL y MCMC) en tres ocasiones.

Encuadre ético del estudio

Debido a que los datos y la información proporcionada por parte del consultante pertenecen a su propia privacidad, se contó con una carta de autorización que estuvo firmado por la participante, en el cual dio su consentimiento para poder compartir dicha información a este proyecto. Asimismo, su nombre fue sustituido por un pseudónimo con la misma finalidad de proteger su integridad. El documento se encontrará en la parte de "Anexos" (después de las referencias bibliográficas).

VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características individuales

ESTILO DE VIDA

La consultante a lo largo del proceso de psicoterapia refirió llevar un estilo de vida que le complicaba alcanzar sus metas respecto de la pérdida de peso y talla. Este estilo de vida inadecuado implicaba: el consumo de comida con alto valor calórico y poco nutritiva en casa y en reuniones sociales, una vida con poca actividad física, no tener un horario establecido para el consumo de alimentos, una vida desorganizada e incapacidad para hacer esfuerzos constantes para lograr algo.

“Ha llevado una vida sedentaria, muchas reuniones sociales” (S1),

La consultante refirió tener una vida social “muy ocupada”, lo ve como problema si quiere hacer un cambio de hábitos. (S2)

Mencionó que consumía bebidas alcohólicas y comida chatarra en sus reuniones sociales (cada fin de semana). (S4)

Refirió acostumbrar a ver la tele con su esposo e hija comiendo botanas (S1).

Refirió malos horarios en las comidas (S3).

Mencionó sobre su estilo de vida *“si me desesperan algunas (cosas), como ser desorganizada, caigo muchas veces en la flojera, pero no me molesta tampoco tanto”*. (S4)

Refirió que le gustaba ver y hacer como que no veía lo que le causaba conflicto, eso la mantenía en una imagen de una persona pacífica, light y tranquila. (S8)

Lo anterior da muestra que el estilo de vida de la consultante no es posible considerarlo como un estilo de vida saludable, fundamentalmente lo relacionado con su alimentación y actividad física relacionados con su sobrepeso también son inadecuados. Estos hábitos inadecuados para una vida saludable y un peso adecuado son reforzados socialmente en convivencia con sus amigos, familiares y en especial su familia nuclear. Esto coincide con lo señalado por Aldrete y cols. (2006) quienes mencionan que en México ha habido cambios de aspecto sociocultural que han fomentado el consumo de alimentos de alto contenido calórico y sedentarismo, a pesar de los esfuerzos por promover los beneficios de una vida saludable. Uno de los objetivos terapéuticos que podrían ser de utilidad para estos casos es establecer expectativas dentro del marco real

para que estas puedan ser alcanzables, así podría mantenerse un nivel de motivación óptimo para el consultante (Denia, 2011), en el que una de las herramientas más valiosas será la psicoeducación.

IMAGEN CORPORAL

1. Componente Perceptivo

Sobre el componente perceptivo de su imagen corporal la consultante refirió que no le gustaba, así como le resultaba complicado ver los cambios en su cuerpo producto de su esfuerzo por disminuir talla y peso:

La consultante mencionó que no le gustaban sus piernas, su abdomen y sus brazos. (S4)

Al referir sobre los cambios en su físico producto del acondicionamiento mencionó que empezaba a ver cambios en su cuerpo con el ejercicio, dijo estar acostumbrándose y adaptándose a ello. (S8)

También, la consultante mencionó que no se dio cuenta de su cambio corporal cuando estaba aumentando de peso. (S3) Mencionó que era más delgada durante la preparatoria, que fue cuando conoció al que es actualmente su esposo, duraron varios años de noviazgo, cuando se casaron dijo que ya no le importaba mucho lo que comía o no, fue entonces que empezó a subir de peso gradualmente hasta que un día se dio cuenta que estaba varios kilos arriba en comparación con lo que pesaba en su preparatoria.

Las expresiones de la consultante hacen referencia a la insatisfacción sobre su cuerpo. Esto coincide con las ideas de Bersh (2006) que menciona que las mujeres no pueden alcanzar el ideal de cuerpo propuesto socialmente, generando insatisfacción. Particularmente, sobre el componente perceptivo de la imagen corporal de la consultante se puede observar la dificultad para observar los cambios que se provocan en su cuerpo. Esto podría suponer una distorsión de la percepción de su cuerpo al verlo con sobrepeso a pesar de la pérdida de peso y talla (Zamorano, 2009). Dicha incapacidad en la consultante de notar los cambios en su cuerpo podría explicar en parte la falta de constancia en su programa de pérdida de peso, ya que le pudo provocar frustración no ver cambios a pesar de su esfuerzo.

Esto va en relación con uno de los objetivos en el proceso de psicoterapia al momento de tener una meta real y alcanzable, probablemente el nivel de exigencia de la consultante fue mayor y no alcanzó a reconocer los resultados que iba teniendo poco a poco, apareciendo la frustración y decepción que de no haberlo abordado con una buena estrategia pudo haber provocado el abandono del proceso.

2. Componente Afectivo

Como se mencionó en el marco teórico y como puede observarse en algunas de las sesiones con la consultante, el componente afectivo es importante, de no escucharse y no reconocer sus emociones podría estropear el proceso psicoterapéutico.

Durante la primera sesión, la consultante refirió que *“no estaba conforme con lo que veía en el espejo”* (S1) que concuerda con Iruarrizaga y cols. (2002, en González y cols., 2005) que identificaron que las personas con obesidad pueden tener baja autoestima, así como elevados niveles de depresión y ansiedad.

Una autoestima baja no solo implica la parte afectiva, según González, Guzmán y Sánchez (2005) también hay una disminución de confianza, valoración y respeto de uno mismo, que puede ejemplificarse cuando la consultante refirió lo siguiente en la tercera sesión: *“Ya no me gusta cómo me veo... me siento incómoda... no me gusto yo, no estoy del todo contenta conmigo”*. Asimismo, la consultante dijo que le *“estresaba”* y le daba *“flojera”* comprarse ropa porque no le gustaba recurrir a las tallas extras, mostrándose insegura, pero también con sentimientos de inferioridad, dijo que *“le provocó tristeza cuando compartió que no se dio cuenta de su cambio corporal”*, dando lugar a una falta de aceptación de sí misma.

Al momento en el que trabajamos con las emociones también vemos cómo la autoestima se iba fortaleciendo, en la quinta sesión la consultante dijo que *“se sentía desesperada de no ver cambios físicos, pues se imaginaba que ya los tendría para esa fecha, lo cual la desmotivaba un poco”* (S5). En la siguiente sesión pudo identificar sus emociones y durante la sesión 9 la consultante refirió que *había empezado a escucharse respecto a su sentir y tomar acción*. Beato y Rodríguez (2004) sostienen que una vez que la autoestima mejora, la persona en cuestión podrá tener mejores formas de afrontar sus

conflictos, así como beneficiarse de bajar de peso (citado en: González, Guzmán y Sánchez, 2005).

3. Componente Cognitivo y Evaluativo

Se pudieron observar los efectos del proceso psicoterapéutico en la consultante, durante su octava sesión mencionó que *“si no estuviera en terapia se sentiría satisfecha con los cambios que ha visto en su cuerpo, pero que no estaría cómoda con su manera de pensar y sentir”* (S8). Raheb y Tomás (2008) sostienen que la terapia da consuelo y ánimo a una persona a pesar de su resistencia al cambio, además de dar fuerza a un conjunto de circunstancias difíciles que se mantienen presentes en la persona, lo cual produce ciertos efectos dentro de su ciclo de vida *“Sé que a lo mejor después de cuatro o cinco meses ya voy a ver más resultados, te digo, ya me cayó el veinte que no es de un día para otro”* (S9).

En las personas con obesidad se observa que sus decisiones pueden verse influenciadas por la familia, amigos, compañeros de trabajo entre otros grupos con los que la persona se relacione (Ramírez, 2002), lo cual puede verse ejemplificado con lo que la consultante compartió en donde piensa que *“su esposo e hija tienen que ver en su aumento de peso”* (S1), así como el que ella refiera que es *“la pasiva de su familia”*... *“siempre fui, he sido así, no tengo carácter fuerte, no me vería siendo de otra manera... así fui, así soy”* (S8)

Denia (2011) menciona que la persona puede presentar una profunda insatisfacción consigo misma, lo cual contribuye a un malestar emocional, depresión, baja autoestima entre otras afectaciones; durante la tercera sesión la consultante mencionó con gran tristeza que consideraba *“no tiene un cuerpo deseable”*; este pensamiento es un ejemplo de lo que Salazar (2007) toma de García (2004) en donde vemos que los estándares de belleza impuestos por la cultura se hacen más rígidos en mujeres, ya que socialmente hablando se valora más la delgadez como atractivo físico, sin embargo, en la primera sesión se vio ambivalencia, ya que no le daba importancia a su cuerpo desde que era novia de su esposo *“ya no me tenía que ver bien para alguien”*.

Asimismo, Denia (2011) menciona que vivimos en una sociedad que rechaza obesos, que como ya se mencionó, contribuye a su malestar emocional. En varias

ocasiones la consultante demostraba cómo podía evadir ciertos temas para no enfrentarse con dicho malestar, por ejemplo, durante la tercera sesión externó cómo evade temas importantes en su vida, como no querer comprar ropa para no ir a las tallas extras *“toda la problemática de comprar ropa viene cuando tengo que encontrar algo”*.

La consultante hace esfuerzos constantes por poder aceptarse a sí misma a pesar de que en su ambiente el cuerpo delgado sea mejor aceptado que uno obeso, ya que mencionó que le gusta su cintura y estatura *“me ayuda mucho... aparento no ser tan, tan, tan gorda”* (S4), sin embargo, en varias sesiones dijo que no era consciente de sus dimensiones corporales.

5. Componente Conductual y Autorregulación

Dentro del apartado de “estilo de vida” se mencionó que la consultante *acostumbra a ver tele con su esposo e hija comiendo botanas* (S1). En la segunda sesión la consultante refirió *haberse ausentado una semana porque había salido de vacaciones, en dicho viaje no siguió el plan de alimentación y tampoco le fue posible realizar actividad física* (S2); Aguilar y cols. (2013) refieren que una característica de la obesidad es que hay diversos factores que tienen influencia sobre el ritmo de vida de la persona misma, como son la posición económica y su contexto en general. Además, durante la cuarta sesión dijo que *durante sus reuniones sociales consume bebidas alcohólicas y alimentos que no están dentro del plan, lo cual se repite cada fin de semana, generalmente de jueves a domingo* (S5); Aguilar y cols. (2013) también señalan que otros factores que no favorecen al individuo son el ambiente y su círculo social. Como se ha mencionado, lo anterior contribuye a que la consultante no pueda tener los resultados que esperaba en dicho momento, lo cual es común con personas con sobrepeso, una característica que Denia (2011) aporta es que la motivación será trascendental para el proceso psicoterapéutico del obeso.

De acuerdo con Silvestri y Stavile (2005), las personas con sobrepeso pueden sentirse angustiadas o incómodas porque sienten que son evaluados, incluso por ellos mismos, llevando a cabo actividades para minimizar su vergüenza. Esto puede verse reflejado cuando la consultante compartió en su cuarta sesión que *constantemente cubre aquello que no le gusta físicamente, por lo general usa ropa color negro (pierna, brazos,*

abdomen, espalda, cadera y pantorrilla); compensando así su incomodidad y desagrado por su propia imagen. Al momento de categorizar los argumentos de la consultante esto se puso como un aspecto negativo, dado que esta actividad puede tener la función de defensa de no ver el problema que le angustia, optando por soluciones compensatorias que disfrazan su realidad. La consultante retoma *los malos hábitos cuando pasa el tiempo y no ve cambios en su cuerpo* (S3).

Por otro lado, Rogers (1979) plantea que es importante dignificar los esfuerzos que realicen los consultantes dentro de su proceso psicoterapéutico. La consultante a pesar de sus limitaciones, también se veía haciendo esfuerzos por poder obtener resultados tanto físicos como emocionales, en la siguiente lista se pueden ver los esfuerzos conductuales y de autorregulación que mostró en algunas sesiones:

- *Está haciendo ejercicio con electroestimulación 2 veces por semana, va a psicoterapia una vez por semana (interés por continuar en ello).* S1
- *Menciona que ya no se “atraganta” en sus comidas.* S3
- *Ha hecho el plan de alimentación relativamente bien (se orienta más a sistema de equivalentes).* S5
- *En la última reunión que tuvo no consumió refrescos ni alcohol (dijo que antes se podía tomar hasta 6 copas).* S8
- *En sus reuniones sociales ha logrado evitar cualquier tipo de alimento que no esté incluido en su plan, así como tomar agua en lugar de refresco, al final del día se lo agradece.* S8
- *Ha empezado a escucharse respecto a su sentir y tomar acción.* S9
- *Se ha responsabilizado más de su mente y cuerpo, se ha puesto límites y metas que le ayuden a cumplir su objetivo.* S9
- *Menciona que su condición física va mejorando en cada entrenamiento.* S9

Una herramienta fundamental para considerar en el proceso de psicoterapia es la psicoeducación, la cual nos ayudará a establecer metas reales, así como crear estrategias que le sean funcionales al consultante para que pueda llevarlas a cabo. La consultante a pesar de su estilo de vida se veía cómo hacía esfuerzos para poder mejorar a través de la autoobservación y el reconocimiento de emociones vinculadas a la ingesta alimenticia (Cofre, Angulo, Riquelme, 2014).

RELACIONES INTERPERSONALES

En varias ocasiones en este Trabajo de Obtención de Grado se ha mencionado que la construcción de nuestra identidad, forma de pensar, sentir y actuar se ve influenciada por el mundo en el que nos vemos inmersos, pero, sobre todo, de las enseñanzas que aprendimos desde el seno familiar (Barrera-Cruz y cols., 2015). Desde el inicio de la psicoterapia, la consultante mencionó que *tenía dificultad para expresar sus emociones, ya que en su familia no acostumbraban a hacerlo (S1), aprendió a ser la persona “light”, pasiva y de carácter débil* que menciona (S8) porque desde pequeña su madre tendía a compararla con su hermana, quien se mostraba rebelde, no obstante, también *la “catalogaron” como “la grandota” de su familia (S1)*. Sin embargo, cuando la consultante compartió que estaba en un proceso de cambio, *tanto sus familiares como sus amigos y su esposo le mostraron su apoyo y la invitaron a continuar con sus objetivos (S2)*; este punto me parece que es trascendental, las metas de las personas con obesidad, ya que en muchas ocasiones puede haber comentarios de burla o desmotivación que irrumpen con la motivación de la persona, de tal manera que la mayoría de las veces desisten por no perder la imagen que ellos mismos han creado con sus allegados. En la séptima sesión volvió a mencionar que *las personas que son importantes para ella continuaban apoyándola (S7)*.

Durante la segunda sesión, la consultante mencionó con varios ejemplos cómo es que *la comida cumple la función de amor entre ella y su esposo (S2)*, por ejemplo, *regalar chocolates, o llevarla a un restaurante en el que son “libres” de pedir lo que deseen (incluyendo postre)*, da muestra del lazo íntimo entre ella y su pareja mediado por la comida. Abramson (1999) menciona que mientras exista una conexión entre las emociones y la comida, es posible que la persona pueda fracasar en cualquier intento de dieta.

Previamente he mencionado cómo es que la persona con obesidad se ve influenciada por el ambiente en el que vive; en algunas sesiones *la consultante se veía triste, ansiosa, desesperada e impotente al hablar de su esposo e hija (S1)*, también mencionó como es que *las discusiones con su esposo le pueden afectar anímicamente (S7)*, ya que ambos han llevado una rutina en su relación donde los alimentos no nutritivos

se vuelven parte de la convivencia con los demás y entre ellos. En la séptima sesión mencionó que *siente que la rutina de su esposo no la ha ayudado a que ella pueda mantener la motivación suficiente para poder bajar de peso, siente que es muy gastador* (S7), esto podría afectarle en las compras de alimentos, o incluso en el pago de la mensualidad de su gimnasio y su proceso terapéutico. Con lo anterior se observa que las relaciones interpersonales, sobre todo la relación de pareja es otro de los factores importantes para que el obeso lleve a cabo el bajar de peso. En la octava sesión, la consultante hizo hincapié en cómo *han creado una imagen de pareja "light", es decir, un matrimonio en el que las cosas fluyen y hacen como que "no pasa nada" para no tener discusiones* (S8).

OBJETIVOS Y CONGRUENCIA

Este apartado de objetivos y congruencia me parece que van de la mano, ya que podemos fijarnos metas, pero en ese camino para poder obtenerlas podemos analizar cuáles son las acciones que estamos llevando a cabo y si son congruentes o no para poder lograrlas.

Uno de los factores más importantes para poder mantener la adherencia al tratamiento con el consultante con obesidad son los objetivos, los cuales nos ayudarán a mantener la motivación necesaria para poder llevarlos a cabo; la meta global para este tipo de problemática es centrarnos en modificar el estilo de vida; en la primera sesión se habló de que *un objetivo primordial es la pérdida de peso* (S1), pero también en una siguiente consulta habló de *buscar aceptarse a sí misma así como trabajar con su autoestima* (S3), estos dos puntos me parecen importantes para favorecer la introspección, así la persona puede ser capaz de dar el paso de observarse y darse cuenta de aquellas conductas, pensamientos y sentimientos que surgen en el proceso de cambio, vemos cómo la consultante tenía *deseos de poder establecer una rutina y daban seguimiento en la parte nutricional cada semana* (S5), también empezó *a tomar consciencia y hacerse responsable de lo que come y bebe* (S6).

Conforme iba avanzando tanto en el ejercicio como en la parte nutricional y la psicoterapia, la consultante se veía con cambios progresivos tanto física como emocionalmente, sin embargo, debido a su estilo de vida, le era muy difícil mantener la

constancia en el programa de acondicionamiento, ya que *tuvo un viaje en donde no siguió el plan de alimentación y tampoco realizó ejercicio (S2)*; mencionó que *seguía consumiendo bebidas alcohólicas y comiendo alimentos chatarra en sus reuniones sociales, las cuales eran cada fin de semana (S4)*; así que los cambios obtenidos no fueron lo que ella esperaba para la sesión 5, por lo tanto no le eran suficientes. Denia (2011) menciona que los pacientes consideran que los pocos avances en la reducción de peso es algo insuficiente, como terapeutas debemos establecer expectativas reales, en este caso, una técnica que sirvió para evaluar las acciones de la consultante fue la confrontación entre lo que quería lograr y lo que estaba haciendo.

Por otro lado, Cruz y cols. (2016) citan a Villareal y cols. (2012) para mencionar que la psicoeducación puede ser de gran utilidad para incentivar a la persona a seguir con el tratamiento. Este trabajo tiene dos elementos fundamentales: conocimiento de la enfermedad y el llevar a cabo los conocimientos aprendidos para crear competencias que lleven a la persona a tener una mejor calidad de vida. Durante la sexta y séptima sesión fue el momento de hacer una parada para evaluar lo que se había hecho hasta el momento, así como establecer nuevas metas que pudieran retomar la motivación. La consultante compartió *su deseo de poder establecer una rutina, se dio cuenta que quería también mantenerse ocupada para poder sentirse útil, decidió que empezaría a planear abrir un negocio propio (S6)* y también *elegiría un kínder para su hija, ya que se dio cuenta que ambas podrían beneficiarse, su hija en las cuestiones académicas y sociales y ella podría tener más tiempo para sí misma (S7)*; la consultante se mostraba más abierta al proceso de psicoterapia.

Esta parada que hicimos en estas sesiones fue como consecuencia de las faltas constantes al proceso y su sentirse estancada con el plan de alimentación, *se mostraba desesperada de no poder ver los cambios físicos que ella había dicho que tendría para entonces (S6)*. Habló de su *desesperación al tener un plato enfrente con comida chatarra y cómo es que terminaba por consumir lo que había en él (S6)*, compartió que hizo un ejercicio de reflexión con la nutrióloga respecto a lo que había comido últimamente y lo que debería comer. Denia (2011) menciona cómo es importante también considerar la cuestión emocional para que el obeso pueda seguir avanzando, estas pueden ser canalizadas de forma adecuada sin usar como intermediario o finalidad la comida,

también sugiere la automonitorización o control de estímulos para facilitar el camino hacia la introspección.

En la octava y novena sesión compartió que *se sentía motivada hacia su meta, que “no quiere conformarse”* (S8), dijo que estaba *consciente que el cambio requiere de un proceso que lleva tiempo, y que estaba dispuesta a ser perseverante para poder ver los resultados que esperaba; los maltratos hacia sí misma han disminuido, compartió que le gusta hacer cosas para que ella esté bien* (S9). Ramírez (2002) habla de los beneficios del acondicionamiento físico para la pérdida de peso, y cómo este a su vez ayuda a reducir los niveles de ansiedad y depresión, de tal forma que las personas pueden mejorar también en su salud mental. A pesar de los altibajos que vimos en todo el programa, la consultante pudo darse cuenta del estilo de vida que llevaba hasta ese momento y como es que a través de pequeños esfuerzos puede generar los cambios que desea.

REFLEXIONES DE LOS APORTES DEL TOG PARA LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

Cuando una persona asiste a terapia, sea la razón que sea, es porque sintió que algo salió de sus manos y que requiere de ayuda profesional. Cuando se trata de abordar casos de personas con obesidad debemos comprender que ellos ya han hecho múltiples intentos por hacer cambios que los lleven a un mejor estilo de vida y que esos cambios probablemente se han convertido en fracasos, pues retoman lo que ellos conocen que les hace sentir “bien” y que de esa manera pueden “funcionar mejor”. Con lo anterior, podemos retomar lo que Feixas y Miró (2010) aportan al decir que terapeuta y consultante deben ser capaces de plantear objetivos en común, de esta manera el proceso puede ser más llevadero para la persona y así ambos mantengan una sintonía, asimismo, será necesario orientar al individuo a realizar los esfuerzos necesarios para buscar su bienestar.

Considero que la comprensión y la empatía en este tipo de problemáticas son trascendentales desde el inicio para que la psicoterapia pueda tener éxito, tal como lo describe Rogers (1979) al plantear que es importante reconocer cada esfuerzo que hace el consultante dentro del proceso de terapia; asimismo, es importante procurar hacer

intervención no solamente con el consultante, podríamos citar a las personas cercanas a él/ella para poder crear un ambiente de contención y hacer equipo, de tal manera que no perdamos de vista nuestro propósito.

Dentro de los hallazgos más importantes se observó que la persona con obesidad se ve influenciada por el mundo en el que se encuentra, es decir, el estilo de vida, la percepción de su imagen corporal, sus hábitos alimenticios y sus emociones pueden seguir manteniendo aquello que no le permite avanzar. Con ello podemos decir que el origen del problema no se debe a una sola causa, sino a un conjunto de factores que pueden converger entre sí, por ejemplo, cuestiones genéticas, sociales, familiares, personales, así como el tipo de personalidad que tienen los consultantes (Pérez, 2019). En el caso específico de la consultante, expuesto en este Trabajo de Obtención de Grado, se vio que el ritmo y estilo de vida no le permitían del todo seguir el plan de alimentación, no obstante, ella hacía esfuerzos en cada reunión a la que asistía. Se vio que mantenía una vida “desorganizada”, en la que los horarios no estaban definidos, sin embargo, existe una egosintonía con este aspecto.

Se vio que los malos hábitos eran reforzados constantemente en la convivencia con sus amigos, familia e incluso su pareja.

A continuación, se enlistan algunos puntos a considerar en el proceso de psicoterapia:

- Llevar un registro de alimentación y actividad física.
- Anotar qué emociones surgen cuando llevan a cabo el plan de alimentación y cuando no pueden cumplirlo.
- Considerar la psicoeducación como apoyo a la adherencia del tratamiento.
- Crear un equipo interdisciplinario de expertos en cada área para poder tratar el problema de la obesidad. Entre las disciplinas básicas podríamos poner: médico, nutriólogo, psicoterapeuta, y si se requiere, psiquiatra.
- Reforzar los esfuerzos que ayuden al consultante a mejorar su estilo de vida.
- Ayudar a la persona a establecer una rutina, tanto en sus horarios de alimentación, ejercicio y sesiones de terapia, en esta última respetar el día y la hora.
- Contactar a los familiares cuando lo consideremos oportuno.

- Ser empáticos e ir al ritmo del consultante, si el proceso se da de forma forzada probablemente no funcione (Pérez, 2019).

A lo largo del proceso, se vio que Andrea tenía dificultad para apegarse al tratamiento para bajar de peso, así como asistir a las sesiones de psicoterapia. Una propuesta con este tipo de población para favorecer la adherencia al tratamiento es no perder de vista las motivaciones del consultante, hablar de ello cuando sea oportuno, en donde el consultante pueda mostrar un compromiso, creando así acuerdos entre ambos (Pérez, 2019).

IX. CONCLUSIONES

En el presente TOG se observó que las características individuales de una persona obesa en un proceso de psicoterapia en apoyo a un programa de pérdida de peso fueron que llevan una vida sedentaria, o con poca actividad física, a esto se agrega una alimentación inadecuada, en la cual puede influir el ambiente obesogénico, es decir, que el ritmo de vida que tiene la persona la lleva a comer aquello que está al alcance, en donde los alimentos de comida rápida o comida poco nutritiva son más accesibles.

También se observó que el autosabotaje es muy común, así como la falta de reconocimientos de las señales físicas que le manda su cuerpo, por ejemplo, pasar varias horas sin comer, y cuando es el momento de hacerlo, ingerir una mayor cantidad de la que normalmente se haría. Asimismo, hay una falta de estructura en la rutina diaria, sin horarios de comida definidos, así como variaciones en la hora de dormir y las horas de sueño.

Existe también una distorsión de la imagen corporal, el individuo no reconoce cómo es físicamente, puede hacerlo si se lleva a cabo un ejercicio en el que tiene que tomarse fotos de perfil, frente y espalda, para que este pueda ser capaz de reconocerse; en el caso de la consultante expuesta en este Trabajo de Obtención de Grado, ella dice que no supo cuándo subió de peso, no se dio cuenta de ello.

Por otro lado, sentimientos como timidez, vergüenza, estrés y frustración están presentes, la angustia se hace más evidente después de intentos fallidos por bajar de peso, lo que puede llevar a una insatisfacción corporal, en donde la persona decide evitar

aquellas cuestiones que son conflictivas, y opta por no intentar lo que le implicará un esfuerzo. La vida sedentaria también suele ser muy común, y es difícil incorporar el ejercicio como parte de su rutina. Se observa también una baja autoestima

Respecto a las características relacionales, se observa que las amistades suelen promover la ingesta de alimentos chatarra, ya que la imagen que se tiene de la persona con obesidad que intenta bajar de peso suele ser de alguien que “come de todo” y cuando se somete a un plan de alimentación puede sentir la presión que su círculo social le ocasiona por ser algo que está fuera de lo común.

Así mismo, se hizo evidente que la muestra de afectos se da a través de la comida, ejemplo de ello puede ser regalar chocolates como muestras de cariño, así como otros alimentos.

La influencia familiar también tiene un rol importante para la persona con sobrepeso u obesidad, ya que su apoyo será fundamental para que exista un avance, pero se vio que puede haber mensajes confusos, por ejemplo, que apoyen las metas del sujeto, pero al mismo tiempo, le promuevan la mala alimentación. Esta situación también se puede observar en la relación de pareja.

En cuanto a cómo apoya la psicoterapia a una persona obesa que participa en un programa de pérdida de peso, primero que nada, ayuda a concientizar sobre el problema que tiene, ya que una vez que se logra tener un nivel de consciencia adecuado, se pueden trabajar cuestiones como el autoconcepto y la autoestima, en donde el sujeto identifique aquellas creencias que pueden ayudarlo y las que no, por ejemplo, que tenga la libertad de expresar sus emociones sin ser juzgado, ya que en ocasiones se observa que si estas son mal canalizadas se puede recurrir a alimentos poco saludables. Esto conlleva a que el consultante confronte sus conductas y creencias, en el que se fomente un autocuestionamiento para una mejor toma de decisiones.

Por otro lado, la psicoterapia sirve para mantener la motivación en el consultante a través de metas, las cuales deben ser alcanzables en el corto plazo, de lo contrario, la persona podría desmotivarse. Muchas veces se da el caso de que el individuo no pudo seguir con el plan de alimentación, lo cual es un momento de oportunidad tanto para el terapeuta como para el cliente, para revisar qué fue lo que ocurrió, la persona encontrará un espacio de seguridad y confianza a través de la escucha comprensiva, es decir, sin

ser juzgada y que ambos puedan llegar a alternativas que ayuden al avance en el proceso de pérdida de peso, de tal manera que se logre ver la importancia de adquirir hábitos saludables.

La psicoterapia también puede servirse de la psicoeducación, con ella, la persona no solamente entenderá su enfermedad, también las ventajas de tener un mejor estilo de vida. Asimismo, el sujeto puede darse cuenta de que el apoyo de su familia y amistades son un aspecto importante para que pueda tener avances en su proceso. Es válido hacer una evaluación del proceso para que tanto terapeuta como consultante sepan en qué lugar están y si van por buen camino.

Un aprendizaje que me llevo de este caso es que es de suma importancia que la persona, además de escucharse a sí misma, también pueda ser capaz de tener una respuesta favorable ante ello, por ejemplo, comer cuando tenemos hambre, beber agua cuando tenemos sed, etc. Esos pequeños detalles son factores que contribuyen a que podamos tener una mejor imagen de nosotros mismos. En el caso de Andrea se veía cómo tenía rechazo hacia su cuerpo y disgusto de él, con lo cual las exigencias que se ponía tanto en el proceso de psicoterapia, como en el plan de alimentación y el ejercicio físico eran altas, en ocasiones las llegamos a considerar inalcanzables, este es otro punto importante que en el proceso de psicoterapia se debe tomar en cuenta, que todos los objetivos estén dentro del plano real.

Otro aprendizaje es que la persona con obesidad no tuvo ese problema de forma instantánea, tuvo que haber pasado por ciertas experiencias que la llevaron a estar en ese lugar, y que no solamente tiene que ver con la “fuerza de voluntad”, va mucho más allá, por ejemplo, cuestiones médicas y genéticas, lo cual veo también como una limitación en esta investigación. Como se vio en el marco teórico, existen ciertas comorbilidades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad, las cuales pueden ser mejor valoradas por un médico de dicha área, que esta limitación también se agrega a este documento.

En el marco teórico también se expusieron algunos estudios que se han realizado respecto a la imagen corporal, y este caso tampoco es la excepción, en el que se encontró que, si mejora la autoestima de una persona, podrá tener mejores formas de afrontar sus conflictos, y con ello, beneficiarse de lograr tener un peso y hábitos saludables.

Considero que una de las aportaciones más importantes de este caso es que permite ver a la persona desde la complejidad, entre las relaciones sociales, familiares, así como las características cognitivas, emocionales y conductuales, los cuales son importantes considerarlos dentro de los objetivos del tratamiento para perder de peso.

Al final de los resultados, Andrea perdió algunos kilos en un periodo de 3 meses, mientras que lo esperado eran más del doble conseguido. Esto nos muestra las dificultades que tuvo para apegarse al programa para la reducción de peso. No obstante, sugiero realizar más investigaciones al respecto, ya que este trabajo habla solo de un caso clínico.

X. REFERENCIAS

Abramson, E. (1999). *El comer emocional*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Aguilar, C., Hernández, M., Murayama, C., Rivera, J. y Vadillo, F. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

Aldrete, M., Fausto, J., López, M. y Valdez, R. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Artemisa*, 8(2), 91-94. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062f.pdf>

Alfonso-Guerra, J P. (2013). Obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 424-425. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428801001>

American Psychiatric Association Steering Committee On Practice Guidelines. (2010). *Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders*. American Psychiatric Association. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1aEuc1O_eBmhZKsZDpS5531JjQeU_UkG/view

Aradillas, C.; Cossío, T.; Hernández, J.; Nieto, A.; Padrón, A. y Palos, A. (2015). Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Acta Universitaria*, 25 (1), 76-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41641037012>

Asensio, E., Barragán, R., Corella, D., Ortega, C., Portolés, O., Rubio L. y Sorlí, J. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090-1099. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n5/1699-5198-nh-35-05-01090.pdf>

Barceló T. (2010). Comunicación, Interacción y Psicoterapia: Los procesos de relación interpersonal desde la complejidad. *Miscelánea Comillas*, 69(134), 83-122.

Barrera-Cruz, A., Dávila-Torres, J. y González-Izquierdo, J. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53, 241-249. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936020>

Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.

Bobadilla, S. y López, A. (2014). Distorsión de la imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483013>

Cervelló, E; (2012). Editorial: Obesidad y deporte. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 8(9), 178-179. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71024532001>

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. (2016). Conozca el plato del buen comer. 12 de mayo 2020, de Gobierno de México Sitio web: <https://www.ciad.mx/notas/item/1409-conozca-el-plato-del-buen-comer>.

Cofré, A., Angulo, P. y Riquelme, E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Periódicos electrónicos en psicología*, 11(1), 89-98. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100008

Cortez, J., García, L., Manzanero, D. y Rodríguez, A. (2018). Estado nutricional, factores sociodemográficos y de salud en estudiantes de nuevo ingreso a la UAZ. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 383-393. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v15n4/2395-8421-eu-15-04-383.pdf>

Crocco, A. (2012, Nov. 28). Testimonio extraído del libro *Creo & Adelgazo*. 1° Edición. Consultado el 10 de noviembre de 2016. Recuperado de <http://www.aliciacrocco.com.ar/2012/11/testimonio-extraido-del-libro-creo-adelgazo-1-edicion-2/>

Cruz, Y., García, I. y Martínez, A. (2016). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante psicoeducación. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 11(1), 13-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297251403001.pdf>

Dagnino, P. y Krause, M. (2005). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*, 2(3), 288-298. Recuperado de http://revistagpu.cl/2006/GPU_sept_2006_PDF/EVOLUCION%20DEL%20CAMBIO%20EN%20EL%20PROCESO%20PSICOTERAPEUTICO.pdf

De Domingo Bartolomé, M., López Guzmán, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, XXV, 273-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87532349006>

Denia, M. (2011). *Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad* 14, 1490-1504. Recuperado de [http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento cognitivo conductual de la obesidad.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf)

Diaz, M.C. y Diaz, M.T. (2008). Obesidad y autoestima. *Enfermería Global*, 7(2), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834749021>

Feixas, M. y Miro, M. (2010). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: PAIDOS

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (pp.68-74). Morata

García-Brenes, M. (2010). Alimentación y salud, una relación conflictiva. El caso de España. *Salud Pública de México*, 52(5), 455-460. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n5/a13v52n5.pdf>

García del Cid, B., Ribas, E. y Ruiz, B. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 253-264. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775006.pdf>

González, M., Guzmán, E. y Sánchez, A. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214>

Helgeson, V. S. (2012). *The Psychology of Gender*. Boston, MA: Pearson.

Laplanche, J; Pontalis, J. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. México, D.F: Paidós Mexicana, S.A.

Marín, A; Maza, L. y Sánchez, G. (2013). Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. *Estudios Sociales*, 22(44), 64-90. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200003&lang=es

Martínez, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. *Estudios Sociales*, 20(50), 1-32. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v27n50/0188-4557-estsoc-27-50-00006.pdf>

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

Merino, C. (1995). Investigación cualitativa e investigación tradicional, ¿incompatibilidad o complementariedad? *Siglo XXI*, 1, 32-55.

Monzón, S. (2012). El trabajo de las resistencias desde la psicoterapia psicodramática bipersonal. *Psicoterapia y Psicodrama*, 1(1), 124-130. Recuperado de http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/9_Compartir_Exp_clinica_el_trabajo_de_las_resistencias.pdf

Muñoz-Najar, A. y Prieto, A. (2015) Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *Liberabit. Revista de psicología*, 21(2), 321-328. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/686/68643124014.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. España, Organización Mundial de la Salud, disponible en <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/toolkit/references/es/>

Parodi, C.A. (2015). Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 64-74. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a32.pdf>

Pérez, F. (2019). *El reto del paciente con obesidad*. Material desarrollado para la Universidad Virtual Anáhuac. Recuperado de https://www.flipsnack.com/AB8ACBA7C6F/ttca_u5_t1.html

Pérez, F. (2019). *Estrategias de tratamiento*. Material desarrollado para la Universidad Virtual Anáhuac. Recuperado de https://www.flipsnack.com/AB8ACBA7C6F/ttca_u5_t3.html

Ramírez, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, 33(1), 3-5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28333101>

Raheb, C; Tomás, J. (2008). *Psicoterapia: Revisión Crítica Global y Consideraciones Teórico-Prácticas*. Universidad Autónoma de Barcelona [en línea] Recuperado el 19 de septiembre de 2016 de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/revision_de_psicoterapia_07-09_m9.pdf

Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Paidós. Barcelona, Buenos Aires.

Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales*, 53 (116), 71-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311605>

Segovia, G. (2015). Dermatitis de la obesidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 180- 190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936013>

Sobrepeso y obesidad: Tres lectoras de Universo Alessandra comparten sus experiencias. Consultado el 10 de noviembre de 2016. Recuperado de

<http://www.universolessandra.com/estar-bien/ponte-en-forma/sobrepeso-obesidad-tres-lectoras-de-universo-alessandra-comparten-sus-experiencias/#.WCeLAGxSOP8>

TEDx Talks. [TEDx Talks]. (2018, mar., 28). *Trastornos Alimentarios y Persuasión*. | Margarita Gascó | TEDxPlazadelAltozano. [Youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Vc8B1EsfDzk>

TEDx Talks. [TEDx Talks]. (2018, ago., 30). *Obesidad: sólo una parte del problema*. | Aracely Peralta | TEDxPitic. [Youtube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=lfWnbAVh3Bs&app=desktop>.

Twerski, A. (1998). *Cómo ganar la batalla del peso con autoestima. Por qué no funcionan las dietas*. Barcelona: Paidós.

Wolberg, L. R. (1977). *The Technique of Psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton

Zamorano, A. (2009). *Imagen corporal en adolescentes con obesidad evaluada a través del Dibujo de la Figura Humana y la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal (EEICA)*. Universidad de Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cs-zamorano_a/pdfAmont/cs-zamorano_a.pdf

ANEXOS

Fecha _____

CARTA DE AUTORIZACIÓN TRABAJO DE OBTENCIÓN DE GRADO

Yo _____ a través del presente documento, doy autorización para que mi proceso de psicoterapia pueda estar al servicio de la investigación de la Lic. María Cecilia Mendoza Cid, quien, a través de él, buscará obtener el grado de Maestría en Psicoterapia.

Comprendo que el alcance de esta investigación será con fines académicos y serán publicados para el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), asimismo, la información proporcionada será estrictamente confidencial a través de la protección de mis datos, estos serán reemplazados para cuidar mi identidad.

Nombre y Firma