



ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
EN PSICOLOGÍA

Enseñanza e Investigación en Psicología
Universidad Veracruzana
rbulle@uv.mx
ISSN (Versión impresa): 0185-1594
MÉXICO

2005

Alicia María Alvarado Sánchez / Evelyn Guzmán Benavides / Mónica Teresa González
Ramírez

OBESIDAD: ¿BAJA AUTOESTIMA? INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
PACIENTES CON OBESIDAD

Enseñanza e Investigación en Psicología, julio-diciembre, año/vol. 10, número 002
Universidad Veracruzana
Xalapa, México
pp. 417-428

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México


LA MEMORIA CIENTÍFICA EN LÍNEA
<http://redalyc.uaemex.mx>

**OBESIDAD: ¿BAJA AUTOESTIMA?
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
EN PACIENTES CON OBESIDAD¹**

**Obesity: low self-esteem? Psychological intervention
in obese patients**

**Alicia María Alvarado Sánchez, Evelyn Guzmán Benavides²
y Mónica Teresa González Ramírez³**
*Universidad de Monterrey
Universidad Autónoma de Nuevo León*

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con obesidad. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con un grupo de estudio y un grupo control. Después de la intervención, se encontró una diferencia significativa en la reducción de peso entre los grupos. Asimismo, hubo un incremento significativo en la autoestima del grupo estudiado.

Indicadores: Autoestima; Obesidad; Intervención psicológica; Reducción de peso.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the efficacy of a psychological intervention to reduce weight. A design with experimental and control groups was used. After the intervention, there was a significant difference in weight loss between the groups, the experimental group showing more weight reduction than the control group. Also, an increment in self-esteem was found in the experimental group after the intervention.

Keywords: Self-esteem; Obesity; Psychological intervention; Weight reduction.

¹ Los autores agradecen a Patricia Sánchez por su cooperación en el presente estudio, a René Landero Hernández por las sugerencias para mejorar el informe de la investigación, y a Alberto Alvarado Soto, Efraín Alonso Guzmán Wing, Jesús Antonio Garza Martínez, Juan Carlos Quintana Salas, Martha Patricia Sánchez de Alvarado y Silveria Benavides.

² Departamento de Psicología, Universidad de Monterrey.

³ Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., tel. 8333-7859, fax: 8348-3781, correo electrónico: monygzz77@yahoo.com. Artículo recibido el 1 de julio y aceptado el 23 de agosto de 2004.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada como uno de los principales problemas nutricionales. Existe un porcentaje elevado de la población que tiene problemas de obesidad; de hecho, 55% de la población de Estados Unidos tiene sobrepeso. Hay en los obesos una mayor propensión a sufrir enfermedades tales como trastornos cardiovasculares, diabetes, elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima (Iruarrizaga, Romero, Rubio y Cabreriso, 2001).

La obesidad se extiende a un ritmo alarmante no sólo en los países industrializados, sino también en los países en desarrollo. Esto se ve relacionado con datos de la Organización Mundial de la Salud (2004), que informa que al menos 300 millones de personas padecen obesidad en el orbe, y que ésta es una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y psicológicos y afecta a todas las edades y estratos socioeconómicos.

La obesidad es un exceso de grasa corporal que por lo general se ve acompañada de un incremento del peso. Macías y Méndez (1997) y Goodman, Slap y Huang (2003) consideran que se sufre este padecimiento cuando hay un exceso de peso superior a 20% con relación al peso ideal, el cual se calcula en función de la estatura, y que se produce cuando el balance energético es positivo, esto es, cuando las calorías ingeridas rebasan las gastadas, por lo que el excedente se acumula en forma de grasa.

Stunkard (cfr. Macías, 1997) propone una clasificación de la obesidad dividiéndola en leve, moderada y severa en función del porcentaje de sobrepeso. La primera categoría corresponde a los sobrepesos comprendidos entre el 20 y 40% por arriba del peso ideal; la segunda a 41% por arriba, y la tercera a 100%.

Según Shadle (2001), dentro de las causas se incluyen la genética, el estado emocional —dentro del cual se incluyen el aburrimiento, el cansancio, el enojo o la tristeza, los cuales llevan a algunas personas a ingerir alimentos para confortar su estado de ánimo— y el estilo de vida, que se refiere a los hábitos tanto de alimentación como de actividad física. En contraste con lo anterior, el Consejo Internacional de Enfermeras (2004) y Seijas y Feuchrmann (1997) señalan que la obesidad no se puede explicar desde la genética porque haya fallado la disciplina personal o la educación psicológica, sino que más bien está

relacionada con la adopción de un modo de vida propio de los países industrializados, lo que fomenta una ingesta de alimentos con alto contenido de grasa y un estilo de vida sedentario.

Es importante también conocer las consecuencias de la obesidad, las cuales pueden ser físicas o psicológicas; dentro de las físicas, estudios epidemiológicos realizados en Australia y diversos países de América y Europa demuestran que los riesgos principales son los incrementos metabólicos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la intolerancia a la glucosa (cfr. Psicoplanet, 2000). Por otra parte, dentro de las implicaciones psicológicas Iruarizaga y cols. (2001) enlistan importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión. A su vez, Calva (2003) menciona que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión. Relacionado con esto último, Mahoney y Mahoney (1999) señalan que el tener problemas de obesidad es una amenaza decisiva para la salud y la felicidad de la persona, tanto en la vida diaria como en la vida entera.

Según Palladino (1992), Sánchez (2003) y Sheeman (cfr. PsicoActiva, 2003), se puede considerar que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo.

Dicha autoestima se divide en baja autoestima y buena autoestima. Baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar pensamientos negativos, los que pueden conllevar la depresión. Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales pero también de la soledad, que tienen una buena

autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos —a los que transforman en pensamientos positivos— y buena motivación (cfr. PsicoActiva, 2003).

Relacionado con lo anterior, Goldberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad —considerada de las más importantes— es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla. De acuerdo con esto, Álvarez (1998) aborda en su libro *Obesidad y autoestima* los problemas de depresión y ausencia de autoestima en los pacientes con obesidad, y comenta que dichos problemas impiden que se baje de peso. A su vez, Beato y Rodríguez (2004) proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en los pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso.

Respecto del tratamiento, la importancia de intervenir en los problemas de obesidad se respalda en lo planteado por el Consejo Internacional de Enfermeras (2004). Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) plantean que la pérdida de peso lograda exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta. Dichos autores agregan que el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la mera reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con su “fuerza de voluntad”. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos de alimentación y que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante el problema.

Las técnicas cognitivo-conductuales se han usado como apoyo al cambio de hábitos alimenticios. Casado y cols. (1997), utilizando técnicas como relajación, autocontrol y reestructuración cognitiva con once pacientes obesos, durante 17 sesiones de una duración aproximada de 1 hora y 45 minutos cada una, encontraron que nueve sujetos bajaron de peso, uno se mantuvo en el que tenía y solamente uno aumentó.

Con base en lo anterior, el presente estudio se enfocó a trabajar en una clínica que presta servicios médicos a empleados de un grupo empresarial del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León (México), tomando como preguntas de investigación las siguientes: "Al incluir una intervención psicológica en un grupo de control de peso, ¿las personas reducen más su peso corporal?", "¿Ayuda a incrementar la autoestima la intervención psicológica en un grupo de control de peso?". Con base en las preguntas anteriores, se plantearon como objetivos los de verificar si la intervención psicológica en el grupo de control de peso ayuda a una mayor reducción de peso, y evaluar el cambio de la autoestima al recibir intervención psicológica en un grupo de control de peso.

En concordancia con los objetivos, las hipótesis fueron, a saber: 1) Las personas que reciben intervención psicológica bajan más de peso que aquellas que no la reciben, y 2) Después de la intervención psicológica aumenta la autoestima de las personas del grupo de control de peso.

MÉTODO

Participantes

La clínica donde se trabajó cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que atiende grupos de control de peso, al que son referidos los pacientes con sobrepeso para que a través de doce sesiones semanales reciban información acerca de cambios en los hábitos alimenticios, entre otros temas, y el área de nutrición vigile su dieta y los efectos de ella. Es importante aclarar que en el equipo multidisciplinario no se incluye al psicólogo.

En esta investigación se utilizó un diseño cuasiexperimental y se contó con un grupo control y un grupo de estudio. Como grupo control se consideró a 24 pacientes que pertenecieron al Grupo de Control de Peso en un periodo anterior, cuando no se disponía de intervención psicológica, pero sí de pláticas por parte del equipo multidisciplinario.

El Grupo de Estudio es el que estuvo en el programa de control de peso en el periodo en que se utilizó la intervención psicológica.

La muestra utilizada en un principio estuvo constituida por 13 personas, de las cuales sólo diez fueron constantes en cuanto a su asistencia, por lo que los análisis corresponden a esos diez sujetos

(nueve mujeres y un hombre). Las edades de los sujetos oscilaron entre 25 años y 65 años, y fueron seleccionados por muestreo de conveniencia.

Instrumentos

Para medir autoestima se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, en su versión para adultos, que consta de 25 reactivos con opciones de respuesta de sí y no. En este inventario se obtuvo una consistencia interna a través de la alfa de Cronbach de .81 en una muestra de 411 sujetos de la Ciudad de México (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

En dicha escala la puntuación máxima es 25; entre más alto es el puntaje, mayor es la autoestima de la persona. Esta prueba se aplicó al principio y al final de la intervención.

Respecto del peso, los sujetos eran pesados en cada sesión para su registro.

Procedimiento

Durante un período de tres meses el equipo multidisciplinario impartió doce sesiones una vez a la semana, con una duración de dos horas cada una. Tres sesiones fueron manejadas exclusivamente por psicólogos, y el resto por nutriólogos y otros profesionales de la salud. Sin embargo, la intervención psicológica no sólo se realizó en las tres sesiones antedichas. En cada una de éstas se aplicaron las siguientes técnicas cognitivo-conductuales:

Reestructuración cognitiva, la cual busca cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales. Relacionada con esta técnica, se utilizó una dinámica con el tema “¿Qué voy a hacer cuando llegue a mi peso meta?”, en la cual se trató de que las pacientes modificaran sus pensamientos (por ejemplo, “Si llego a mi peso meta, me gustaría comprarme ropa más atractiva”, por “Cuando llegue a mi peso meta, voy a comprarme ropa más atractiva”).

Autocontrol y autoestima, en donde se trata de que la persona adquiriera suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento. Aquí se buscó el autocontrol mediante tarjetas que contenían frases o imágenes que pudieran hacer que la persona mantuviera el control en un momento de tentación (por ejemplo, “Si voy por buen camino, ¿por qué desistir ahora?”) e identificaran aquellos atributos que poseían, y asimismo

los que no tenían pero que desearan alcanzar. También se les entregó una hoja titulada *Crea en usted mismo y hágalo realidad*, la cual contenía frases que los ayudaban a confiar en ellos mismos y alcanzar sus metas.

Línea base, mediante la cual se busca que la persona visualice los avances que ha adquirido con la intervención, esto es, los kilos que ha ido disminuyendo. Aquí se hizo una gráfica donde se representaron los kilos que se iban bajando en cada sesión y marcándose la meta de kilos que querían bajar al final de la intervención para ver si la habían logrado. La línea base se colocó en la pared del área donde se llevaron a cabo las sesiones para que los sujetos pudieran verla constantemente.

Relajación, que tuvo la finalidad de que los sujetos aprendieran otra forma de reducir los niveles de ansiedad que les ocasionaba el consumir alimentos de manera inapropiada para su dieta. Se realizó la relajación muscular progresiva combinada con técnicas de visualización en siete de las doce sesiones.

Reforzamiento, con el cual se pretende que la persona mantenga una motivación con base en reforzadores positivos, que en esta intervención consistieron en aplausos, reconocimiento verbal y premios en la última sesión para los que habían alcanzado su peso meta.

Las tres sesiones dirigidas exclusivamente por psicólogos se dedicaron a los temas de trastornos alimenticios, donde se explicaron los diferentes trastornos alimenticios que existen y las consecuencias que conllevan desde una perspectiva psicológica; ansiedad y control de emociones, en el que se expuso cómo combatir la ansiedad y las emociones que implica la obesidad, y autoestima, durante el cual se explicó el concepto, los tipos que existen y qué hacer para aumentarla.

También se aplicó después de la intervención la prueba de autoestima anteriormente mencionada, con el fin de identificar si la intervención psicológica ayuda a aumentar la autoestima de los pacientes.

La única diferencia en el tratamiento de ambos grupos (grupo de estudio y grupo control) fue la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales. Las sesiones informativas de los otros profesionales de la salud fueron idénticas.

Para esta investigación se solicitó autorización a los integrantes del grupo de control de peso de la clínica para utilizar los resultados obtenidos en la intervención, y además se les informó que los resultados serían confidenciales.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las medidas de tendencia central y la desviación estándar (o típica) para la variable *peso en kilogramos* en el grupo de estudio y en el grupo control. Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar ambos grupos debido a que no hay normalidad en la variable, verificada a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < .05$).

Tabla 1. Descripción y comparación de peso inicial y final entre grupos.

Peso en kilogramos	Media		Mediana		Desviación típica		U de Mann-Whitney	p
	Grupo de estudio	Grupo control	Grupo de estudio	Grupo control	Grupo de estudio	Grupo control		
Inicial	75.68	80.90	77.35	76.90	11.22	9.23	107.5000	.637
Final	69.08	78.52	70.65	75.80	10.00	9.11	55.0000	.013

En dicha tabla puede observarse que no hay diferencia significativa entre el grupo de estudio y el grupo control en la primera medición del peso. Por el contrario, hay una diferencia significativa entre los grupos en el peso final.

En la Tabla 2 se compara la reducción de peso entre el grupo de estudio y el grupo control, obteniendo una diferencia significativa en los kilogramos que redujo cada grupo. El grupo de estudio redujo más, por lo cual se acepta la hipótesis 1.

Tabla 2. Comparación de la reducción de peso entre los grupos.

Peso en kilogramos	Media	Mediana	Desviación típica	U de Mann-Whitney	p
Grupo de estudio (n = 10)	6.60	6.65	2.67	27.000	.000
Grupo control (n = 24)	2.38	2.00	2.43		

Al realizar la prueba de Wilcoxon para comparar el peso en el grupo de estudio antes y después de la intervención, se obtuvo un valor de $p = .001$ (Tabla 3), con lo que se comprueba que la reducción de peso fue signi-

ficativa. Es importante mencionar que en el grupo de estudio todos los sujetos tuvieron un peso final menor que el peso inicial, lo que no ocurrió en el grupo control.

Tabla 3. Resultado de la intervención psicológica en el grupo de estudio (n = 10).

	Media		Mediana		Desviación típica		Prueba de Wilcoxon	p
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final		
Peso en kilogra-	75.68	69.08	77.35	70.65	11.22	10.00	Z = -2.803	.005

Por último, en cuanto a la autoestima, en la Tabla 4 se compara la autoestima antes y después de la intervención, obteniéndose un incremento significativo en dicha variable, con lo que se acepta la segunda hipótesis.

Tabla 4. Autoestima en el grupo de estudio (n = 10).

Autoestima	Media	Mediana	Desviación típica	Prueba de Wilcoxon	p
Inicial	18.00	18.00	3.02	-2.136	.033
Final	19.20	19.00	2.78		

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados, se sustentan las dos hipótesis planteadas y puede afirmarse que las técnicas cognitivo-conductuales contribuyeron a lograr una reducción mayor de peso que la intervención basada en la mera información; asimismo, se afirma que la autoestima de los sujetos mejoró al término de la intervención psicológica.

Los resultados de este estudio concuerdan con el estudio realizado por Camuñas, Revuelto, Yañez y cols. (2001), en el que se aplicó una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la obesidad en mujeres menopáusicas y se halló una reducción de peso promedio de 6.06 kg, muy similar a la que tuvo el grupo de estudio (6.60 kg).

En contraste, Díaz, Armero, Calvo y Rico (2002), en un estudio realizado en el que sólo se utilizó educación nutricional, reportan que sólo

5.1% de los pacientes logró alcanzar al objetivo de reducir 10% de peso; lo anterior apoya la hipótesis de que recibir una intervención psicológica ayuda a una reducción mayor de peso.

Asimismo, debe señalarse que ocho de los diez sujetos del grupo de estudio lograron el peso meta, lo que puede considerarse un dato relevante, sobre todo al compararlo con el obtenido en el estudio de Casado y cols. (1997), en el cual ninguno de los sujetos alcanzó su peso deseado.

Por otra parte, el presente estudio puede relacionarse con el realizado por Beato y Rodríguez (2004), en el que se considera que la autoestima es un factor importante para que los pacientes puedan reducir de peso. Se puede decir que el aumento de autoestima de los participantes en el estudio fue un factor considerable para que lograran disminuir de peso, aunque comprobar la relación entre ambas variables requiere llevar a cabo estudios adicionales.

Por último, es oportuno mencionar que si bien estos resultados son aplicables a la muestra utilizada, sería injustificado generalizarlos, pero el haber contado con un grupo control refuerza las conclusiones planteadas respecto de la efectividad de la intervención.

Como conclusión general, se concuerda con Casado y cols. (1997) respecto de que con la implantación de programas de esta naturaleza, en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad, se cubren de forma satisfactoria los objetivos propuestos.

Se considera que la intervención psicológica realizada fue positiva ya que hubo una reducción de peso considerable en los sujetos de estudio, esto gracias a las técnicas instrumentadas, las cuales ayudaron a una buena adherencia al tratamiento y a una mayor motivación de los pacientes para lograr la meta individual propuesta.

De igual forma, la intervención ayudó a corroborar la segunda hipótesis, toda vez que los resultados demuestran que hubo una diferencia significativa entre el nivel de autoestima existente al inicio de la intervención y al finalizar ésta, lo que puede deberse a las técnicas empleadas, como la utilización de reforzadores, la motivación constante y la reestructuración cognitiva.

Para otros estudios se sugiere utilizar una muestra más grande para determinar si la obesidad influye en que las personas tengan una baja autoestima, lo cual no se pudo comprobar en este estudio debido probablemente al tamaño y tipo de muestra que se utilizó.

REFERENCIAS

- A.A. (2000). La obesidad. *Psicoplanet*. Disponible en línea: http://www.psicoplanet.com/temas/tema19_contenido.htm (Revisado el 15 de febrero 2004).
- A.A. (2003). La autoestima. *Psicoactiva*. Disponible en línea: <http://www.p psicoactiva.com/autoest.htm> (Revisado el 10 de marzo de 2004).
- Álvarez, R. (1998). *Obesidad y autoestima*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Beato, L. y Rodríguez, T. (2004). Relación de las fases del cambio con la autoestima en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: seguimiento a un año. *Psiquiatría.com*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/14883> (Revisado el 2 de marzo de 2004).
- Calva, M. (2003). *Obesidad*. Universidad Tijuana, Baja California. Disponible en línea: <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml> (Revisado el 27 de marzo de 2004).
- Camuñas, N., Revuelto, R., Yanes, C., Martí, M., Vivas, F. y Sánchez A., J.I. (2001). Control emocional en pacientes obesas: un programa de intervención cognitivo conductual. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm (Revisado el 15 de marzo de 2004).
- Casado, M., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Psicología.com*, 1(1). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm (Revisado el 9 de mayo del 2004).
- Consejo Internacional de Enfermeras (2004). *El CIE ante el problema de la obesidad: crear conciencia pública de una enfermedad social y ambiental*. Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en línea: http://www.icn.ch/matters_obesitysp.htm (Revisado el 24 de marzo de 2004).
- Díaz, J., Armero, M., Calvo, I. y Rico, M. (2002). Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 17(2), 93-96. Disponible en línea: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/nutricion/n22002/04.pdf> (Revisado el 17 de mayo de 2004).
- Goldberg, A. (2002). Secuelas de obesidad en la salud. *Obesidad.net*. Disponible en línea: <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3.shtml> (Revisado el 24 de marzo de 2004).

- Goodman, E., Slap, G. y Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1844-1850.
- Iruarizaga, I., Romero, N., Rubio, M. y Cabreriso, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Psicología.com*, 5(3). Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2358/?++interactivo> (Revisado el 15 de febrero de 2004).
- Lara C., M., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-225.
- Macías, D. y Méndez, F. (1997). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. México: Pirámide.
- Mahoney, M. y Mahoney, K. (1999). *Control permanente de peso*. México: Pegaso.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Obesity and overweight*. Disponible en línea: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> (Revisado el 27 del abril de 2004).
- Palladino, C. (1992). *Cómo desarrollar la autoestima*. México: Iberoamérica.
- Sánchez, J. (2003). *Ensayo, obesidad y autoestima en psicoterapia Gestalt*. Centro Gestalt de México. Disponible en línea: <http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=133> (Revisado el 24 de marzo de 2004).
- Seijas, D. y Feuchrmann, Ch. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 26(1).
- Shadle, K. (2001). Healthy families-healthy bodies preventing obesity. *Total Health*, 25(5), 22-24.