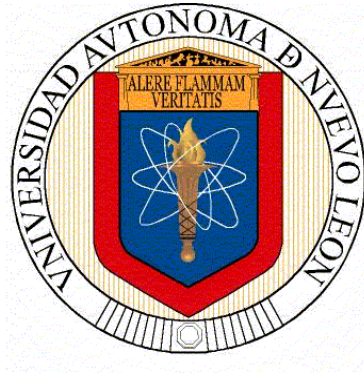


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**EFFECTOS DE LA HIPNOSIS ACTIVA-ALERTA SOBRE LA PÉRDIDA DE PESO**

**PRESENTA:  
LIC. ROGELIO HINOJOSA FERNÁNDEZ**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, DICIEMBRE DE 2021**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**



**EFFECTOS DE LA HIPNOSIS ACTIVA-ALERTA SOBRE LA PÉRDIDA DE  
PESO**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**LIC. ROGELIO HINOJOSA FERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. ARNOLDO TÉLLEZ RAMOS**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, DICIEMBRE DE 2021**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**

La presente tesis titulada “EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA HIPNOSIS ACTIVA EN LA PÉRDIDA DE PESO” presentada por ROGELIO HINOJOSA FERNÁNDEZ ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dr. Arnoldo Téllez Ramos  
Director de tesis

---

Dra. Dehisy Marisol Juárez García  
Revisor de tesis

---

Dra. Diana Aracely Almaraz Castruita  
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Diciembre de 2021

Dedicado a la memoria de Roció Aracely Hinojosa Fernández

(30 julio 1985 – 19 septiembre 2019).

## AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento al Dr. Arnoldo Tellez Ramos, un maestro de vocación cuyo vasto conocimiento en psicología clínica y de la salud solo es equiparable a la sencillez de su trato, el apoyo y confianza que me brindo desde que antes incluso que iniciara este proyecto de tesis fue una gran motivación para seguir adelante en estos tiempos tan difíciles.

Especial mención para la Dra. Dehisy Marisol Juárez García y la Dra. Diana Aracely Almaraz Castruita asesoras de mi proyecto de tesis la dedicación y el empeño que ponen en su trabajo como investigadoras es admirable, sus comentarios y observaciones siempre atinadas al momento de llevar a cabo el presente trabajo me permitieron sacar mi mayor potencial al momento de redactar estas próximas páginas.

De Igual Manera a la Dra. Lucia Quezada Berumen directora de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud quien desde el día uno puso especial atención en la mejora constante de el programa y el brindar un espacio de comunicación constante con los compañeros de generación y con un servidor mostrando un lado humano y comprensivo ante nuestras inquietudes.

Por ultimo y no menos importantes a la Dra. Teresa de Jesús Sanchez Jauregui y el Mtro. Pedro Arturo Valdez Tamez quienes también fueron de gran apoyo durante mi estancia como becario en el centro de investigación.

## RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud provocados en la mayoría de los casos por sobreingesta de alimentos y falta de actividad física, las consecuencias que estos pueden traer a la salud son graves y difíciles de combatir, nos enfrentamos además a factores sociales que han normalizado el sobrepeso y en algunas ocasiones responsabilizan a la persona afectada de su enfermedad tachándolos como personas con poca motivación o cuidado personal. El Papel de la hipnosis en la pérdida de peso es explorado desde hace unos años, en esta investigación se utilizó la hipnosis activa-alerta de la cual no se encontraron datos de investigaciones anteriores en su uso para la pérdida de peso. Se aplicó una intervención con duración de diez semanas con tres frecuencias por semana de hipnosis activa-alerta y plan dietético al grupo experimental y solo plan dietético al grupo control, la intervención tuvo un tamaño de efecto grande en la pérdida de peso y en la escala de estilo de vida saludable, sin embargo, otras variables como estrés y depresión mostraron poca mejoría en ambos grupos.

Los resultados de esta investigación demuestran la efectividad de la hipnosis activa-alerta como coadyuvante para la pérdida de peso e invitan a la adaptación de la intervención para mejorar los resultados en las escalas de ansiedad y depresión, síntomas comúnmente encontrados en personas que intentan perder peso.

Palabras clave: hipnosis activa-alerta, pérdida de peso, estilo de vida, estrés, ansiedad, autoeficacia

## **ABSTRACT**

Overweight and obesity are health problems caused in most cases by overeating and lack of physical activity, the consequences that these can bring to health are serious and difficult to face, there's also social factors that have normalized overweight and in other cases blame the affected person for their illness, calling them people with little motivation or personal care. The role of hypnosis in weight loss has been explored for a few years, in this research active-alert hypnosis was used, of which no data from previous research was found on its use for weight loss. An intervention lasting ten weeks with three frequencies per week of active-alert hypnosis and a diet plan was applied to the experimental group and only a diet plan to the control group, the intervention had a large effect size on weight loss and on the healthy lifestyle scale, however, other variables such as stress and depression showed little improvement in both groups.

The results of this research demonstrate the effectiveness of active hypnosis as an adjunct to weight loss and invite the adaptation of the intervention to improve the results on the anxiety and depression scales, symptoms commonly found in people trying to lose weight.

Key words: hypnosis, weight loss, optimism, emotional intelligence, self-efficacy

## INDICE

CAPITULO I.....	8
INTRODUCCION .....	8
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	15
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
OBJETIVO GENERAL.....	22
HIPÓTESIS.....	23
LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.....	23
CAPITULO II.....	24
MARCO TEORICO.....	24
SOBREPESO Y OBESIDAD .....	24
HIPNOSIS E HIPNOSIS ACTIVA-ALERTA.....	27
ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESION. ....	31
PERFIL DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....	32
AUTOEFICACIA.....	35
RESUMEN .....	37
CAPITULO III.....	38
METODO.....	38
CAPITULO IV.....	44
RESULTADOS .....	44
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
ANEXOS .....	73



# **CAPITULO I**

## ***INTRODUCCION***

La obesidad es una enfermedad de curso crónico de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos (Rivera et al., 2015). La nutrición es un factor determinante en problemas de obesidad, sin embargo, se debe considerar que los hábitos alimenticios se encuentran directamente ligados a la conducta alimentaria que se entiende en psicología como un conjunto de elementos que relacionan al ser humano con sus alimentos (Domínguez-Vásquez et al, 2008).

El índice de masa corporal (IMC) es la medida estándar utilizada para definir en qué nivel de peso en que se encuentran las personas considerando su peso en kilogramos y su altura en metros este sirve como indicador para la detección del sobrepeso-obesidad el cual mide la relación entre el peso y la altura y se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su altura en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (OMS, 2018) a nivel mundial los centros de control y prevención de enfermedades identifican un IMC de entre 18.5 y 24.9 como normal. Un IMC de 25 a 29 es considerado sobrepeso y arriba de 30 es considerado como primer nivel de obesidad.

Un IMC igual o mayor a 27 y una circunferencia de cintura mayor a 88 cm, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas crónicas. La obesidad está asociada causalmente con la pérdida de la salud, ya que con el aumento del IMC crece el riesgo de contraer enfermedades crónico degenerativas tales como hipertensión, diabetes,

enfermedades isquémicas del corazón, trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis) y ciertos tipos de cáncer (Wändell et al, 2009). Las enfermedades anteriormente citadas, representan en conjunto las primeras causas de muerte a nivel mundial, siendo responsables del 63% de todas las defunciones (OMS, 2018).

En general podemos referirnos a la causa de la obesidad como un balance energético positivo crónico, es decir se consumen alimentos que proporcionan una cantidad superior de energía a la que la persona utiliza en sus actividades diarias. (Chooi, 2019).

Desde hace años se discute la magnitud del problema de la obesidad en nuestra sociedad, la comorbilidad con otras enfermedades, la prevalencia y los intentos fallidos de los individuos para bajar de peso son temas bastante estudiados, sin embargo, el problema sigue aumentando (Foz, 2004). Por otro lado, según algunas estimaciones, el costo de la obesidad puede representar hasta el 12% del gasto sanitario en algunos países, en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta que favoreció el actuar de algunos países en el campo de la prevención de la obesidad sin embargo el problema sigue en aumento y los datos actuales de la OMS indican que en el año 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso de los cuales 650 millones alcanzaban el grado de obesidad (OMS, 2018).

Datos a nivel mundial muestran que las dietas no saludables y la falta de actividad física son los principales factores de riesgo para la salud. La alimentación saludable tiene beneficios a largo plazo, entre ellos reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad, y de adquirir enfermedades no transmisibles. Además se estima que cada año mueren aproximadamente 2.8 millones de personas a causa del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2018).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018), muestran que en México el 73% de los adultos mayores de 20 años presentaron sobrepeso u obesidad, lo que pone de relieve la falta de estrategias efectivas para la disminución de estos importantes factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Barquera et al, 2020).

Además, un estudio anterior reportó síntomas de depresión ansiedad y estrés en personas con obesidad, con quienes se realizó una intervención con énfasis a sus síntomas psicológicos además de consulta con nutriólogo, los resultados de las variables psicológicas mostraron mejoría significativa al finalizar la intervención (Cofré et al, 2014), así mismo, Brumpton et al (2013), encontraron que pacientes con ansiedad y depresión, presentaban aumento de peso a lo largo de un estudio con 11 años de seguimiento, comparados con los que no presentaban esta condición.

Hallazgos de otros estudios indican que personas con trastornos mentales y alimenticios tienden a presentar mayores puntajes de depresión, ansiedad y estrés en la escala DASS-21 (Siglas en inglés: Depression, Anxiety and Stress Scale) (Escandón-Nagel, 2018; Marchitelli, 2020).

En la actualidad se discute porque si al estar ligada con tantos circuitos psicológicos, la obesidad no se encuentra catalogada en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, este podría ser un señalamiento polémico para algunos sin embargo debe considerarse que los puntos señalados no son del todo inciertos, al inicio de la vida el alimentarse y ser cuidado son situaciones que se dan de la mano y estas quedan marcadas a nivel simbólico relacionando la saciedad o el consumo de ciertos alimentos con el bienestar, otorgado a la saciedad otorgada hablar sobre el problema de sobrepeso y la obesidad desde un punto de vista psicológico puede ayudarnos a comprenderlo de manera holística, algunas funciones mentales como la autorregulación emocional y la búsqueda de placer se ven relacionadas

directamente con la ingesta de alimentos (Cordella, 2008).

Si bien en la versión más reciente del DSM-V no se incluye la obesidad por sí misma como un trastorno, si se presenta en este el Trastorno por atracones que se caracteriza por una ingesta a mayor velocidad de la normal, seguir comiendo después de la saciedad hasta provocar sensación de incomodidad, comer sin hambre, preferir comer solo para evitar que otros sepan la cantidad de comida ingerida y sentimientos negativos sobre sí mismo después de la ingesta (Behar y Arancibia, 2014).

En la actualidad la sociedad se rige por un comportamiento fuertemente ligado al consumismo, los ritmos de vida y condiciones laborales encierran a las personas en el círculo vicioso de mencionar frases conocidas como “no tengo tiempo de cocinar en casa” o “la comida sana es la más cara” una visión más apegada a la realidad nos hace entender que la zona de confort en la que las personas se refugian les impide ver más allá de sus propias costumbres donde invertir solo un poco más de tiempo al día les permitiría consumir alimentos preparados en casa con opciones más saludables y menos procesadas (Urrea et al, 2018) .

En los últimos años se ha acuñado el término de estilo de vida saludable para considerar como influye el estilo de vida de las personas en su salud, se utiliza la prueba originalmente nombrada en inglés como “The Health-Promoting Lifestyle Profile” (Perfil de estilo de vida saludable) por Walker et al, 1987 en estudios previos que han relacionado puntajes bajos en esta prueba con problemas de obesidad y sobrepeso (Palmeros, 2019), de igual manera el estilo de vida sedentario y el uso excesivo de dispositivos electrónicos se encuentra relacionada a estos problemas (Pacheco, 2017).

A pesar de ser un fenómeno multifactorial en sus causas las intervenciones para la obesidad suelen ser únicamente de orden fisiológico, los tratamientos

más comunes son las dietas, operaciones de banda gástrica y consumo de suplementos alimenticios. También se sabe sobre otros métodos que pueden ser peligrosos para las personas como uso desmedido de laxantes o dietas proporcionadas por personas sin licencia en nutrición (Kottow, 2015).

Un estudio previo realizado por en 2018 utilizo un modelo donde se comparo la eficacia de estar en un programa únicamente con plan dieta, otro con dieta y ejercicio y un tercer grupo con dieta, ejercicio y entrevista motivacional; programa establecido alrededor de cumplir metas, obteniendo los mejores resultados en perdida de peso y sus otras variables de estudio como reducción de estrés, comportamiento saludable y capital psicológico, basándonos en esos resultados se espero un resultado favorable para nuestro grupo experimental que uso dieta, ejercicio e hipnosis activa-alerta. (Espinoza, 2019)

De igual forma otro estudio realizado en 2017 por Gibson menciona la importancia de la adherencia a la dieta para que esta sea efectiva, el autor menciona que cualquier intervención psicológica enfocada a la adherencia puede mejorar de forma considerable los resultados.

Existen diferentes métodos para bajar de peso, sin embargo, la mayoría de estas intervenciones dependen de la voluntad y el apego al tratamiento que tengan las personas, uno de los aspectos psicológicos estudiados en este trabajo fue la autoeficacia concepto acuñado por primera vez por Bandura en 1983 que se define como la confianza o convicción de una persona sobre su propia capacidad de completar una tarea o apegarse a determinado comportamiento (Ulloa et al, 2013).

Según hallazgos de estudios anteriores sobre perdida de peso que consideraron a la autoeficacia entre sus variables el éxito en los objetivos planteados no suele conseguirse hasta que se hallan elaborado y ensayado formas alternativas de conducta, las creencias de autoeficacia requieren de un proceso de autopersuasión que permita convencer a las personas de que sus

esfuerzos rendirán frutos (Uscanga et al, 2014).

*Para esta investigación se utilizó la hipnosis activa-alerta como método de intervención, esta varía del método convencional de hipnosis en cuanto a su método de inducción, aunque sigue los mismos lineamientos de la hipnosis tradicional la cual recibió por primera vez este nombre en 1855 por el médico británico James Braid (1795-1860), antes de esta fecha el fenómeno era conocido como el “magnetismo animal” término utilizado por Franz Anton Mesmer (1734-1815). La hipnosis hoy en día se conoce como la atención focalizada hacia un punto que nos guía hacia un estado especial de conciencia el cual se caracteriza por un incremento en la capacidad de recibir sugerencias, y una modificación de la percepción, memoria y funcionamiento del sistema nervioso, donde además se pueden evocar de manera involuntaria experiencias previamente aprendidas (Téllez, 2007).*

Cada persona es diferente y existen muchos factores que pueden determinar la efectividad de la hipnosis y las sugerencias utilizadas en la hipnoterapia, esto se relaciona con la capacidad del individuo para entrar en ese estado de conciencia y su capacidad para experimentar sensaciones, memorias y percepciones sugeridas por el hipnoterapeuta (Parra y Argibay, 2006).

En general es fácil entrar al estado hipnótico y prácticamente cualquier persona con un mínimo entrenamiento puede inducir a otro individuo a un estado hipnótico, sin embargo, la hipnoterapia o hipnosis clínica solo puede ser utilizada por personas que tengan entrenamiento en ramas de la psicología clínica, como la cognitivo conductual, psicoterapia Ericksoniana o la psicoterapia psicoanalítica además del propio entrenamiento para la hipnoterapia (Téllez, 2007).

Tradicionalmente los detalles y procedimientos sobre las sugerencias hipnóticas

varían dependiendo de los objetivos terapéuticos, estos incluyen por lo general sugerencias para la relajación, sin embargo, esta no es necesaria para la hipnosis y se pueden utilizar una gran variedad de inducciones a la hipnosis incluidas aquellas para estar más alerta (Sánchez-Armass et al, 2007).

La hipnosis es uno de los métodos para inducir estados alternativo de conciencia, un estado de hipnosis profunda puede provocar una desconexión sensorial con el cuerpo y la respiración, obscuridad absoluta al practicarse con los ojos cerrados, disociación, sensación de potencial, alteraciones de percepción del tiempo, pérdida de actividad mental espontánea y la sensación de ser uno con el universo. Si bien lo anterior son experiencias narradas por estudiosos de la hipnosis experimental, todos estos efectos han sido comprobados por estudios posteriores en poblaciones más grandes donde se comparan los efectos de la hipnosis con la meditación y el uso de psicodélicos para inducir estados alterados de conciencia (Cardeña, 2005).

Para estructurar la intervención hipnótica se tomaron en cuenta métodos utilizados en estudios anteriores que se asemejan en condiciones a lo que viven las personas con sobrepeso, las expectativas al futuro al intentar perder peso suelen ser poco alentadoras por la dificultad que representa y el tiempo que tardan en notarse los resultados. Se analizaron técnicas que anticipan un futuro de éxito en el cual las personas visualizan en una escena específica donde logran su cometido utilizando sugerencias que se enfocan en la imaginación visual, auditiva y la estimulación de otros sentidos otorgando herramientas para resolver sus problemas en el presente (Toem, 1992).

La relajación no es una condición necesaria para la hipnosis si no, más bien esta deriva de los métodos tradicionales de inducción donde se enfatiza la relajación, los estados alternativos de conciencia pueden presentarse en ambientes naturales a distancia de los laboratorios y en el caso particular de la hipnosis activa podemos hacer referencia a situaciones naturales donde los sujetos se encuentran despiertos sin embargo su atención se encuentra profundamente focalizada en una sola acción, el ambiente donde se lleva a cabo la sesión de hipnosis activa es también una diferencia con la hipnosis

tradicional siendo este más parecido a un lugar destinado a hacer ejercicio físico, las respuestas a las sugerencias son las mismas al terminar las sesiones, los pacientes reportan disociación involuntaria en ambos tipos de hipnosis, algunas otras de los efectos de la hipnosis activa son, falta de evaluación de la realidad, atención focalizada, niveles altos de energía y de alerta cognitiva, cansancio por el efecto del ejercicio y la experimentación de emociones positivas (Bányai, 2018). Párrafos verdes (agregados)

Considerando lo anterior, para esta investigación se utilizó la hipnosis activa-alerta como coadyuvante a el tratamiento convencional de plan dietético y ejercicio para la pérdida de peso para comprobar su eficacia.

## **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

El problema del sobrepeso y obesidad puede ser originado desde edades tempranas donde los hábitos alimenticios y la baja o nula actividad física pueden convertirse en una conducta habitual que provoca la ganancia desmedida de peso en momentos posteriores del desarrollo como la edad adulta, investigaciones coinciden que el estrés generado en ambientes escolares es el más predominante entre las variables relacionadas con un IMC elevado y es por tanto la primordial causa de ingesta emocional junto con otras situaciones de estrés negativo como ansiedad, vergüenza y envidia (Muñoz et. al, 2015).

Las variables que se consideran al hacer estudios sobre obesidad son de un amplio rango, pero en el orden fisiológico es frecuente encontrar factores de inactividad física (Caballero et al., 2007).

La obesidad ocasiona problemas fisiopatológicos derivados del aumento de la grasa corporal como apnea obstructiva del sueño además de patologías secundarias a cambios metabólicos como hiperinsulinismo, en la infancia además son pocos los órganos que no reciben daño derivado de la obesidad o



sobrepeso (Urrejola, 2007).

Las personas con obesidad y sobrepeso pueden sufrir un amplio rango de enfermedades ligadas a esta y presentan la posibilidad de morir a edades más tempranas que la media y el sobrepeso puede impactar también la calidad de vida de las personas (Wändell et al, 2009). La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al impacto que deja en el sujeto su enfermedad y lo invasivo y los efectos colaterales del tratamiento para esta.

La calidad de vida relacionada a la salud por sus siglas en inglés HRQoL es un concepto utilizado para medir el estado de salud y las condiciones de vida o bienestar en las personas (Gurková, 2011) en la psicología positiva y otras ramas se investiga el impacto que pueden tener diversos tratamientos en el HRQoL. (Park, 2015).

La obesidad ha demostrado tener un efecto degenerativo en la percepción de salud y autoconcepto además muchas de las personas reportan niveles de dolor significativamente más altos que personas en peso normal lo que afecta de forma negativa a la calidad de vida relacionada a la salud (Fontaine. 1998).

El estilo de vida saludable implica tener un bienestar a todos los niveles: físico, mental y social. Dentro de los comportamientos de un estilo de vida saludable se encuentra el evitar el consumo de tabaco y de alcohol, realizar actividad física y tener una alimentación sana. Otros comportamientos relacionados a un estilo de vida saludable son: horas de sueño adecuadas, tiempo de recreación y estudio, y evitar el uso indebido de medicamentos y de tecnologías modernas (Farhud, 2015).

La autoeficacia es uno de los principales conceptos de la Teoría Cognoscitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y esta se refiere como la confianza que tiene una persona para lograr sus propios objetivos (Bandura,1984). En su

relación con la pérdida de peso, algunos estudios han mostrado que tener alta autoeficacia está relacionado con una mayor pérdida de peso en intervenciones dirigidas a modificar los hábitos alimenticios, realizar ejercicio o ambas (Crixell, et al, 2007; Martin, et al, 2004; Prensell, et al, 2008). Asimismo, la autoeficacia también se ha mostrado como predictor de las conductas saludables como la realización de ejercicio a largo plazo (Schwarzer y Luszczynska, 2008) Por lo que es de vital importancia su fortalecimiento al momento de implementar estrategias para el logro de objetivos en la pérdida de peso y la ejecución de hábitos alimenticios saludables a largo plazo.

En las últimas décadas la psicología ha entrado en juego cuando se habla sobre prevenir o enfrentar a la obesidad, para atender los malestares psicológicos provocados por la misma e implementando una intervención dirigida a cambiar las conductas asociadas a la obesidad. La mayoría de las intervenciones psicológicas hasta el momento son basadas en la psicología Cognitivo Conductual, mientras un número más reducido, utiliza otros métodos como la Hipnosis, la atención plena, la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular especialmente efectivas para combatir el estrés y la ansiedad por la que pasan las personas con sobrepeso y obesidad (Baile et al, 2020).

Si bien las investigaciones indican que existe una relación entre una mayor pérdida de peso y las intervenciones psicológicas en pacientes se sugiere que el tema se siga explorando con la intención de encontrar los mecanismos específicos encargados de la relación entre la psicología y el peso para que estos sean objetivos específicos en las próximas intervenciones tanto en el ámbito clínico y el de la investigación (Nezami et al, 2016).

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Existen muchos factores psicológicos y sociales que pueden alejar a las personas de intentar perder peso o realizar actividad física en general; podemos hablar de obligaciones personales, el mal clima, lesiones o enfermedades y agendas ocupadas. Sin embargo, el problema psicosocial más común en prevenir a las personas de cumplir sus metas es la depresión asociada a la desmotivación y a la falta de un soporte social de familiares o amigos. (Nies y Motyka, 2006).

Se ha reportado el uso de la hipnosis activa en las últimas décadas para intervenciones de investigación donde se han tratado problemáticas relacionadas a la falta de iniciativa o motivación, depresión, ansiedad, desordenes psicosociales, para el fortalecimiento de las capacidades físicas y mentales de atletas de alto rendimiento además de tratamiento para desórdenes alimenticios como bulimia y obesidad (Bányai, 2018).

Actualmente se conoce un amplio número de intervenciones cognitivo-conductuales para la reducción de sobrepeso-obesidad, sin embargo, los resultados no registran el éxito a largo plazo o bien presentan discrepancias entre una población y otra (Arrizabalaga et al., 2004; Márquez-Ibáñez et al., 2008; Saldaña, 2001).

La obesidad puede definirse por tipo y grado, algunos tipos de obesidad o problemáticas que causan la obesidad son las siguientes; Hiperplásica

caracterizada por el aumento en el número de células, Hipertrófica donde el tamaño de los adipocitos aumenta, Androide o Central donde la grasa corporal se concentra en la cabeza cara abdomen y tórax, Ginoide donde la grasa se concentra en las extremidades así como en las caderas muslos y glúteos, de distribución homogénea o global caracterizada por distribución de grasa corporal homogénea, obesidad genética causada por anormalidades cromosómicas, obesidad endocrina causada por problemas hormonales, la hipotalámica poco frecuente en humanos, causada por tumores, cirugías y traumatismos, la derivada, provocada por medicamentos como antidepresivos y la desarrollada desde la infancia (Sánchez-Muniz, 2016).

La obesidad afecta de manera negativa la calidad de vida de los individuos quienes la presentan en varios aspectos siendo los principales la salud física y mental, la cultura en la que nos desarrollamos actualmente busca personas independientes que sean capaces de mantenerse activos de forma laboral y social provocando en algunas ocasiones el caer en un círculo de auto explotación, usualmente la salud general se descuida pero la alimentación es en particular la parte más afectada y las consecuencias para los individuos son graves, entre el riesgo que representa la obesidad por su comorbilidad con otras enfermedades también malestar psicológico puede llevar a las personas a realizar procedimientos como cirugías bariátricas en búsqueda de un cambio rápido de apariencia. (Urrea et al, 2018).

La percepción de la población acerca del sobrepeso es inadecuada ya que esta no se considera como un problema de salud hasta que presenta otras problemáticas graves como diabetes en la edad adulta, y a pesar de que muchas personas tienen este diagnóstico no cambian significativamente sus dietas y es común el pensamiento de que comer menos solucionara el problema. El soporte social también juega un papel importante, la prevalencia de sobrepeso se mantiene en los mismos niveles ya que las familias de quienes lo presentan usualmente no adaptan sus dietas y consumen los alimentos

acostumbrados frente a quien desea estar a dieta (Tovar, 2018).

Las autoridades en salud a nivel nacional han implementado programas y normativas que buscan disminuir el consumo de los carbohidratos refinados y las bebidas azucaradas entre ellas se encuentran el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) en el cual se emitieron lineamientos para el expendio de alimentos y bebidas en establecimientos de consumo escolar de educación básica y la disminución de anuncios televisivos que fomentan el consumo de bebidas y alimentos azucarados tras la inclusión del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Barquera et al, 2013). Tomando estas acciones a consideración debemos enfrentar el hecho de que no hay evidencia que muestre que los problemas de sobrepeso y obesidad desaparecen aumentando el precio de las bebidas azucaradas ni aumentando los impuestos a alimentos de este tipo, son más bien con las acciones que tome cada individuo y cada familia en respecto a su salud lo que puede generar un cambio positivo, para el caso particular de la pérdida de peso debemos tomar a consideración las emociones del individuo ya que estas tienen una función regulatoria en la desinhibición y/o restricción alimenticia, además los sujetos obesos suelen presentar dificultades para identificar sus emociones, lo que puede ocasionar un consumo desmedido de alimentos altos en calorías (Lacunza et al, 2015).

Las condiciones de abandono y maltrato infantil también están relacionadas con la obesidad. Adultos que reportan haber sufrido esta clase de abusos tienen mayor riesgo de poseer esta enfermedad (Villar et al, 2020) además, el estrés está asociado con estilos de vida relacionados a la predisposición al sobre peso el sedentarismo, la ingesta excesiva de alcohol y otras sustancias, así como el

consumo desmedido de alimentos (Salazar et al., 2016). La historia personal también tiende a relacionarse con las causas de la obesidad, el pasar por eventos traumáticos puede desencadenar síntomas que se asocian a esta, como los atracones e ingerir alimentos en secreto (Eknoyan, 2006).

Lo anterior nos hace considerar que cuando se habla sobre intervenciones para la pérdida de peso se debe considerar que estas sean acompañadas de tratamiento psicológico, esto además de ayudar a mantener los efectos de la intervención a largo plazo, además de atender de manera directa la parte psicológica involucrada en el fenómeno.

Con el tiempo se genera más investigación sobre los efectos de la hipnosis en pérdida de peso, uno de los primeros estudios presenta un programa llevado a cabo en 1985 el cual consistió en un estudio a largo alcance donde participaron 109 personas con terapia de Cambio de Conducta (CC) y a la mitad de estos sujetos se dio además hipnoterapia, a final de 9 semanas todos los participantes presentaron una pérdida de peso significativa, sin embargo al cabo de un periodo de 8 meses a 2 años en entrevistas posteriores los sujetos que recibieron hipnoterapia presentaron pérdida de peso adicional en comparación a los que solo recibieron CC (Bolocofsky et al, 1985).

En general la mayoría de los artículos de investigación publicados indican éxito sobre intervenciones con hipnosis en personas que intentan perder peso además de que las personas siguen perdiendo peso después de la intervención y lo mantienen cuando llegan a un peso ideal (Milling, 2018).

Un estudio de metaanálisis publicado por Roslim en 2020 Concluye en que las intervenciones con hipnosis son seguras y confiables para obtener resultados beneficios en intervenciones para perder peso, sin embargo, señala que

algunas debilidades metodológicas deben tenerse en cuenta en futuros estudios para tener conclusiones concretas. Algunas dificultades concretas en la retención de los participantes por falta de motivación y compromiso además de debilidades metodológicas como muestras pequeñas o muestras integradas únicamente por pacientes de un hospital en lugar de reclutadas y seleccionadas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el efecto de la hipnosis activa-alerta con el plan dietético y ejercicio físico en la auto-eficacia, estrés, ansiedad, depresión, perfil de vida y las mediciones antropométricas en un grupo de personas con sobrepeso-obesidad en comparación con un grupo control con el mismo plan dietético y ejercicio físico, pero sin la intervención de hipnosis activa-alerta.

## ***OBJETIVOS ESPECÍFICOS:***

1. Analizar los datos psicométricos y antropométricos de los participantes por medio de las pruebas psicométricos y toma de medidas.
2. Comparar los datos psicométricos y antropométricos de manera intra grupal con los datos iniciales y finales
3. comparar los datos psicométricos y antropométricos finales de manera intergrupala.

## **HIPÓTESIS**

La intervención de hipnosis activa-alerta con el plan de reducción calórica y ejercicios reducirá en mayor medida el peso de las personas que se inscribieron al programa de reducción calórica y ejercicios.

## **LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

### ***Limitaciones:***

- Muestreo por conveniencia.
- Alto grado de mortalidad.
- Deseabilidad social.

### ***Delimitaciones:***

- Solo pudieron participar personas residentes de Monterrey y área metropolitana.
- Participaron solamente personas que no presentaban enfermedades cardíacas u otras enfermedades crónicas que pudieran ponerlos en riesgo al realizar actividad física extenuante.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### ***SOBREPESO Y OBESIDAD***

La organización mundial de la salud (OMS) 2018 define la obesidad y el sobrepeso como la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede poner en riesgo la salud de las personas.

La revolución neolítica es el evento más importante en la historia de la humanidad, fue en este periodo donde se abandonó el estilo de vida donde la cacería y la recolección eran actividades primordiales para la supervivencia y estas fueron sustituidas por la ganadería y la agronomía. Los primeros hallazgos de figuras obesas en la humanidad corresponden a una figura femenina con exceso de volumen en conocida como la venus de Willendorf, se trata de una pequeña estatuilla de piedra de una antigüedad aproximada a los 25,000 años se cree que esta simbolizaba la fertilidad. La obesidad no fue vista como algo negativo si no hasta muchos años delante y los primeros registros sanitarios de sus consecuencias fueron traídos a nosotros por Hipócrates quien señaló que la muerte súbita se presentaba más seguido en individuos obesos que en delgados y además causaba infertilidad en las mujeres y una disminución en su menstruación (Foz, 2004).

La causa fundamental de la obesidad en individuos es un desbalance entre el consumo calórico y la cantidad de energía utilizada, sin embargo, en la mayoría

de las intervenciones donde solo se recomienda el incremento de la actividad física y la reducción de consumo calórico los resultados no se mantienen al largo plazo; (Kheniser et al, 2021) así mismo en los primeros estudios sobre la obesidad se apuntaba el origen del problema a la irresponsabilidad de las personas para cuidar su salud, sin embargo en la actualidad debemos considerar el contexto sociocultural en el que esta enfermedad se ha desarrollado, la falta de educación para no caer en campañas de publicidad de alimentos chatarra y la falta de soporte social puede propiciar el fracaso al intentar perder peso.

Para finales del siglo XX conforme los estigmas sociales y culturales pudieron ser dejados atrás, el conocimiento sobre la regulación de peso, sus relaciones con la genética y la necesidad que el cuerpo humano tiene de almacenar cierta cantidad de grasa, alentó a que los profesionales de las Ciencias de la salud tuvieron una visión más amplia del problema y tomarán cartas en el asunto más allá de campañas de prevención (Falcon, 2000).

En México el problema de la obesidad ya no puede ser algo que se reduzca a los esfuerzos personales de cada individuo si no un reto para quienes diseñen las futuras políticas de atención a la obesidad desde el manejo que se de en medios de comunicación sobre la prevención y el tratamiento, como el destinar recursos públicos para tratar con esta problemática (Sánchez-Castillo, 2004).

El problema de la obesidad no es exclusivo de México o Estados Unidos, muchos medios de comunicación apuntan a estos dos países por ser los primeros en las listas, pero este problema de salud se encuentra presente en varias culturas y países, uno de estos Reino Unido donde una investigación señaló la reacción de la comunidad médica y de otros profesionales de la salud sobre el fallecimiento de una niña de tres años con un peso aproximado de 40

kilos, este suceso, levanto la vista de muchos y puntualizo el acercamiento ético de la medicina a la atención de la prevención de la obesidad con un punto de vista centrado en la ética (De Vries, 2007).

Al hablar sobre el IMC como el indicador para el sobrepeso y obesidad debemos considerar que el tener un índice alto ( $IMC \geq 25$ ) no es solo considerado como una desviación de una norma estadística de normo peso ya que, por lo general, presentar sobrepeso u obesidad se ve ligado a la disminución en la percepción de parámetros funcionales del individuo y puede considerarse como una condición preclínica (Kottow, 2016).

La razón por la que actualmente se considera a la obesidad como una enfermedad crónica es por las alteraciones biológicas que ocasiona al organismo. La homeostasis de una persona con obesidad altera la manera en la que el organismo pierde peso de manera natural y puede provocar que se gane más peso progresivamente. (Jung, 1997).

Al tratar a un paciente con obesidad se debe tener una visión completa de la problemática, las causas de la prevalencia del sobrepeso van más allá del consumo y gasto calórico; La adherencia al tratamiento, las restricciones de tiempo disponible para ejercitarse y el abuso de alcohol y otras sustancias pueden verse relacionadas con la dificultad para perder peso. (Rivera-Dommarco et al, 2021). La psicología tiene hoy las herramientas para cambiar las conductas ligadas a la sobreingesta además de tratar los malestares emocionales relacionados a la obesidad. (Baile et al, 2020).

## **HIPNOSIS E HIPNOSIS ACTIVA-ALERTA**

Herramientas de sugestión e imaginación guiada fueron usadas desde hace siglos por Franz Anton Mesmer, con su método conocido en la época como “mesmerismo” o magnetismo animal, buscaba “reubicar” los fluidos del cuerpo enfermo con las manos para tratar la enfermedad si bien este método estaba basado en preceptos biológicos que nunca fueron confirmados sus efectos en las personas eran notorios y con el paso de los años se desmitificaron las propiedades del método para dar uso al término de la hipnosis para esta clase de tratamientos. Tras estos sucesos la hipnosis retoma fama en Inglaterra al ser usada como método “humanitario” en intervenciones quirúrgicas en pacientes para atenuar el dolor ya que en ese entonces la anestesia no era utilizada en el siglo XIX. (Téllez, 2007).

Es fácil encontrar artículos y capítulos de libros que defienden el uso de la hipnosis debido a su efectividad, se ha demostrado que es una herramienta útil para el tratamiento de la enuresis, de los trastornos inmunológicos, la hipertensión arterial, para la disminución de los síntomas de la fibromialgia y con trastornos de colon irritable (Cabrera, 2013)

La hipnosis clínica juega un papel esencial en el cambio de conducta interior y exterior gracias a la capacidad del ser humano de aprender y aprender a regular y modelar sus pensamientos, sus sentimientos y su conducta, como método terapéutico la hipnosis va más allá de contrarrestar síntomas indeseables en pacientes si no que al interactuar con procesos inconscientes puede ayudar a combatir algunas enfermedades. (Mena, 2004),

La hipnosis como un estado natural de conciencia que involucra una atención enfocada y una reducción de la conciencia periférica (Elkins et al., 2015). En dicho estado el sujeto puede ampliar la capacidad de este para ser susceptible

a sugerencias realizadas por el terapeuta, esta ha sido una herramienta ampliamente usada para complementar terapias cognitivas conductuales y les ha permitido a personas con obesidad cambiar su comportamiento en base a cambios en imagen corporal distorsionada y ansiedad (Volery et al, 2015).

Artículos de metaanálisis indican que en ocasiones las investigaciones que incluyen técnicas de hipnosis tienen fundamentos teóricos y técnicos poco claros o bien son muy distintos unos de otros, sin embargo, varias revisiones de literatura sugieren que puede ser eficaz en complemento a intervenciones médicas (Carlson, 2018).

Los primeros estudios publicados sobre hipnosis activa-alerta utilizaron un método que requería de una bicicleta estacionaria para llevar a cabo movimientos corporales mientras se inducía en trance hipnótico, sin embargo, estudios contemporáneos adaptaron técnicas conocidas como mano alerta, las cuales requieren de movimientos simples que no requieren de equipo extra. Las virtudes del método pueden no ser aplicables para todos los sujetos sin embargo presenta una opción diferente para la hipnoterapia sobre todo para pacientes que tengan dificultades para entrar en un estado de relajación (Carden, 1998).

Para algunos las sugerencias hipnóticas se entienden como sugerencias normales que se ven aumentadas por las expectativas propias de la hipnosis y el contexto donde esta se practica, sin embargo, factores como influencia social no se encuentran relacionados con la capacidad de responder a sugerencias hipnóticas (Tasso, 2004).

Las sugerencias utilizadas en la actualidad en hipnosis activa-alerta requieren de movimientos ligeros y fáciles de ejecutar, algunas técnicas aplicadas a finales del siglo pasado requerían, por ejemplo, de una bicicleta estacionaria, lo

que limitaba la aplicación de esta a personas que tuvieran limitaciones físicas o de salud para llevar a cabo el ejercicio, el método utilizado en este proyecto requiere únicamente de movimientos ligeros de las manos y brazos de los participantes, lo que abre la puerta a un mayor número de personas a participar en la sesión (Carden, 1998).

La regulación mente cuerpo es un componente esencial para lograr cumplir los lineamientos de la dieta a aplicarse para la pérdida de peso, la hipnosis activa-alerta es una importante herramienta para la coordinación mente cuerpo, esta usa la sugestión terapéutica para cultivar la imaginación llevando a cabo así al paciente a una mejoría física y emocional (Sawni y Breuner, 2017).

En hipnosis activa-alerta se toma a consideración la importancia de la experiencia subjetiva del paciente, el provocar sensaciones mediante sugestiones hipnóticas como la sensación de peso de unas mancuernas imaginarias puede ayudar a que otras sugestiones con objetivos terapéuticos también tengan efecto en la vida del paciente (Alarcón et al, 2005).

La hipnosis activa-alerta toma en cuenta elementos para su aplicación que se encuentran de manera natural en el estado de trance, no se necesita estar completamente relajado ni mantener los ojos cerrados para entrar en un estado hipnótico, por ejemplo, al caminar por calles que conocemos desde hace tiempo, conducir por una ruta predeterminada o hacer otras actividades diarias muchas veces podemos sentir que estas fueron realizadas de manera automática, la hipnosis activa permite además que las personas lleven a cabo un proceso de auto hipnosis en donde no es necesario cerrar los ojos dando la oportunidad de que las sugestiones se den en un ambiente que no perturbe sus actividades diarias, además de evitar síntomas que algunas personas

experimentan como regresiones, alucinaciones o catalepsias (Capafons, 1999).

Las metas y los objetivos por lo general se encuentran planteados a priori por los pacientes que buscan hipnoterapia sin embargo para lograrlos pueden imponerse varias barreras, la hipnosis activa-alerta ayuda en estos casos a reestructurar el pensamiento y a aprender con mayor facilidad habilidades que llevan al cumplimiento de metas (Cracium y Szatmari, 2006).

A la vez no todas las metas u objetivos que las personas se proponen dependen de la mente consciente, hay un gran número de factores sociales y ambientales que pueden alterar de manera natural la conducta de las personas para cumplir algún objetivo. Por ejemplo, un ambiente laboral saludable y donde los trabajadores cumplan sus metas de manera habitual puede provocar que sus compañeros tengan un mejor desempeño. (Custers y Aarts, 2010).

En un reporte de caso de 2006 Wark señala la utilidad de las inducciones de hipnosis activa-alerta para el cumplimiento de metas y lidiar con problemas de ansiedad, además de establecer que las diferencias con la hipnosis tradicional recaen en la inducción hipnótica que en si misma es una sugestión formalizada cuyo origen remonta al pasado donde la hipnosis era más parecida a un ritual.

El entrenamiento funcional por imágenes y la memoria prospectiva son técnicas incluidas en nuestra intervención que han demostrado su eficacia para reducir el habito de tomar refrigerios entre comidas (Andrade et al, 2016) y una relación en general con el cumplimiento de metas (Gordillo et al, 2010)

## ***ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESION.***

El estrés puede provocar que algunas personas busquen maneras poco convencionales de calmar sus emociones, siendo la sobre ingesta una de las maneras de regular a las mismas, así como la dificultad que algunas personas tienen para etiquetarlas (López-Alonzo, 2016). Se ha demostrado además que las personas que intentan bajar de peso sufren de mayores dificultades emocionales y afectivas que las personas con peso normal, la dificultad está centrada en la habilidad para regular las emociones, lo que se asocia a síntomas depresivos, atracones de comida y en general un estado de ánimo bajo lo que suprime las posibilidades de estas personas para intentar bajar de peso de manera efectiva (Andrei et al, 2018).

El estrés psicosocial, es otra variable que se ha relacionado con el desarrollo y prevalencia de la obesidad, en un estudio de metaanálisis, estudios longitudinales de personas que habían experimentado eventos estresantes se encontró que el estrés psicosocial promueve el aumento de peso, aunque con un tamaño de efecto modesto (Wardle et al, 2011).

Los efectos más estudiados del estrés, son los cambios fisiológicos que desencadena en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, liberando cortisol, el cual altera el metabolismo y produce un aumento de la glucosa, la cual al no ser utilizada se deposita en forma de grasa, además el estrés puede alterar los patrones de actividad disminuyendo la actividad física y alterando los patrones de sueño provocando alteraciones en la producción de hormonas bioquímicas y péptidos como la leptina y la ghrelina, además el estrés psicosocial interfiere con los procesos cognitivos de autorregulación necesaria en el consumo de alimentos (Puterman et al, 2019).

Se ha sugerido una relación bidireccional entre la ansiedad y la depresión como factores para desarrollar formas más graves de obesidad y la obesidad como



desencadenante de la ansiedad y la depresión (Freire et al, 2021).

Manzoni et al (2009) señalan que las personas obesas que padecen ansiedad o depresión muestran un mayor riesgo a subir de peso debido a un aumento del apetito que induce el aumento de la frecuencia o cantidad de ingestas, y hace énfasis en el papel de la autoeficacia para el control del consumo de alimentos, por lo que aplicó una intervención basada en la relajación apoyada con realidad virtual para modificar el consumo emocional de alimentos, mejorar los estados de ansiedad y depresión, y aumentar la autoeficacia percibida, encontrando resultados positivos y argumentando que el entrenamiento en relajación mejora los recursos cognitivos y conductuales, es decir, las habilidades de relajación y la autoeficacia percibida, y que estas mejorías afectan positivamente las estrategias de afrontamiento disminuyendo la necesidad de comer como una forma de afrontar emociones negativas.

En un estudio con población de mujeres mexicanas con obesidad, Silva, Fernández y Rodríguez (2020) también encontraron que mayores niveles de ansiedad y depresión se asociaron con una menor eficacia percibida para realizar acciones para bajar de peso como controlar la ingesta de alimentos, iniciar y mantener la actividad física y regular la compra de alimentos saludables.

## ***PERFIL DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE***

El concepto de estilo de vida promotor de la salud fue usado por primera vez en 1990 por Pender et al, este hace referencia al conjunto de hábitos y patrones conductuales que guardan una relación con la salud, el bienestar y el desarrollo humano.

Se ha comprobado que en algunas personas existe una fuerte relación entre sus emociones y su ingesta calórica son conocidos los testimonios de personas que ante una crisis emocional como terminar una relación de pareja, ansiedad provocada por compromisos escolares o laborales entre otras, puede provocar que las personas descuiden su dieta regular e ingieran altas cantidades de alimentos azucarados como chocolates, helados y alimentos altos en grasas saturadas como frituras de harina de trigo o maíz, comida callejera entre otras (Garaulet, 2012).

La sobre ingesta de alimentos es una de las maneras de combatir situaciones estresantes lo que provoca una ganancia de peso cada vez mayor, la falta de autonomía e independencia o almenos la incapacidad de percibir esta misma también está asociada con hábitos alimenticios deficientes (Salafia, 2015).

La presión social por los ajustados estándares de imagen corporal entran en conflicto con el estilo de vida moderno en el cual la falta de tiempo y atención para cuidar algunos aspectos de salud a todos los sectores de la población, uno de los grupos más afectados son los universitarios entre los cuales es bastante común saltar comidas o buscar cualquier cosa entre clases para no pasar hambre (Saldaña, 2013).

En este sentido el estudio de los efectos sociales que tiene la obesidad en la actualidad nos da herramientas para explorar el impacto que tiene en situaciones relacionadas a la discriminación, marginación y aislamiento, lo cual ocasiona en los sujetos con obesidad problemas de salud emocional como baja autoestima, imagen corporal negativa y riesgo suicida (Cañoles, 2015).

El control de peso incluye los hábitos alimenticios en los que influyen estímulos externos que controlan la ingesta como la hora del día, el aspecto, el sabor y olor de la comida (Landeros-Olvera et al, 2007), sin embargo el someterse a una dieta y afrontar las consecuencias de tener malos hábitos alimenticios puede ser una labor extenuante para algunas personas el optimismo se encuentra relacionado con estrategias de afrontamiento activas como la resolución de problemas este puede ser una herramienta útil para las personas que intentan perder peso (Martínez-Correa, 2006).

Datos a nivel mundial muestran que las dietas no saludables y la falta de actividad física son los principales factores de riesgo para la salud. La alimentación saludable tiene beneficios a largo plazo, entre ellos reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad, y de adquirir enfermedades no transmisibles (OMS, 2018).

La actividad física como componente de un estilo de vida saludable entre otros beneficios a la salud y manejo apropiado del peso disminuye el riesgo de padecer enfermedad coronaria (Winzer, 2018), se entiende a la nutrición es el proceso en el cual el cuerpo toma y consume alimentos que necesita para mantenerse esta engloba el conocimiento, la selección y el consumo de alimentos esenciales para la salud y el bienestar, para lograr esto la población debería apegarse a las dietas saludables recomendadas por servicios de salud pública (Cederholm, 2017).

## **AUTOEFICACIA**

La autoeficacia es un proceso cognitivo definido como la confianza o convicción que las personas poseen de poder desarrollar una determinada acción o conducta en particular, afrontar o manipular situaciones específicas (Bandura, 1984). Con referencia al estilo de vida, la autoeficacia puede dirigirse a metas como dejar de fumar, beber alcohol, ponerse a dieta o practicar ejercicio, entre otras (Bandura, 1986). Las expectativas de resultado para lograr el estilo de vida deseado dependen de la percepción de las propias capacidades; por tanto, una persona puede elegir metas difíciles para una actividad o conducta si su autoeficacia es alta, demostrando más empeño y persistencia. Por el contrario, las personas con autoeficacia baja pueden aparecer como inseguras para realizar cierta conducta en base a experiencias previas de fracaso.

La autoeficacia tiene varios puntos de origen en las personas, uno de ellos es la capacidad de interpretar y adaptarse a estados psicológicos, físicos y afectivos que pueden cambiar en base a los objetivos o problemáticas que se presenten (Mihalko, 2019).

Además la autoeficacia presenta una relación con conductas generales de salud y específicas como ejercicio, control de estrés y dolor, adaptar conductas saludables ha demostrado tener un amplio grado de dificultad entre las personas, desde la higiene del sueño, la dieta balanceada y el ejercicio hasta el tomar sus medicamentos en tiempo y forma cuando estos son necesarios son conductas que algunas personas no pueden llevar a cabo, sin embargo en la dimensión de autoeficacia se encuentra relación entre tener un manejo de esta y presentar conductas saludables, si nos basamos en la relación que tiene la autoeficacia con la motivación y el aprendizaje podemos estimular de manera positiva la percepción que tienen las personas hacia su condición de salud o enfermedad según el caso (Olivari, 2007).

El término en inglés “self defeating eaters” es constantemente mencionado en investigaciones de toda índole psicológica relacionadas con el sobrepeso y la obesidad por tratarse de una conducta de autosabotaje la efectividad que ha tenido la hipnosis en contrarrestar los efectos de esta han sido significativos, además del tratamiento para otros trastornos alimenticios como anorexia y bulimia, se menciona que la combinación de terapia cognitivo conductual con hipnosis presenta mejores resultados en beneficio de la supresión de estas conductas alimenticias (Hutchinson-Phillips 2005).

Uno de los factores determinantes para una sobre ingesta de alimentos que desencadena sobrepeso y obesidad son el mal manejo emocional (Sánchez, 2012). La obesidad a diferencia de otros trastornos o problemas de salud es visible y tal como se ha señalado en el texto esta conlleva una gran carga de discriminación social donde quienes la padecen son constantemente juzgados por su apariencia, muchas de las personas que han intentado perder peso vuelven a ganarlo en poco tiempo y esto ha sido juzgado por muchos profesionales de la salud sin una visión apropiada de la enfermedad como una falta de motivación o autocontrol por parte de los pacientes, aun con toda esta carga emocional las personas con índices de autoeficacia altos pueden manejar sus sentimientos y comprometerse en programas de ejercicio y dieta que puedan ser funcionales para la pérdida de peso (Ulloa, 2013).

La autoeficacia también se ha mostrado como predictor de las conductas saludables como la realización de ejercicio a largo plazo, por lo que es de vital importancia su fortalecimiento a la hora de implementar estrategias para el logro de objetivos en la pérdida de peso y la ejecución de hábitos alimenticios saludables a largo plazo (Martin et al, 2004 Prensell et al 2008).

Si pudiéramos estimular de manera positiva los niveles de autoeficacia de las personas mediante intervenciones psicológicas podríamos observar resultados positivos en sus conductas de salud en general esto se explorará en el

siguiente apartado el uso de la herramienta de hipnosis puede servir como un entrenador motivacional que puede alterar creencias y comportamientos (Pereira, 2017).

## ***RESUMEN***

De acuerdo a la investigación bibliográfica realizada para esta tesis podemos llegar a concluir que la obesidad es un problema de salud con un amplio grado de comorbilidad enfermedades fisiológicas y condiciones psicológicas negativas muchos autores mencionan que la dieta adecuada para el ser humano es aquella que puede relacionarse con la alimentación que tenían nuestros ancestros que apenas se adaptaban al sedentarismo sin embargo esta información no se encuentra al alcance de la sociedad en general, sin embargo las cadenas de comida rápida internacionales comida callejera y comida procesada o empaquetada tienen los medios de comunicación a tope con su constante publicidad, esto provoca un condicionamiento social a buscar soluciones rápidas para la alimentación que no son siempre la opción más saludable. En atención a las variables psicológicas que se estudian en este caso consideramos que un enfoque multidisciplinario es el más adecuado para combatir la obesidad y el sobrepeso ya que según la evidencia que hemos encontrado este problema de salud tiene afecciones que le competen a psicólogos, nutriólogos y médicos por igual, y los resultados de investigaciones que incluyen tratamientos conjuntos tienen mejores resultados.

Las semejanzas del estado hipnótico con el dormir pueden considerarse como un efecto secundario más que como una cualidad inherente a la hipnosis, el aumento de la actividad puede utilizarse también para inducir un trance hipnótico, el experimentar la sensación de mayor autocontrol va en concordancia con objetivos terapéuticos como autodeterminación, desarrollo de salud física y mental y control interno.

## **CAPITULO III**

### ***METODO***

#### **Diseño de la investigación:**

El modelo de este estudio fue experimental. Es un diseño experimental porque el investigador decidió la frecuencia, intensidad y la duración de la maniobra con grupo de intervención y se compara con el grupo control. Con dos grupos realizando medidas pre-test post-test.

#### ***Participantes.***

Para este estudio participaron cinco personas (4 mujeres 1 hombre) con un IMC mayor a 25 con un rango de entre 27 y 39 años, se conformaron en dos grupos de forma aleatoria donde dos personas formaron parte del grupo control y tres personas el grupo de intervención.

#### ***Criterios de inclusión y exclusión***

Para el proyecto se dio acceso a hombres y mujeres de 20 a 50 años con un IMC entre 25 y 50, se avisó a los participantes sobre el estudio mediante redes sociales y volantes distribuidos en el área de la salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se repartieron los grupos de manera aleatoria mediante un sorteo.

***Criterios de inclusión:*** Participaron las personas quienes confirmaron en el cuestionario de Pre-participación del ACSM (American College of Sports

Medicine) no presentar ninguno de los factores que pusiera en riesgo su salud, una valoración cardiovascular y tener la capacidad de asistir a las instalaciones de la sala de psicomotricidad de Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) para realizar los ejercicios, sesiones de hipnosis activa-alerta y mediciones.

***Criterios de exclusión:*** El consumo de psicofármacos antipsicóticos y otros medicamentos que afecten el estado de conciencia de las personas en el último mes, así como tener enfermedades crónicas que afecten directamente su peso o metabolismo y tener un IMC igual o mayor a 50 descartaron la participación de las personas en este programa, no presentar una asistencia mínima del 80% también descarto participantes para esta intervención.

## ***APARATOS E INSTRUMENTOS***

Para la medición de variables psicológicas se utilizaron:

- Perfil de estilo de vida saludable versión en español desarrollada por Walker et al (1990) dicho instrumento está integrado por 52 ítems estructurados en seis dimensiones: nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y responsabilidad de la salud. Cada una de estas dimensiones agrupa preguntas que se encuentran mezcladas a fin de favorecer la veracidad de las respuestas. Cada uno de los ítems presenta cuatro opciones posibles de respuesta organizadas con una escala de tipo Likert que valora el grado de acuerdo con las afirmaciones que se recogen en estos ítems.



- Inventario de auto-eficacia percibida para el control de peso (AP-CP) estandarizado a población mexicana por Landeros-Olvera (2015) es un instrumento cuyo objetivo es calificar el grado de auto-eficacia en tres áreas: dieta, ejercicio y actividad física, las tres áreas de auto-eficacia son calificadas en un total de 37 reactivos los cuales han sido diseñados para ser contestados bajo un formato tipo Likert que va desde 1= Incapaz de poder hacerlo hasta 4= Seguro de poder hacerlo. El valor máximo corresponde a 148 puntos y el mínimo a 37. Para los tres dominios, entre mayor sea el puntaje, mayor será la auto-eficacia percibida. La construcción del inventario se realizó en población universitaria mexicana y mostró coeficientes Alpha de Cronbach de 0.92 a 0.96.
- Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Lovibond y Lovibond (1995) desarrollaron este instrumento en un inicio con 42 reactivos, con el propósito de medir la severidad y la alteración de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente Anthony et al. (1998) desarrollaron una versión reducida, compuesta por 21 preguntas con alta consistencia interna, alpha de Cronbach desde 0.87 a 0.94 para los dominios y adecuada validez. En DASS-21 a cada dominio pertenecen siete preguntas: depresión, ansiedad y estrés.

Para la medición de variables antropométricas:

- Las mediciones de antropometría fueron realizadas en un centro de investigación donde se veló por la privacidad de los participantes, el IMC se obtuvo mediante una báscula de impedancia bioeléctrica a la cual se ingresa la estatura y peso de los participantes.

## **PROCEDIMIENTO**

El grupo experimental recibió una intervención con hipnosis activa-alerta, ejercicio y control dietético durante diez semanas, tres veces por semana, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. Durante las sesiones de hipnosis activa-alerta se brindaron sugerencias a los participantes dirigidas a mejorar la autoeficacia, autoestima, competencia para lograr hábitos saludables (ejercicio y alimentación) y el logro de metas con una duración de 30 minutos por sesión. Además, el grupo recibió un plan dietético de reducción calórica y una rutina de ejercicio físico de 40 a 60 minutos por sesión.

El grupo control se manejó con plan de reducción calórico y un plan de ejercicios únicamente.

### **Recolección de Datos:**

Para la recolección de datos sobre los participantes se les cito en horarios acordados con cada uno para dar información en detalle sobre la prueba y dar a contestar un formato de auto entrevista donde se proporcionaron datos que descartan que puedan ser excluidos del experimento después de esto fue utilizada la báscula de impedancia bioeléctrica para registrar por separado los datos de peso e IMC al no presentar un puntaje mayor a 50 en esta escala se les proporcionaron los cuestionarios de las pruebas: Perfil de vida saludable, AP-CP y DASS-21, y después de contestar las escalas los sujetos eligieron el horario más conveniente para ellos entre las opciones matutino o vespertino y por último se les dio a elegir un sobre cerrado donde se eligió al azar el grupo al que pertenecerían siendo estos el experimental y control.

Durante las sesiones los grupos asistieron en horarios diferentes con la intención de no causar sesgos de efectividad entre los que no recibían las sesiones de hipnosis activa-alerta. Ambos grupos recibieron un curso de ejercicios mediante videos de entre 40 y 60 minutos pregrabados con apoyo de la Facultad de Organización Deportiva (FOD) de la UANL, de intensidad moderada sin uso de peso adicional que fue diferente y con mayor complejidad en cada sesión.

Al terminar la sesión de ejercicios el grupo experimental permanecía en el espacio donde estos se realizaban para escuchar a una sesión pregrabada de hipnosis activa-alerta con el apoyo de equipo de audio y video para visualizar una imagen estática mientras se escuchaba el guion de hipnosis que contiene sugerencias dirigidas a mejorar la autoeficacia, autoestima, competencia para lograr hábitos saludables (ejercicio y alimentación) y el logro de metas con una duración de 30 minutos por sesión. Además, el grupo recibió un plan dietético de reducción calórica.

Ambos grupos contestaron las pruebas psicométricas y sus medidas fueron tomadas después de terminar sus últimas sesiones respectivamente.

### **Análisis de Datos:**

Debido a la naturaleza de la muestra el uso de pruebas para la comparación de hipótesis nula se ha descartado, en muestras con pocos datos es preferible aplicar las pruebas a más sujetos para que se puedan utilizar pruebas paramétricas ya que por lo general se tiene a una distribución normal de forma natural, en este caso utilizaremos la desviación estándar como dato sobre la dispersión de los puntajes. (Gómez-Biedma, 2001) con la intención de hacer un análisis clínico de cada uno de los participantes para utilizar los datos de esta intervención como un programa piloto para una intervención futura se utilizó un análisis de comparación con los puntajes de Puntaje de cambio que facilita la

interpretación de los datos por contemplar las medidas iniciales de cada sujeto comparándolas con las obtenidas al finalizar la intervención,

Con la intención de hacer un análisis clínico de los grupos control y experimental para utilizar los datos de esta intervención como un programa piloto se utilizó un análisis de comparación con los puntajes de cambio que facilita la interpretación de los datos tomando en cuenta las medidas iniciales de cada sujeto y comparándolas con las obtenidas al finalizar la intervención, además se utilizó la  $d$  de Cohen para determinar el tamaño del efecto para muestras independientes para comparar los puntajes entre los grupos control y experimental y el tamaño de efecto para muestras relacionadas para detectar el efecto de la intervención de manera intragrupo. (Ledesma et al, 2008; Téllez et al, 2015).

Los valores del tamaño de efecto se entienden como la magnitud de impacto de una variable independiente sobre una dependiente que puede ser expresada como una fuerza de asociación entre ambas variables o Tamaño de Efecto (TE) (Rosenthal, 1994). Cohen (1992) estableció que un tamaño de efecto de  $d = .19$  o menos representa un efecto trivial o no efecto,  $d = .20$  representa un efecto pequeño, una  $d = .50$  efecto mediano y una  $d \geq 0.80$  o representa efecto grande.

Debido a la naturaleza de la muestra el uso de pruebas para la comparación de hipótesis nula se ha descartado, en muestras con pocos datos es preferible aplicar las pruebas a más sujetos para que se puedan utilizar pruebas paramétricas ya que por lo general se tiene a una distribución normal de forma natural, en este caso se utilizó la desviación estándar como dato sobre la dispersión de los puntajes. (Gómez-Biedma, 2001).

## **CAPITULO IV**

### ***RESULTADOS***

#### **Medidas antropométricas**

El grupo experimental se cambió la redacción en el método registró una media de pérdida de peso de 3.4 kgs ( $DE= 1.41$ ) al terminar la intervención de dieta y ejercicio, mientras el grupo control tuvo una reducción de peso promedio de 2.15 kgs ( $DE= 6.78$ ). Utilizando el tamaño del efecto de  $d$  de Cohen para muestras relacionadas observamos que el grupo experimental presenta un tamaño de efecto grande al igual que el grupo control con  $d= 2.576$  y  $d= 2.363$  respectivamente. Las medidas de IMC y peso por participante también se muestran en las tablas 1 y 2.

## Índice de Masa Corporal

Como se puede observar en la tabla 1 no hubo una reducción en las medidas de IMC en ambos grupos, en la evaluación antes y después intervención. Pero cuando se compararon ambos grupos, el experimental tuvo una reducción en el IMC de 1.2 comparado con 0.9 del grupo control, esto tuvo un tamaño del efecto grande de  $d= 0.9$  a favor del grupo experimental.

**Tabla 1.** Se muestra el IMC inicial y final en ambos grupos.

Sujetos	IMC inicial	IMC final	Puntaje de cambio	Media de puntaje de cambio	$d$ de Cohen para muestras relacionadas	$d$ de cohen para muestras independientes
GE S1	46.1	44.3	-1.8	1.2	0.112	-0.932
GE S2	49.5	48.7	-0.8			
GE S3	32.4	31.3	-1.1			
GC S4	29.5	28.4	-1.1	<u>0.9</u>	<u>0.397</u>	
GC S5	26.1	25.4	-0.7			

*GE\* Grupo Experimental GC\* Grupo Control S#\* Sujeto#*

La tabla 2 muestra que el peso en kilogramos de los participantes tuvo una reducción grande en ambos grupos con un tamaño de efecto grande. Cuando se comparan ambos grupos se muestra una reducción mayor en el grupo experimental con un tamaño de efecto grande.

**Tabla 2.** Se muestra el peso en kilogramos inicial y final en ambos grupos.

Sujetos	Peso inicial kilogramos	Peso final kilogramos	Puntaje de cambio	Media de puntaje de cambio	d de Cohen para muestras relacionadas	d de cohen para muestras independientes
GE S1	110	108.1	-1.9	-3.4	2.576	1.039
GE S2	115	110.6	-4.4			
GE S3	112.1	108.2	-3.9			
GC S4	72.7	69.9	-2.8	-2.15	2.363	
GC S5	61.8	60.3	-1.5			

GE\* Grupo Experimental GC\* Grupo Control S#\* Sujeto#

### **DASS-21**

En el análisis de la variable de estrés en el DASS-21 se observa que en el grupo control hubo un incremento en los puntajes mientras que el grupo experimental se mantuvo sin cambio. Pero cuando se comparan ambos grupos se encuentra un tamaño del efecto mediano a favor del grupo experimental, ya que el grupo control reportó un mayor grado de estrés en comparación al grupo experimental en el cual no hubo cambio.

**Tabla 3.** Se muestran los puntajes del apartado de estrés de la prueba dass-21 en ambos grupos

GRUPO	Estrés primera aplicación (DE)	Estrés segunda aplicación (DE)	Puntaje de cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	15.6 (6.4)	15.6 (3.7)	0	0	-.679
Control	16.5 (2.1)	18.5 (4.9)	2	0.709	

En el análisis de la variable de depresión del DASS-21, contrario a los esperados, hubo una disminución mayor en los niveles de depresión en el grupo control, tanto en la comparación antes-después como en la comparación en ambos grupos (tabla 4).

**Tabla 4.** Se muestran los puntajes del apartado de depresión de la prueba dass-21 en ambos grupos

GRUPO	Depresión primera aplicación (DE)	Depresión segunda aplicación (DE)	Puntaje de cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	9.6 (2.08)	9.3 (3.21)	-0.3	0.289	1.136
Control	10 (1.41)	8.5 (2.12)	-1.5	2.121	

Para el análisis de la variable de ansiedad del DASS-21 encontramos una disminución mayor en el grupo control con un tamaño de efecto mediano en el mismo y un tamaño de efecto pequeño para el grupo experimental sin embargo al comparar las diferencias entre ambos grupos presentan un tamaño de efecto entre pequeño y mediano  $d = .371$



**Tabla 5.** Se muestran los puntajes del apartado de ansiedad de la prueba dass-21 en ambos grupos

GRUPO	Ansiedad primera aplicación (DE)	Ansiedad segunda aplicación (DE)	Puntaje de cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	13 (7.2)	12.3 (5.7)	-0.7	0.288	0.371
Control	12 (2.8)	10.5 (4.9)	-1.5	0.707	

### ***Perfil de vida saludable***

En el puntaje total obtenido en la prueba de perfil de estilo de vida saludable (que incluye la combinación de los puntajes de responsabilidad hacia la salud, actividad física, nutrición y crecimiento espiritual y relaciones interpersonales) se observa un incremento para el grupo experimental con un tamaño del efecto grande ( $d= 1.7$ ) y mediano a grande para el grupo control ( $d= .70$ ), las diferencias entre ambos grupos al finalizar la intervención también muestran un tamaño de efecto grande a favor del grupo experimental (tabla 6).

**Tabla 6.** Se muestran los resultados de la prueba Estilo de Vida saludable en ambos grupos

Grupo	Perfil de vida saludable primera aplicación (DE)	Perfil de vida saludable segunda aplicación (DE)	Puntaje de cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	115 (7)	133.33 (8.08)	18.33	-1.715	1.072
Control	139 (4.24)	148.5 (9.19)	9.5	-0.707	

Para el análisis de la variable de responsabilidad hacia la salud de la prueba perfil de estilo de vida saludable, se observa un tamaño de efecto grande para el grupo experimental ( $d= 1.1$ ) y un tamaño mediano para el grupo control ( $d= .70$ ). Al comparar ambos grupos se observa un tamaño mediano a favor del grupo experimental ( $d= .41$ )

**Tabla 7.** Se muestran los puntajes del apartado de responsabilidad hacia la salud de la prueba perfil de estilo de vida saludable en ambos grupos

GRUPO	Responsabilidad hacia la salud primera aplicación (DE)	Responsabilidad hacia la salud segunda aplicación (DE)	Puntaje de Cambio	$d$ de Cohen para muestras relacionadas	$d$ de Cohen para muestras independientes
Experimental	31.3 (1.52)	35.3 (2.3)	4	-1.111	0.419
Control	34 (0)	36.5 (3.53)	2.5	.708	

Para el apartado de actividad física de esta prueba podemos observar de igual manera un tamaño efecto grande para el grupo experimental antes y después de la intervención ( $d= 1.14$ ) mientras el grupo control muestra también diferencias tras la intervención, aunque con un tamaño de efecto mediano. Al comparar ambos grupos se encontró un tamaño de efecto también mediano a favor del grupo experimental ( $d= .55$ )

**Tabla 8.** Se muestran los puntajes del apartado de actividad física de la prueba perfil de estilo de vida saludable en ambos grupos

GRUPO	Actividad física primera aplicación (DE)	Actividad física segunda aplicación (DE)	Puntaje de Cambio	$d$ de Cohen para muestras relacionadas	$d$ de Cohen para muestras independientes
Experimental	34 (3.6)	35.6 (2.3)	1.6	1.149	0.557
Control	39 (2.82)	39.5 (3.53)	0.5	-0.714	

En el análisis de la dimensión de nutrición del perfil de vida saludable se encontraron efectos clínicos medianos en ambos grupos antes y después de la intervención, en este caso se presentó una ventaja para el grupo control al comparar ambos grupos con un tamaño de efecto mediano  $d= .707$

**Tabla 9.** Se muestran los puntajes del apartado de nutrición de la prueba perfil de estilo de vida saludable en ambos grupos

GRUPO	Nutrición primera aplicación (DE)	Nutrición segunda aplicación (DE)	Puntaje de Cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	13.6	14	0.4	-0.577	-0.707
Control	15.5	16.5	1	-0.708	

El puntaje obtenido en la dimensión de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales muestra mayor favorecimiento en los apartados de la prueba de estilo de vida saludable a favor del grupo experimental antes y después de la intervención con un tamaño de efecto grande de  $d= 2.501$ , el grupo control muestra a la vez un tamaño de efecto mediano en este apartado, además al comparar ambos grupos se obtuvo un tamaño de efecto grande a favor del grupo experimental ( $d= 1.1$ ).

**Tabla 10.** Se muestran los puntajes del apartado de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales de la prueba perfil de estilo de vida saludable en ambos grupos

GRUPO	Crecimiento espiritual y relaciones interpersonales primera aplicación (DE)	Crecimiento espiritual y relaciones interpersonales segunda aplicación (DE)	Puntaje de Cambio	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	36 (2)	48.3 (3.2)	12.3	-2.501	1.133
Control	50.5 (9.19)	56 (1.41)	5.5	-0.707	

### ***Autoeficacia percibida para el control de peso***

Por último, para el apartado de autoeficacia percibida para el control de peso se obtuvo un tamaño del efecto grande ( $d= .957$ ) al comparar ambos grupos después de la intervención. Al comprar los puntajes de cada grupo antes y después de la intervención, el grupo de hipnosis obtuvo un tamaño de efecto mediano ( $d= -0.610$ ) y el grupo de dieta y ejercicio un tamaño de efecto grande ( $d= -1.770$ ) los resultados aparecen en la tabla 11.

**Tabla 11.** Se muestran los resultados de la prueba AP-CP en ambos grupos

Nombre	AP-CP primera aplicación (DE)	AP-CP segunda aplicación (DE)	Gain score	<i>d</i> de Cohen para muestras relacionadas	<i>d</i> de Cohen para muestras independientes
Experimental	112 (8.7)	116 (9.5)	3	-0.610	-0.957
Control	121 (2.8)	131 (2.8)	10	-1.770	

## ***DISCUSION Y CONCLUSIONES***

En este estudio se tuvo como objetivo comparar los resultados de la dieta y ejercicio en la efectividad para perder peso en comparación con otro grupo que además de lo anterior recibió hipnosis activa-alerta.

Algunos datos de meta análisis de la década de los noventa señalan que los efectos de la hipnosis tuvieron un bajo impacto en comparación a la terapia de cambio de conducta por sí misma (Allison, 1996), sin embargo, estudios más recientes muestran resultados alentadores donde se obtuvieron tamaños de efecto grande en las poblaciones donde fueron aplicados estos tipos de intervención (Milling, 2018).

En la búsqueda realizada no se encontraron precedentes sobre el uso de hipnosis activa-alerta para la pérdida de peso por lo que los resultados obtenidos permiten tener un precedente para implementar una intervención con un mayor número de participantes con guiones de hipnosis adaptados a las problemáticas resaltadas en los resultados como el estrés, la ansiedad y la autopercepción además del establecimiento de metas y memoria prospectiva en la intervención proporcionada a los sujetos.

El grupo experimental presentó una mayor pérdida de peso en comparación al grupo control como puede verse en el puntaje de cambio y el tamaño de efecto grande que se presentó en este grupo. Estos resultados cumplen lo planteado en nuestra hipótesis, y hablan la efectividad de la hipnosis activa-alerta en esta clase de intervenciones, sin embargo, el detenido análisis de las otras variables del estudio pueden ayudar a realizar un tratamiento enfocado en algunas de las dificultades presentadas por los participantes y poder traer consigo mayor

efectividad en estudios posteriores.

Un estudio previo encontró resultados similares al de esta investigación en la mayor pérdida de peso comparando el grupo control y experimental, además de comparar un método de autohipnosis con un método de hipnosis convencional donde la última obtuvo mejores resultados, razón por la cual se recomienda que las sesiones de hipnosis se lleven a cabo de manera presencial. (Bo, 2018).

Además múltiples hallazgos previos sobre los efectos de la hipnosis y la hipnosis activa-alerta nos permite atribuir por ahora a la misma los efectos positivos sobre el grupo experimental, el estado de conciencia provocado por la hipnosis en general involucraría regiones como la corteza cingulada anterior y la corteza frontal dorsolateral, así como un patrón de conectividad cortical funcional disminuido, lo que provoca que las sugerencias tengan una especial función tanto en procesos neurológicos normales y patológicos (Johnson, 2012), esto implica la búsqueda de objetivos en la mente inconsciente para alentar a una persona a alcanzar sus metas (Tellez et al, 2020).

Al revisar las dimensiones de estrés, depresión y ansiedad de la prueba DASS-21 podemos observar resultados más favorables para el grupo control en dos de estas obteniendo un tamaño de efecto pequeño en las escalas de ansiedad y depresión, sin embargo, el apartado de estrés presento un incremento en el grupo control contrario al grupo experimental donde el puntaje promedio se mantuvo igual. Un estudio de metaanálisis muestra mejores resultados en los tratamientos con hipnosis para reducir la ansiedad si estos son combinados con otros métodos psicoterapéuticos (Valentine, 2019).

De igual manera otro metaanálisis de Milling en 2019 muestra resultados muy favorables en la hipnosis para la depresión, el presente estudio mostro un

tamaño de efecto pequeño en la misma.

Se sabe que el pasar por un proceso de restricción calórica como el que es una dieta tiene efectos fisiológicos que pueden provocar estrés en muchas personas, algunos estudios demuestran que una dieta balanceada prepara al cuerpo para resistir niveles de estrés sin consecuencias graves, pero en personas que recién inician una dieta restrictiva se puede percibir que el cuerpo pide en cierta forma recibir alimentos con altos contenidos de azúcar y grasas (González, 2014) esta puede ser la razón por la que algunos sujetos obtuvieron puntajes sin cambios o más altos en las dimensiones de esta prueba.

La prueba de estilo de vida saludable mostro un TE grande en el grupo experimental, y un tamaño de efecto mediano en el grupo control de igual manera revisando el puntaje cambio podemos observar diferencias mayores entre los puntajes iniciales y de segunda aplicación en el grupo de hipnosis activa.

En general podemos decir que las dimensiones que se miden en esta prueba son condiciones que se mejoran de manera natural al estar en un proceso de dieta y ejercicio, la actividad física, la nutrición y la responsabilidad a la salud destacan en este sentido además el apartado de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales mejoró de manera sustancial en el grupo experimental también con tamaño de efecto grande.

El grupo control se vio beneficiado por el proceso de dieta y ejercicio en sí mismo, sin embargo, este grupo logró en sus puntos más altos solamente un efecto mediano en algunas variables como depresión y nutrición, con la excepción de la prueba AP-CP donde este grupo obtuvo un tamaño de efecto grande, lo anterior coincide con los resultados de Palacios et al, 2017 quienes

encontraron que personas que realizaban mayor actividad física tenían mayores puntajes en esta prueba.

La autopercepción y el nivel de exigencia que se imponen a sí mismas las personas al estar en un control calórico pueden ser los causantes de que los reportes en esta prueba favorezcan al grupo control, un sesgo de autopercepción puede derivar de un funcionamiento adaptativo a la percepción que creemos que otros tienen sobre nosotros (Portillo, 2016) la deseabilidad social es considerada como una distorsión intencional que se provoca por una situación de demanda, esta pudo haber estado presente en ambos grupos al momento de contestar el cuestionario provocando que las personas del grupo control contestaran en base a lo que ellos imaginaban se esperaba de ellos (mayor responsabilidad y cuidado de la salud) en comparación al grupo experimental con respuestas de una mejoría aceptable en esta prueba con un efecto mediano más apegado a la realidad de lo que se vive en los primeros meses de dieta (Domínguez, 2012).

## **RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS**

La promoción y el reclutamiento de sujetos para el presente estudio se dio por distintos medios de difusión como redes sociales y avisos impresos en facultades del área de salud de la UANL sin embargo el verdadero problema se presentó por el posterior ausentismo de los sujetos después de empezadas las actividades, los ejercicios físicos podrían ser reestructurados para presentar un menor impacto en los sujetos y subir de dificultad de forma gradual en sesiones posteriores y las dietas proporcionadas por los nutriólogos además deberían incluir alimentos que los sujetos ya conozcan y estén a su alcance tanto económico como de distribución en los supermercados que frecuentan.



Se recomienda además una adaptación de la intervención con hipnosis activa-alerta para atender de manera más profunda las dimensiones de la prueba DASS-21 para obtener mejores resultados en las mismas, además de incluir un diario de alimentación recomendado por Gibson (2017) ya que este puede ayudar a los sujetos a tener un mejor control sobre su dieta y un reporte más objetivo en sus resultados de pruebas como la AP-CP.

### ***Limitaciones***

Muestra pequeña que impidió que utilizáramos pruebas de significancia estadística.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, A., Bonet, A. C., Bayot, A., & Nitkin-Kaner, Y. (2005). Active-alert hypnotic induction methods: the relationship between phenomenological experience, pleasantness and hypnotic suggestibility. *International journal of psychology and psychological therapy*, 5(1), 33-46.
- Andrade, J., Khalil, M., Dickson, J., May, J., & Kavanagh, D. J. (2016). *Functional Imagery Training to reduce snacking: Testing a novel motivational intervention based on Elaborated Intrusion theory*. *Appetite*, 100, 256–262. doi:10.1016/j.appet.2016.02.015
- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Reggiani, G. M., & Trombini, E. (2018). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry research*, 269, 191-198.
- Aranceta Bartrina, J. (2013). Public health and the prevention of obesity: Failure or success?. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (5), 128-137.
- Arrizabalaga, J. J., Masmiquel, L., Vidal, J., Calañas-Continente, A., Díaz-Fernández, M. J., García-Luna, P. P., ... & Cordido, F. (2004). Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Medicina clínica*, 122(3), 104-110.
- Avia, M. D., & Valverde, C. V. (1999). *Optimismo inteligente*. *Psicothema*, 11(2), 449-450.
- Baile Ayensa, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo Santos, R., & Rabito-Alcón, M. F. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-14.

- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bányai, É. I. (2018). Active-alert hypnosis: History, research, and applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(2), 88-107. doi.org/gzww
- Bányai, É. I. (2018). Active-alert hypnosis: History, research, and applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(2), 88-107.
- Bányai, É. I. (2018). Active-alert hypnosis: History, research, and applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(2), 88-107
- Barnes, R. D., Ivezaj, V., Martino, S., Pittman, B. P., Paris, M., & Grilo, C. M. (2018). Examining motivational interviewing plus nutrition psychoeducation for weight loss in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 104, 101-107. doi.org/gcwzvm
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud pública de México*, 55, S151-S160.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 52(1), 22-33.
- Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), 288-298.
- Bo, S., Rahimi, F., Goitre, I., Properzi, B., Ponzio, V., Regaldo, G., ... & Broglio, F. (2018). Effects of self-conditioning techniques (Self-hypnosis) in promoting weight loss in patients with severe obesity: A randomized controlled trial. *Obesity*, 26(9), 1422-1429. doi.org/gnkjjv

- Bolocofsky, D. N., Spinler, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 35-41.
- Brumpton, B., Langhammer, A., Romundstad, P., Chen, Y., & Mai, X. M. (2013). General and abdominal obesity and incident asthma in adults: the HUNT study. *European Respiratory Journal, 41*(2), 323-329.
- Caballero, C., Hernández, B., Moreno, H., Hernández-Girón, C., Campero, L., Cruz, A. & Lascano-Ponce, E. (2007). Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 57* (3), 231-237.
- Cabrera Macías, Y., López González, E., Ramos Rangel, Y., González Brito, M., Valladares González, A., & López Angulo, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. *MediSur, 11*(5), 534-541.
- Cañoles Cañoles, F., Araneda Garcés, N., Silva Mella, H., & Sanhueza Campos, A. (2015). Correlación entre Índice de Masa Corporal y Sintomatología Depresiva en una muestra de niños preescolares de la Región de los Ríos, Chile. *International Journal of Morphology, 33*(3), 860-864
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 15*(1), 77-88.
- Cardena, E., Alarcoón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: Alert hand. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46*(3), 280-294.
- Cardena, E., Alarcoón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: Alert hand. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46*(3), 280-294.

- Cardeña, E. (2005). The phenomenology of deep hypnosis: Quiescent and physically active. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 37-59.
- Carlson, L. E., Toivonen, K., Flynn, M., Deleemans, J., Piedalue, K. A., Tolsdorf, E., & Subnis, U. (2018). The role of hypnosis in cancer care. *Current oncology reports*, 20(12), 93.
- Castañeda, E., & Krikorian, A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 269-283.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. doi:10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6-10.
- Cofré, A., Riquelme-Mella, E. H., & Angulo-Díaz, P. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa psicológica UST*, 11(1), 89-98.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Cordella M, Patricia (2008). ¿INCLUIR LA OBESIDAD EN EL MANUAL DE ENFERMEDADES MENTALES (DSM-IV)?. *Revista chilena de nutrición*, 35(3), doi.org/dqbjnf
- Cracium, M., & Szatmari, C. (2006). Los efectos de la hipnosis activo-viva sobre el estado anímico de los deportistas de élite. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 1(2), 45-52.
- Craciun, M., & Szatmari, C. (2006). Los efectos de la hipnosis activo-viva sobre el

estado anímico de los deportistas de élite. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 1(2), 45-52.

Crixell, S., Schmidt, E. y Lloyd, L. (2007). Effects of counseling on weight loss and exercise self-efficacy in Mexican American women. *Journal of Multicultural, Gender and Minority Studies*, 1(1), 1-10.

Custers, R., & Aarts, H. (2010). The unconscious will: How the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science*, 329(5987), 47-50.

Davis, L., Barnes, A. J., Gross, A. C., Ryder, J. R., & Schlafer, R. J. (2019). Adverse childhood experiences and weight status among adolescents. *The Journal of pediatrics*, 204, 71-76.

De Vries, J. (2007). The obesity epidemic: medical and ethical considerations. *Science and Engineering Ethics*, 13(1), 55-67.

Domínguez Espinosa, A. D. C., Aguilera Mijares, S., Acosta Canales, T. T., Navarro Contreras, G., & Ruiz Paniagua, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808-824.

Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249-255.

Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13(4), 421-427.

Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9.

Entwistle, P. A. (2019). Using hypnosis to explore subconscious childhood and early adulthood emotional traumas and situations predisposing towards adult refractory obesity. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 6(3), 141-

151.

- Espinoza, P. G., San Carlos, N. G., Rojas, D. N., & Rioseco, R. C. (2019). ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura. *Atención Primaria*, 51(9), 548-561.
- Extremera, N., Fernández, P., Mestre, J. M., & Guil Bozal, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 209-228.
- Falcon, H. (2000). Historia de la obesidad en el mundo. Historia de la obesidad en el mundo. Díaz de Santos, 1-35.
- Ferrando, P. J., Chico, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Fontaine, K. R., & Bartlett, S. J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes*, 3(2), 61-70.
- Fontaine, K. R., & Cheskin, L. J. (1999). Optimism and obesity treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 141-143.
- Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 6, 3-19.
- Freire, C. C., Zanella, M. T., Segal, A., Arasaki, C. H., Matos, M. I. R., & Carneiro, G. (2021). Associations between binge eating, depressive symptoms and anxiety and weight regain after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 191-199.
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 645-651.

- Gibson, A. A., & Sainsbury, A. (2017). Strategies to improve adherence to dietary weight loss interventions in research and real-world settings. *Behavioral Sciences*, 7(3), 44. doi.org/gzws
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 483-490.
- Gnanaiah, R. (2019). *Emotional intelligence in binge eating disorder among the obese population (tesis doctoral)*. University of Wolverhampton, Wolverhampton, Reino Unido.
- Gómez-Biedma, S., Vivó, M., & Soria, E. (2001). Pruebas de significación en Bioestadística. *Revista de Diagnóstico Biológico*, 50(4), 207-218.
- Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., Meilán, J. J., & Mestas Hernández, L. (2010). Efecto de la emoción sobre la memoria prospectiva: un nuevo enfoque basado en procedimientos operantes. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(4), 40-47.
- Gurková, E. (2011). Issues in the definitions of HRQoL. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 3(4), 190-197.
- Guse, T. (2014). Increasing Psychological Well-being Through Hypnosis. *Cross-Cultural Advancements In Positive Psychology*, 8, 91-102. doi: 10.1007/978-94-017-8669-0\_6
- Hankonen, N., Vollmann, M., Renner, B., & Absetz, P. (2010). What is setting the stage for abdominal obesity reduction? A comparison between personality and health-related social cognitions. *Journal of behavioral medicine*, 33(5), 415-422.
- Heckenberg, R. A., Hale, M. W., Kent, S., & Wright, B. J. (2019). An online mindfulness-based program is effective in improving affect, over-commitment, optimism and mucosal immunity. *Physiology & behavior*, 199, 20-27.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of*



*general psychology*, 6(4), 307-324.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.

Hutchinson-Phillips, S., & Gow, K. (2005). Hypnosis as an adjunct to CBT: Treating self-defeating eaters. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 5(2).

Isohookana, R., Marttunen, M., Hakko, H., Riipinen, P., & Riala, K. (2016). The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 71, 17-24.

Johnson, A. F. C., Lanfranco, R., Vargas, E., & Ibáñez, A. (2012). Neurobiología de la hipnosis y su contribución a la comprensión de la cognición y la conciencia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(3), 1003-1010.

Jung, R. T. (1997). Obesity as a disease. *British medical bulletin*, 53(2), 307-321.

Kheniser, K., Saxon, D. R., & Kashyap, S. R. (2021). Long-term weight loss strategies for obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(7), 1854-1866. doi.org/gzw7

Kottow, M. (2016). Obesidad y bioética Obesity and Bioethics. *Revista Redbioética/UNESCO*, 84.

Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Burgos, R. S., Sal, J., Ale, M., Filgueira, J., ... & Díaz, Y. (2015). Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*, 25(1), 5-14

Landeros-Olvera, E., Salazar-González, B. C., & López-Alvarenga, J. C. (2015). Validación y estandarización del inventario auto-eficacia percibida para el control de peso en población mexicana universitaria. *Aquichan*, 15(1).

- Ledesma, R., Macbeth, G., & Cortada De Kohan, N. (2008). Effect size: A conceptual review and applications with the ViSta statistical system. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-439.
- López-Alonzo, S. J., Rivera-Sosa, J. M., Pardo-Remetería, J. B., & Muñoz-Daw, M. D. J. (2016). Indicadores de condición física en escolares mexicanos con sobrepeso y obesidad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(4), 243-249.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427-1432.
- Márquez-Ibáñez, B., Armendariz-Anguiano, A. L., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(1), 1-5.
- Martin, P., Dutton, G. y Brantley, P. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African -American women. *Obesity Research*, 12(4), 646-651.
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A. R., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A. R., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Mena, A. E. C. (2004). La hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. Morales i Torres

Editores.

- Mihalko, S. L., Cox, P., Beavers, D. P., Miller, G. D., Nicklas, B. J., Lyles, M., ... & DeVita, P. (2019). Effect of intensive diet and exercise on self-efficacy in overweight and obese adults with knee osteoarthritis: The IDEA randomized clinical trial. *Translational behavioral medicine*, 9(2), 227-235.
- Milling, L. S., Gover, M. C., & Moriarty, C. L. (2018). The effectiveness of hypnosis as an intervention for obesity: A meta-analytic review. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 5(1), 29. doi.org/gj9cb2
- Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S., & LoStimolo, L. M. (2019). A meta-analysis of hypnotic interventions for depression symptoms: High hopes for hypnosis?. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227-243. doi.org/gbz5
- Morales García, A. I., Jiménez, A., Reig-Ferrer, A., Álvarez-Ude, F., Malek, T., Moledous, A., ... & Cotilla, E. M. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología (Madrid)*, 31(2), 199-205.
- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C., & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1).
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64(2), 129–139. doi:10/b3d7f6
- Nezami, B. T., Lang, W., Jakicic, J. M., Davis, K. K., Polzien, K., Rickman, A. D., ... & Tate, D. F. (2016). The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention. *Health Psychology*, 35(7), 714. doi.org/10.1037/hea0000378
- Nies, M. A., & Motyka, C. L. (2006). Factors contributing to women's ability to maintain a walking program. *Journal of Holistic Nursing*, 24(1), 7-14.

- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortiz, Manuel S., et al. "Validación de la versión en Español de la Escala de Optimismo Disposicional (LOT-R) en una muestra Chilena de estudiantes universitarios." *Terapia psicológica* 34.1 (2016): 53-58.
- Palacios, L. H. A., Rodríguez, A. G. M., Alvarado, J. R. M., Cortés, A. N., & Gomar, M. L. G. (2017). Autoeficacia para control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1.
- Park, C. L. (2015). Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 24(7), 1645-1651.
- Parra, A., & Argibay, J. C. (2006). Analysis of the interaction between Hypnotic Susceptibility and Dissociative Experiences in a Population reporting spontaneous paranormal experiences. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 233-240.
- Pereira, M. D. G. (2017). Cambiando la mentalidad: hipnosis y diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Pérez Milian, J. M., Berrio Aguila, J. E., Ojeda, Y. P., Rodríguez Quesada, N. Y., Fernández Pérez, S. E., & Aranguren Torriente, D. (2020). Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos por la COVID-19 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 630-641.
- Portillo, M., & Barajas, C. (2016). Teoría de la mente, aceptación entre iguales y auto-percepción social. *Apuntes de psicología*, 34(1), 47-58.

- Prensell, K., Pells, J., Stout, A. y Musane, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviors*, 1 (9), 170-180.
- Prentice, A. M., Hennig, B. J., & Fulford, A. J. (2008). Evolutionary origins of the obesity epidemic: natural selection of thrifty genes or genetic drift following predation release?. *International journal of obesity*, 32(11), 1607-1610.
- Puterman, E., Prather, A. A., Epel, E. S., Loharuka, S., Adler, N. E., Laraia, B., & Tomiyama, A. J. (2016). Exercise mitigates cumulative associations between stress and BMI in girls age 10 to 19. *Health Psychology*, 35(2), 191.
- Reed, R. G., & Raison, C. L. (2016). Stress and the immune system. In *Environmental influences on the immune system* (pp. 97-126). Springer, Vienna.
- Rivera, J. D., Hernández, M. A., Aguilar, C. S., Vadillo, F. O., y Murayama, C. R. (2015). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial / Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rivera-Dommarco, J., Rebollar-Campos, R., Humarán, I. M. G., Villalpando, S., Shamah-Levy, T., & De la Cruz-Góngora, V. (2021). A decreasing trend in zinc deficiency in Mexican children aged 1-4: analysis of three national health and nutrition surveys in 1999, 2006 and 2018-19. *salud pública de méxico*, 63(3), 371-381.
- Rosenthal, R., Cooper, H., & Hedges, L. (1994). Parametric measures of effect size. *The handbook of research synthesis*, 621(2), 231-244.
- Roslim, N. A., Ahmad, A., Mansor, M., Aung, M. M. T., Hamzah, F., Hassan, H., & Lua, P. L. (2020). Hypnotherapy for overweight and obese patients: A narrative review. *Journal of Integrative Medicine*. doi:10.1016/
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Rohr, B. A., & Andrews, J. J. (2007). Personality, emotional intelligence and exercise. *Journal of health psychology*, 12(6), 937-

948.

Salafia, M. V., Casari, L. M., & Vera, M. M. (2015). La inteligencia emocional en personas con sobrepeso y obesidad. *Eureka*; 2; 12; 9-2015; 193-204.

Salazar Blandón, D. A., Castillo León, T., Pastor Durango, M. D. P., Tejada-Tayabas, L. M., & Palos Lucio, A. G. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 99-113. doi.org/10.17151

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.

Saldaña, Ma, Refugio Ríos, & Leticia Osornio Castillo. "Perfil emocional, obesidad percibida vs IMC y rendimiento académico en estudiantes universitarios." *Alternativas en Psicología* 17.29 (2013): 150-164.

Salgado Lévano, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit*, 15(2), 133-141.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. doi:0.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

Sánchez Benito, J. L., & Pontes Torrado, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.

Sánchez Muniz, F. J. (2016). La obesidad: un grave problema de salud pública. *An. R. Acad. Farm*, 6-26.

Sánchez Muniz, F. J. (2016). La obesidad: un grave problema de salud pública. *An. R. Acad. Farm*, 6-26.

Sánchez-Armass, O., Barabasz, A. F., & Barabasz, M. (2007). Estandarización de la escala Stanford de susceptibilidad hipnótica, forma C, en una muestra mexicana. *Enseñanza e investigación en psicología*, 12(1), 131-146.

- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., & López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta medica de Mexico*, 140(S2), 3-20.
- Sawni, A., & Breuner, C. (2017). Clinical Hypnosis, an Effective Mind–Body Modality for Adolescents with Behavioral and Physical Complaints. *Children*, 4(4), 19. doi: 10.3390
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151.
- Secretaría de Salud. (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Recuperado de [http://thsdhosting.com/Soporte/soporte-cedula/images/pdfs/Manual\\_de\\_Uso\\_Cedula\\_Estructura\\_CS.pdf](http://thsdhosting.com/Soporte/soporte-cedula/images/pdfs/Manual_de_Uso_Cedula_Estructura_CS.pdf)
- Tasso, A. F. (2004). *Suggestion and suggestibility: a factor analysis*. The University of Tennessee.
- Téllez, A., & Corral-Verdugo, V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the art*, 8(3).
- Torem, M. S. (1992). "Back from the future": A powerful age-progression technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(2), 81-88.
- Tovar Jasso, B. B. (2018). Estilos de vida, obesidad y diabetes en población indígena y no indígena en zona urbana de Nuevo León (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Ulloa, E. J., Reynaga-Estrada, P., Serrano, A. M., Taylor, J. L., Acosta, J. M., Rangel, S. P., & González, J. C. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *SPORT TK-Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 2(2), 69-75.
- Urrea, H. R., Lima, G. S., Moran, L. R., & Rodriguez, G. A. (2018). Bariatric Surgery in

the Capitalist System, Solution for Self-esteem or Obesity. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 111-121.

- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336-363. doi.org/gj9cb5
- Villar, O.A.ED., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M. et al. Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health* 17, 229 (2017). doi.org/f9zh89
- Volery, M., Bonnemain, A., Latino, A., Ourrad, N., & Perroud, A. (2015). Obesity psychological treatment: beyond cognitive and behavioral therapy. *Revue medicale suisse*, 11(467), 704-708.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing research*, 39(5), 268-273.
- Wändell, P. E., Carlsson, A. C., & Theobald, H. (2009). The association between BMI value and long-term mortality. *International journal of obesity*, 33(5), 577-582.
- Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., & Steptoe, A. (2011). Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity*, 19(4), 771-778.
- Wark, D. M. (2006). Alert hypnosis: A review and case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4), 291-300.
- Windle, R., & Samko, M. (1992). Hypnosis, Ericksonian hypnotherapy, and aikido. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34(4), 261-270.
- Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725. doi.org/gnn4
- Zeig, J. K., & Lankton, S. R. (Eds.). (2013). *Developing Ericksonian therapy: A state of*



the art. Routledge.

## ANEXOS

### **Anexados *HIPNOSIS ACTIVA***

¿Estás listo para empezar? Ok, mira esa imagen, enfoca tu atención en cualquier punto de la imagen, el punto que tú quieras. Pon tus manos con las palmas hacia arriba apoyadas sobre tus piernas. Sigue mirando el mismo punto. Ahora... vamos a practicar un ejercicio de imaginación... Quiero que te imagines como si tuvieras unas pesas en cada una de tus manos, unas pesas tipo mancuernas, como las que se usan en los gimnasios, unas pesas de 2 a 3 kilos, ¿está bien? ... Ahora ... tómalas con fuerza ... siente el peso ... 2 o 3 kilos en cada mano ... ahora mismo ... no sabes exactamente cómo te sientes, pero a medida que mueves las mancuernas hacia arriba y hacia abajo ... se sentirán más pesadas. Mientras observas el punto, empieza a levantar una pesa ... hasta tu hombro ... Ahora bájala lentamente ... mientras la bajas, levanta la otra pesa ... ok ... ahora ... mueve hacia arriba y hacia abajo el otro ... el brazo izquierdo y luego el otro ... mientras continuas observando ese punto ... es correcto ... quiero que continúes observando el punto ... siente cómo los músculos se contraen y luego se relajan ... quiero que sientas el peso de esas mancuernas ... siente cómo se tensan los bíceps, los músculos de los brazos ... poco a poco se sienten más cálidos ... el gasto de calorías en tus brazos genera energía... los músculos se tensan y luego ... se relajan ... y mantén los ojos abiertos mirando la imagen, observando el mismo punto ... y con cada movimiento ... te vuelves más activamente relajado, concentrándose en su respiración ... ahora toma dos o tres respiraciones profundas ... cada vez que inhales ... Puedes sentirte más y más despierto... más alerta ... Te sientes más activo y lleno de energía ... Tu mente está despierta ... tu mente está más clara y lúcida ... ahora puedes sentir tu energía propagándose por todo tu cuerpo ... y tu mente, no demasiada o poca energía ... solo la cantidad precisa de energía que necesitas ... Puedes sentir una sensación en tu cuerpo que indica que ésta energía se está extendiendo por todo tu cuerpo. ... hacia tus pies ... a través de tus piernas ... a través de todo tu cuerpo ... mientras continúas, tu mente se

vuelve más activa ... más lúcida ... más clara ... Te sientes más energizada y en autocontrol ... empoderada ... en armonía contigo y con tu entorno ... sigue observando en el mismo punto ... los movimientos de tus brazos hacen que tu mente se vuelva más lúcida y clara ... activamente más despierta y relajada ... eso es ... siente los movimientos de tu cuerpo, cómo se fortalece cada vez, con cada movimiento de tus brazos ... tu cuerpo y tu mente se vuelven más y más fuertes ... eso es correcto, con cada movimiento... una energía de **motivación** se inyecta en tu interior, una energía positiva ... con cada movimiento, repítete a ti mismo ... " yo puedo hacerlo ... puedo lograrlo... yo puedo "... Ahora... visualiza una **meta** ... podría ser una meta personal... una meta relacionada con tu estilo de vida...una meta relacionada con tu actividad física... una meta relacionada a tu alimentación saludable... no lo sé ... esta meta es tu objetivo ahora, entonces, y con cada movimiento, imagina que avanzas ... hacia tu meta ... te acercas centímetro a centímetro ... metro a metro ... hacia tu meta ... como si tuvieras unas poleas que te jalen hacia adelante ... acercándote a tu objetivo ... eso es... muy bien... con cada movimiento puedes decirte a ti mismo ... "yo puedo hacerlo ... puedo llegar" ... y te estás acercando lentamente a tu meta con cada movimiento ... más y más cerca ... a tu meta ... Avanzando con entusiasmo hacia tu meta ... Quiero que seas capaz de ir un poco más rápido ... acelerando... el ritmo ... los movimientos de tus brazos ... sigue hacia esa meta ... más y más ... hacia esa meta ... y cuanto más avanzas ... más activa y clara se vuelve tu mente ... Con mucho entusiasmo ... puedes sentir una motivación optimista ... te sientes más seguro de ti mismo ... Ahora tus brazos se mueven por si solos ... por si solos... automáticamente ... Dejando atrás cualquier duda ... dejando atrás cualquier limitación ... cualquier cosa que ya no necesites llevar auestas... cualquier cosa que te moleste ... derribando los obstáculos ... despejando el camino ... mirando más claramente hacia adelante ... con más luz... a medida que te acercas a tu meta... Eso es ... Correcto ... con seguridad ... tu puedes ... puedes avanzar ... acercándote a tu meta ... tu propio objetivo ... usando lo mejor de tus propios recursos internos ... eso es ... adelante ... correcto ... hay personas esperándote allí animándote ... Personas que te aman

en verdad... para celebrar tu éxito ... más y más ... reconociendo tus propias fortalezas personales ... dejando atrás cualquier carga que no necesites llevar contigo ... rompiendo límites ... yendo más allá ... alcanzando tu meta ... alcanzando tu objetivo ... eso es ... correcto ... excelente ... maravilloso ... casi lo logras ... seguro ... sí ... ¡puedes hacerlo! ... y finalmente has alcanzado tu meta ... Ahora ... ya estás en ella ... bien ... genial ... increíble ... lentamente ... disfrutando ... Y puedes observar todas esas sensaciones ... emociones ... y pensamientos ... asociados al logro de tus metas... ahora observa ... en este momento ... Dentro de ti ... ¿cómo te sientes? ... ¿Qué emociones están vinculadas a ese éxito? ... Siente la felicidad... Siente la satisfacción... ¿Qué sensaciones se extienden por todo tu cuerpo? ... ¿Sientes confianza en ti mismo en todo tu cuerpo y en tu mente? ... Siente esa sensación de seguridad en ti mismo al haber logrado tu objetivo... ¿en qué parte de tu cuerpo lo sientes? ... ¿se está moviendo? ... ¿Cómo se siente? ... ¿cómo es la temperatura... qué color tiene esa sensación? ... ¿Qué imágenes van juntas con esas sensaciones? ... son esas imágenes en color o en blanco y negro? ... puedes verlas moverse? ... qué tan brillantes son ... tal vez puedas hacer que esas imágenes sean un poco más brillantes ... y más claras, como en una película de alta definición en 4D ... observa el rostro de felicidad de las personas que te rodean ... la sonrisa en sus rostros ... Porque tu éxito también es su éxito ... mira tu propia expresión también ... irradiando felicidad ... sonriendo ... escucha las voces que te alientan, que te dan confianza ... ¿esas voces vienen de frente a ti, de izquierda, de derecha, de atrás? ...¿arriba o abajo? ... felicitándote por tu éxito... tal vez puedas notar cómo esas palabras y ánimos resuenan a través de tu cuerpo... en esa parte de tu cuerpo... ¿Qué te estás diciendo a ti mismo? ... ¿Cómo te estás animando? ... nota el volumen, el tono, la intensidad de esas palabras... conserva esas sensaciones, emociones y pensamientos en la mente subconsciente... y asocia esas emociones, sensaciones, pensamientos y comportamientos a esta imagen de ti mismo logrando todas sus metas... y siente el viento de los cambios positivos en tu piel... y quizás puedas oler el poderoso aroma de tu victoria... ¿Qué es el

aroma? ... ¿Es suave o fuerte? ... ¿puedes reconocerlo? ... eso está bien... ahora... disminuyendo el ritmo... poco a poco más lentamente, eso es... correcto... saboreando el éxito... ¿Cómo sabe... cómo es la sensación en tu boca? ... eso es bien ... excelente ... muy bien ... ahora ... cierra los ojos y respira profundamente ... ahora ... puedes descansar ... tus brazos ... has alcanzado tu meta ... siéntelo ... disfruta de este momento ... estás en él ... es tu victoria ... Te lo mereces... ¿No quieres ir un poco más adelante? ... ¿Qué tanto más puedes continuar? ... ¿Cuánto más feliz te sientes? ... ¿estás ahí? ... ¡sí, lo estás! ... Respira profundamente... tu mente es clara y lúcida... activa y positiva... de ahora en adelante... cada vez que muevas los brazos de esta manera, recordarás todas estas imágenes... Pensamientos... y sensaciones... y estarás listo para nuevas acciones.

... Y cuando te pida que abras los ojos y mires ese punto nuevamente, te sentirás energizado, activo y con poder, con todo tu potencial ... No sé qué cambios positivos va a realizar tu mente subconsciente ahora en adelante ... Muy bien ... Excelente ... ¿Estás listo para despertarte? ... ¿Cómo te sientes?

Escribe en tu cuadernillo como te sentiste.... Muy bien

### ***Guion número dos***

Ahora vamos a hacer otro ejercicio de imaginación... dame las manos (el terapeuta toma las manos del paciente y las coloca hacia adelante con las palmas de las manos una frente a otra, y sostiene sus manos en ambas muñecas), bien, imagina que tiene una banda elástica que ata las muñecas y las mantiene atadas entre sí. Es una banda sucia y fea, que une tus manos y no te deja ser libre. Esta banda se formó a partir de autolimitaciones, complejos de inferioridad, sentimientos de baja autoestima, rencores y comentarios negativos del pasado, y todos te ataron, impidiéndote ser libre y expandir tu potencial hasta... Ahora quiero que comiences a separar tus manos ... con fuerza ... estás estirando la banda ... Muy bien ... mientras empiezas a separar tus manos... con fuerza (el paciente comienza a abrir y separar sus brazos) ... continúa separando tus manos con fuerza ... estás estirando la banda más y más...

estás a punto de romperla ... Estás cerca de hacerlo ... con más fuerza ... estás casi a punto de liberarte ... casi ... eso es ... ¡y puufff! ... (El terapeuta toma los brazos y los separa con la fuerza) ¡La rompiste! ... correcto ... excelente ... muy bueno ... expande tus brazos ... expande tu espíritu ... imagina que eres un ave ... el ave que te gustaría ser ... tal vez un águila ... o un halcón ... una gaviota ... el ave que te gustaría ser ... ahora abre tus alas ... con libertad ... volando ... finalmente eres libre ... de lo que te estaba frenando ... ahora eres libre ... arriba ... volando ... viendo desde arriba ... una perspectiva nunca vista ... Un horizonte lleno de posibilidades ... cierto ... muy bien ... libremente ... en silencio ... (pausa un minuto) ... Ahora ... puedes bajar tus brazos ... Y cuando tus brazos desciendan sobre tus piernas ... Estarás totalmente despierto ... descansado y despierto ... ¿Cómo te sientes?