



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología
División de Investigación y Posgrado

**Modificación de Esquemas Tempranos Desadaptativos en mujeres obesas
con un tratamiento cognitivo conductual grupal.**

TESIS PROFESIONAL

Para obtener el grado de

MAESTRO EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL
Presenta

GERARDO LEIJA ALVA

Director de Tesis

DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO

Miembros del Comité

DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DR. CARLOS G. FIGUEROA LÓPEZ
M. en C. **JUAN DANIEL RODRÍGUEZ CHOREÑO.**



México D.F. Agosto 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

Según la Encuesta Nacional de Salud Nutricional, publicada en el 2006, y la Organización Mundial de la Salud, en México el 70% de la población padece sobrepeso u obesidad. Según Barquera, al ser un problema de salud pública, la intervención desde diversos ámbitos es indispensable. En este trabajo se utilizó el modelo teórico denominado Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD) de Young, el cual explica que dichos esquemas distorsionan el procesamiento de la información del sujeto y, por lo tanto, son disfuncionales. El objetivo fue identificar y evaluar si hay cambios en los ETD de mujeres obesas después de un tratamiento cognitivo conductual grupal de 14 sesiones, con una n= 22. Se encontró una diferencia significativa en la evaluación pre-post en los esquemas privación emocional, inestabilidad emocional, autosacrificio, abandono y fracaso, así como en el Índice de Masa Corporal (imc) y el peso corporal.

Palabras clave: peso corporal, pérdida de peso, reestructuración cognitiva, esquemas, terapia cognitiva.

Abstract

According to the National Health and Nutrition Poll and the WHO (World Health Organization) in Mexico the 70% of the population suffers overweight or obesity. According to Barquera, as a public health problem, the intervention from diverse fields becomes essential. In this work, the theoretical model called Early Maladaptive Schemas by Young is used to explain that such schemas distort the information process of a subject and therefore are dysfunctional. The study purpose was to identify and evaluate possible changes on the Early Maladaptive Schemas of obese women, after a 14-sessions cognitive-behavioral group treatment, with n= 22. The findings showed a significant diminution in the schemas of emotional deprivation, emotional instability, self sacrifice, abandonment and failure, as well as in the Body Mass Index and weight.

Keywords: body weight, weight loss, cognitive restructuring, schema, cognitive therapy

Índice:	
Resumen	2
1. Panorama General de la Obesidad	5
1.1. Diagnostico de la Obesidad	5
1.2. Definición de Obesidad	5
1.3. Factores predisponentes de la Obesidad	5
1.4. Factores Genéticos y Obesidad	7
1.5. Teoría del genotipo ahorrador	7
1.6. Sobrepeso y Obesidad	8
1.7. Epidemiología de la obesidad.	8
1.8. Sedentarismo y Obesidad	10
1.9. Sedentarismo en México	11
1.10. La conducta alimentaria y los Hábitos Alimentarios	12
2. La teoría cognitivo conductual y los esquemas cognitivos	13
2.1. Los esquemas cognitivos.	14
2.2. Distorsiones cognitivas y Obesidad	17
2.3. Desarrollo del Esquema Cognitivo	17
2.4. Aprendizaje, memoria y emoción.	23
2.5. Memoria explícita y aprendizaje	24
2.6. Clasificación de esquemas cognitivos:	25
2.6.1. Funciones de los esquema	26
2.7. Desarrollo del Esquema	27
2.7.1. El Esquema y la Cultura	27

2.7.2. El Esquema y la toma de decisiones	27
2.8. Esquemas Tempranos Desadaptativos	28
2.8.1 Los Estilos de Afrontamiento	31
2.8.2. Los Modos de Acción de los Esquemas Tempranos Desadaptativos	32
2.8.3. El concepto de Temperamento	32
2.9. Esquemas tempranos desadaptativos y Obesidad.	36
2.10. Terapia Cognitivo Conductual y Obesidad	40
3. Hipótesis	40
4. Objetivo	40
5. Justificación.	40
6. Método.	41
6.1. Participantes	41
6.2. Escenario:	41
6.3. Instrumentos y materiales	41
6.3. Diseño	41
6.4. Procedimiento	41
6.5. Resultados	44
7. Discusión	44
8. Conclusiones	48
9. Limitaciones y recomendaciones.	49
10. Referencias	50
11. Anexos	56

1. Panorama General de la Obesidad

En la actualidad la obesidad es el problema de salud más grande (considerando que en el mundo lo padecen casi 400 millones de personas) que con lleva además de las consecuencias médicas, problemas emocionales y socioeconómicos (Román, 2005). Así mismo es el factor de riesgo para la salud más importante y que genera por si sola una serie de complicaciones tan graves como el síndrome metabólico, el cual es la principal causa de muertes cardiovasculares en el mundo (Schnell, Domínguez, Carrera, 2007), Aunque esta enfermedad es multifactorial, la variable que más influye en su aparición y desarrollo es el estilo de vida y los malos hábitos relacionados a la alimentación y al sedentarismo (Elizagárate, Sánchez y Sánchez; 2001, Duperly, J. 2005).

1.1. Diagnostico de la Obesidad

Existe un parámetro matemático, aceptado internacionalmente, para diagnosticar la obesidad, este es el Índice de Masa Corporal, el cual se obtiene al dividir el peso corporal entre la estatura al cuadrado. Es así que un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 25 se precisa como sobrepeso, el IMC mayor a 30 como obesidad. El IMC es la medida poblacional más usada y útil para medir el sobrepeso-obesidad. Sin embargo es solamente una guía aproximada, ya que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. Es por ello que se toman en cuenta otras variables como son el porcentaje de grasa, el de músculo o masa magra, y el del agua corporal, el índice de circunferencia de la cadera y la cintura (OMS, 2011)

1.2. Definición de Obesidad

La Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad (NOM), la define como: “ la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.” (NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010).

1.3. Factores predisponentes de la Obesidad

La obesidad como problema de salud está relacionada a la disponibilidad de los alimentos que en poco tiempo ha variado significativamente en muchos países. Después de décadas de escasas

de alimento en el mundo, las economías y la tecnología comenzó a mejorar y lo que antes era el problema en el mundo, es decir la distribución alimentaria, comenzó a mejorar y el incremento de accesibilidad a los mismos, junto con el sedentarismo que también tendió a elevarse, llevaron a la aparición de el problema de salud que en la actualidad, ocupa el primer lugar en Estados Unidos y el segundo en México: la Obesidad. Aunado al descubrimiento de genes relacionados a la obesidad los cuales al interactuar con el ambiente predisponen al sujeto a esta condición desfavorable, han llevado al crecimiento de un problema que ha rebasado al sector salud y que de no hacer algo, llevara a millones de personas a tener una calidad de vida negativa, así como una disminución en la esperanza de vida (Farriol, Nogues y Benarroch, 2001). La explicación fundamental del origen del sobrepeso y de la obesidad es la existencia de un desequilibrio entre el ingreso y el gasto calórico (Chiprut, Castellanos, Sánchez, Martínez y Cortez, 2001). Algunos de los factores que propician este desequilibrio son:

- La modificación de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares procesados, con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos.

En México, se ha pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios. En el país los principales patrones alimenticios están relacionados con los alimentos refinados y dulces, la comida tradicional (compuesta de maíz y sus derivados), y diversos tipos de comida. Aproximadamente un 47% de la ingesta energética está dado por la comida tradicional. Los alimentos dulces y refinados compuesta por el alcohol (9,4%), bebidas no alcohólicas (9,4%), pan blanco (7,7%), comida rápida, dulces y golosinas. Y el patrón compuesto por alimentos diferentes al maíz (15,5%) y de la leche entera con grasa (8,0%), arroz y pasta, carne, aves de corral, huevos, grasas saturadas, frutas y verduras. Es de este modo que los patrones dietéticos alimentos de refinados y dulces se asocian con un 14 y un 17% más de riesgo de tener sobrepeso y un 20% más de riesgo de ser obeso, respectivamente, en comparación con el patrón de dieta de comida tradicional. Estos datos apoyan una asociación de los hábitos alimentarios con el sobrepeso o la obesidad en adultos mexicanos (Flores, Macías, Rivera, Lozada, Barquera, Rivera-Dommarco y Tucker, 2010)

1.4. Factores Genéticos y Obesidad

Con el reciente estudio sobre análisis de segregación y del escaneo amplio del genoma humano se ha obtenido información sobre diferentes respuestas que hacen pensar que en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad intervienen varios genes que, en combinación con el medio ambiente, dan lugar a la aparición de esta enfermedad. Se ha llegado a la conclusión de que esta patología en la mayoría de los casos es una enfermedad poligénica en la que varios polimorfismos genéticos, a través de la interacción con el medio, dan lugar a un depósito excesivo de grasa corporal. Por tanto, es muy probable que no exista un solo tipo de obesidad sino varios genotipos con fenotipos similares (Hernández, 2007)

Entre los genes implicados en la etiología de la obesidad se encuentran genes metabólicos, genes que codifican para péptidos que controlan las señales de hambre y saciedad, genes reguladores del gasto energético y genes reguladores del crecimiento y diferenciación de los adipocitos. Tanto los genes que expresan receptores alfa-adrenérgicos, como los beta-adrenérgicos, además de las enzimas relacionadas con las vías de la lipogénesis y lipólisis, son genes candidatos envueltos en la etiología de la obesidad (Coleman, 2000). La acción de estos genes puede reflejarse en la afectación a diferentes niveles, como el caso del Índice de Masa Corporal. En un estudio realizado por Li (2003), encontró que el IMC varía con la edad, y diferentes genes pueden determinar variaciones en la población en diferentes periodos de edad. Estos resultados indican que puede haber un QTL (efecto cuantitativo detectable) en el cromosoma 16 que contribuye a incremento del IMC y quizás otros, es más probable que afectan el IMC durante la edad adulta temprana.

1.5. Teoría del genotipo ahorrador

La teoría fue formulada en 1962 por el genetista y diabetólogo Neel como del thrifty gene (teoría del gen ahorrador) y revisada por él mismo en 1998, se refiere a que a menor actividad física y la ingestión de grandes cantidades de alimentos con alta densidad energética forman parte de un mundo en la abundancia que no ha tenido suficiente tiempo para suprimir la expresión de genes relacionados a la supervivencia de un mundo con escasez de alimentos. Esta teoría supone que en época de escasez de alimentos aumentan la eficiencia energética, por lo que con poca ingestión de energía, se logran mantener las funciones del organismo (Vita Parva). Sin embargo, en presencia de un ambiente de abundancia, la cantidad de energía es excesiva y se almacena en forma de grasa. Sin embargo aunque algunos genes, como el de la leptina, cumplen con estas características, pero no explican el fenómeno de la obesidad en su totalidad.

También se ha descrito la teoría opuesta del “fenotipo ahorrador”, que propone que la programación in útero explica la mayor parte del síndrome metabólico. Esta hipótesis sugiere que el bajo peso al nacer va a modificar la programación celular en cuanto a gasto energético y producción de insulina, asociándose a obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en la edad adulta (Schnell, Domínguez y Carrera, 2007).

1.6. Sobrepeso y Obesidad

Es importante mencionar que la obesidad no aparece de forma espontánea, este cambio va gradualmente presentando a lo largo del tiempo, en donde el sujeto después de estar en peso normal, pasa a un sobrepeso y de ahí a la Obesidad.

Para la OMS (2011) la diferencia entre sobrepeso y obesidad es la siguiente: sobrepeso es el incremento del peso comparado con la talla en centímetros, y la obesidad es entendida como el exceso de células adiposas en relación al peso. En la obesidad el aumento de las células adiposas (grasa) es tal, que hay un aumento sustancial del peso en la mayoría de los casos

1.7. Epidemiología de la obesidad.

Según datos de la organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 había en el mundo alrededor de 1600 millones de adultos en estado de sobrepeso y, 400 millones de adultos con obesidad. La prospectiva es que para el 2015 esta cifra llegará a 2,300 millones de adultos con sobrepeso y 700 millones con obesidad.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el mundo occidental es alarmante, por lo que es un gran problema de salud a nivel mundial dados los índices tan altos que se presentan en la actualidad y que a futuro seguirán aumentando (OMS, 2011)

En los países pobres o emergentes, como México, esta enfermedad está creciendo rápido, no obstante haber erradicado la desnutrición, con la cual pudiese haber una correlación. La hipótesis con respecto a la obesidad, es que los niños desnutridos in útero en la infancia de hace algunas décadas, ahora tiene sobrepeso u obesidad. Los sujetos con bajo peso o desnutrición son proclives a desarrollar obesidad abdominal durante la adultez y posiblemente síndrome metabólico, diabetes, cáncer, enfermedad coronaria e hipertensión. Durante muchos años en México la balanza desnutrición obesidad estaba invertida hacia la desnutrición (Sánchez-Castillo, 2004)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición la distribución para sobrepeso y obesidad es la siguiente: 70% de la población general la padece sobrepeso u obesidad, (mujeres, 71.9 % y

hombres, 66.7%) en un rango de edad de entre 30 a 60 años. Las mujeres con un índice mayor de obesidad (34% y 24.2% en hombres) y el género masculino mayor prevalencia para sobrepeso. (ENSANUT, 2006) Desde la encuesta nacional de Enfermedades Crónicas del mismo Instituto se observa un crecimiento importante (ENEC, 1993) (Ver Tabla 1).

Tabla1: Crecimiento de Obesidad en población mexicana según las encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública a partir de 1993.

Año	Obesidad	Crecimiento
ENEC, 1993	21.5%	8.5 %
ENSA, 2000	24%	2.5%
ENSANUT, 2006	30%	6%

Nota: en tabla 1 se muestran el crecimiento porcentual para el indicador de obesidad en población adulta. Se observa un crecimiento de 8.5 puntos porcentuales de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) 1993 y del 6 % para la Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSANUT) 2006.

Por rangos de edad entre los 20 y 60 años tanto el sobrepeso como la obesidad van en aumento, disminuyendo a partir de los 60 en ambos sexos. Estos datos confirman por lo tanto que casi dos terceras partes de la población presenta un IMC por arriba de lo normal y la obesidad aparece con un 23.7%, el sobrepeso con un 38.4% y el 36% de la población tuvo un índice de masa corporal dentro de los parámetros normales. Por estados de la República, los que presentaron una mayor prevalencia fueron: Coahuila, Tamaulipas, Campeche, Colima y baja California con aproximadamente un 30% de las poblaciones generales. Para sobrepeso, los estados que mostraron los porcentajes más altas fueron, el D.F., Tlaxcala, Morelos, Estado de México y Sonora con un 40% (ENSANUT 2006).

La prevalencia de morbilidad en el obeso es similar a las personas con peso normal. No obstante, en pacientes con obesidad mórbida que buscan tratamiento, hay un incremento en la prevalencia (40-60%) de morbilidad psiquiátrica como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, fármaco dependencia, lo que conlleva a un aumento en trastornos del ámbito psicosocial, que deberán ser atendidos por personal capacitado en el área de la salud mental y social.

1.8. Sedentarismo y Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético. La falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso. Este mismo organismo explicaba en 2002 en su Informe Sobre la Salud en el Mundo, que la mortalidad, la morbilidad y las incapacidades atribuidas a las principales enfermedades no transmisibles eran responsables de más del 60% de todas las muertes y que las dietas malsanas y la inactividad física estaban entre las principales causas de estas enfermedades (OMS, 2010).

Se estima una prevalencia global de inactividad física en adultos de 17% variando en regiones entre 11 y 24%. La prevalencia global de actividad insuficiente (2.5 horas a la semana de actividad moderada) va de 31 a 51%, siendo el promedio global de 41% (Ávila, 2007).

El modo de comportamiento de las civilizaciones actuales, la cual se caracteriza por un estilo de vida sedentario, es impulsado por el incremento de una evolución tecnológica que facilita las actividades de la vida cotidiana, y decremento al mismo tiempo de la actividad física que se requería para dichas acciones. Además, en la mayor parte de los casos, la situación de sedentarismo suele verse acompañada por una alimentación hipocalórica, generando el aumento de peso y en su conjunto, inducen a una reducción de la capacidad de movimiento del individuo, que lo lleva a incrementar el tejido graso y como consecuencia aumento del índice de masa corporal.

Dionne y colaboradores (2000) investigaron la relación entre la participación en actividades físicas intensas y los indicadores de adiposidad y distribución de grasa en adolescentes varones. Encontraron, entre otros hallazgos, que el peso, el componente graso, el índice de masa corporal, la suma de los seis pliegues subcutáneos, los perímetros de las extremidades y del tronco, y la relación perimetral entre cintura y cadera se correlacionaron de forma inversa y significativa con la participación en actividades físicas intensas. Es decir que entre mayor grasa y peso corporal, menor la actividad física realizada por los sujetos. Por lo que un incremento en la actividad física, influirá de manera significativa en la disminución de los depósitos de grasa corporal ubicado principalmente en el tronco y extremidades.

1.9. Sedentarismo en México

En una comparación internacional, entre países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las cifras indican que entre las actividades recreativas o de ocio, el deporte es, en general, poco practicado.

En la mayoría de los países de la OCDE, con excepción de España, las personas de 15 años y más dedican menos de 10% de su tiempo de ocio al deporte. En México, sólo se dedica 5% del tiempo de ocio a las actividades deportivas, mientras que en España le destinan 12%.

Ver televisión y escuchar radio en casa parecen ser las actividades de ocio preferidas. En promedio, las personas de 15 años y más de los países de la OCDE dedican 36% de su tiempo de esparcimiento a ver televisión y escuchar radio. Este promedio es inferior al de México o Estados Unidos, donde se destina 48% y 44%, respectivamente, del tiempo de ocio a ver televisión y escuchar radio (OCDE, 2008).

De acuerdo con Matsudo (1997) : “el descenso en el nivel de aptitud física de las poblaciones humanas en todo el mundo aumenta el predominio de la mortandad precoz causada por enfermedades de la ‘civilización’, demostrando que el sedentarismo, como estilo de vida, puede ser nocivo para el individuo y potencialmente dañino para la sociedad”.

Mulvihill (2000) realizó una revisión de investigaciones cualitativas que abarcó el período comprendido entre 1990 y 2004 para identificar las barreras en personas jóvenes para poder alcanzar niveles altos de actividad física.

Lo que encontró fue:

- Un sentimiento general de inercia, especialmente entre niñas mayores.
- La preferencia por otras actividades que no sean físicas.
- Sentimiento de vergüenza y timidez con relación al propio cuerpo, especialmente entre mujeres jóvenes
- Una falta general de tiempo, debido principalmente al tiempo dedicado a las obligaciones y “deberes” escolares.

Telama y Yang (2000) analizaron la práctica de actividad física en relación con la edad en un grupo de jóvenes finlandeses. Los resultados reflejaron un descenso notable a partir de los 12 años en la frecuencia de actividad realizada y en particular, en la participación del deporte. En los grupos de edad más jóvenes, los niños eran más activos que las niñas, de acuerdo con todas las variables

estudiadas, sin embargo, el descenso posterior en la actividad fue más acentuado en los niños. Una vez superados los 15 años las niñas mostraban una mayor participación en la actividad física respecto a los niños, a pesar de que los hábitos de práctica en estos jóvenes con edades comprendidas entre 13 y 27 años, descendía considerablemente una vez superados los 15 años en ambos los sexos.

En México también el desarrollo económico la urbanización y la influencia tecnológica y cultural de países industrializados, han influido y modificado algunos estilos de vida de los mexicanos y esto ha contribuido a una marcada disminución en la actividad física, tanto en el entorno laboral como en el recreativo.

En el país una de cada 4 personas (27.6%) realiza algún deporte. De ellos, el promedio de tiempo que dedican a dicho deporte o actividad es de 4 horas y 36 minutos a la semana, lo que representa 40 minutos al día, en promedio (INEGI, 2009). En el caso de los Jóvenes, según la encuesta Nacional de la Juventud, casi 40% de los jóvenes de entre 12 y 29 años de edad realizan alguna actividad física. Entre los hombres es mayor la proporción de quienes llevan a cabo una actividad física que entre las mujeres: mientras que la mitad (50.1%) de los hombres de esas edades afirma que sí realiza alguna actividad física, sólo una de cada tres mujeres (29.8%) manifiesta lo mismo.

La mayoría de los jóvenes, uno de cada tres (36.6%), realiza actividad física tres veces por semana, en tanto que una proporción similar de ellos (32.7%) la lleva a cabo una vez a la semana y uno de cada cuatro (23.6%) la práctica todos los días. Las diferencias entre sexos muestra que si bien es mayor la proporción de hombres (24.8%) que de mujeres (21.6%) que realiza alguna actividad física todos los días, es significativamente inferior la proporción de hombres (31.7%) que de mujeres (44.5%) que la llevan a cabo tres veces por semana.

1.10. La conducta alimentaria y los Hábitos Alimentarios

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Ésta se irá conformando durante la infancia, en la experiencia directa con la comida, en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Bell y Rolls , 2003).

Dentro de esta relación se irán conformando los hábitos alimentarios, es decir la conductas aprendidas, automáticas, que llevarán al sujeto a ingerir algún tipo de alimento, en una cantidad concreta, sin mediación consciente en momentos determinados y ante situaciones específicas, que

en el caso de la obesidad ,estarán caracterizados por alimentos de alta densidad energética, y en algunos casos en una elevada cantidad, y los indicadores para la ingesta serán más de tipo externo, y social, y la relación con las emociones será alta (Agras, Hammer , McNicholas y Kraemer, 2000).

Estos hábitos alimentarios que llevan a la obesidad ponen de relieve que las personas con sobrepeso/obesidad tienen dietas más desequilibradas, con mayor desajuste en el perfil calórico, debido a que consumen más cantidad de grasas y menor proporción de hidratos de carbono y fibra, fundamentalmente por su menor consumo de cereales, frutas y verduras, respecto a las personas de peso normal, y como ya se menciona anteriormente, estos hábitos fueron aprendidos y reforzados en su medio familiar y social.

En general, factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, como preparan sus alimentos, las prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. En la presente investigación revisaremos básicamente como la modificación de los factores cognitivos puede influir en la modificación de los hábitos alimentarios inadecuados, que llevan hacia la obesidad. La presencia de distorsiones cognitivas relacionadas a la alimentación influidos por esquemas tempranos desadaptativos, que pueden llevar al sujeto a relacionarse con la ingesta alimentaria de forma poco saludable.

2. La teoría cognitivo conductual y los esquemas cognitivos

La teoría cognitiva, divide a la cognición en diferentes niveles de generalidad (Clark & Beck, 1999).

1.- Pensamientos automáticos, los cuales se encuentran en el nivel más específico o superficial. Los pensamientos automáticos son cogniciones que se producen sin esfuerzo momento a momento, o de forma espontánea, en respuesta a situaciones específicas que el sujeto va percibiendo y enfrentando día a día. Son de fácil acceso y representan cogniciones conscientes que el sujeto puede identificar, si se lo propone, fácilmente. Entre los ejemplos de Pensamientos automáticos incluyen en la escuela: "Voy reprobar el examen", en las relaciones interpersonales : "Ella piensa que soy un fracasado", o "Nunca voy conseguir un trabajo." Estos están vinculados con el estado de ánimo del individuo y sus respuestas de comportamiento a las situaciones.

2.- Las creencias en un nivel intermedio (llamado creencias o suposiciones intermedias condicionales) son en forma de "si... entonces". Los ejemplos de creencias intermedias incluyen "Si no me comporto como la gente lo espera, entonces me rechazarán" y "Si soy demasiado tierno, las mujeres se aprovecharán de mí."

3.- Las distorsiones cognitivas: Una distorsión cognitiva, es una forma errónea de procesar la información. Generalmente estas están basadas en los esquemas cognitivos disfuncionales e influyen en los pensamientos automáticos. Las distorsiones cognitivas desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional y conductual.

4.- Esquemas Cognitivos: Es el más alto nivel de generalidad. Los pensamientos automáticos negativos y las creencias intermedias están muy influenciados por esquemas cognitivos subyacentes, sobre todo cuando estos esquemas se activan. En la psicología cognitiva, la noción de esquemas cognitivos ha jugado un papel importante en la comprensión del aprendizaje y la memoria. Para contextos clínicos, Beck (1967) describe un esquema cognitivo como "una estructura cognitiva para la detección, codificación y evaluación de los estímulos que inciden sobre el organismo..."(pág. 78). Varios autores han regresado recientemente a los conceptos originales de Beck de la necesidad de conceptualizar los pacientes en términos de sus esquemas cognitivos (Young, 1995, Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986). Jeffrey Young (Young, Klosko y Weishaar, 2003) ha sido uno de los autores más influyentes de un esquema centrado en enfoque clínico.

2.1. Los esquemas cognitivos.

Se ha identificado que los esquemas nucleares de las personas se relacionan directamente con el procesamiento de la información, dado que aportan las ideas centrales de sí mismo y de los demás. Los procesos cognitivos no actúan en forma independiente, sino que operan a través de los esquemas, al servicio de los intereses, necesidades y propósitos de las personas. (Lemos, Londoño, Zapata y 2007). Por lo tanto, la posibilidad de reconocer e identificar las distorsiones cognitivas contribuye a la comprensión del mantenimiento de los esquemas y la manera en cómo se generan las conductas relacionadas a eventos que podrían indicar la forma en cómo se produce el patrón interpersonal disfuncional hacia la ingesta alimentaria y la inactividad física.

Young (1999) identifica tres procesos principales de esquemas: 1) el mantenimiento de esquemas, 2) la evitación de esquemas y 3) la compensación de esquemas. El mantenimiento de los esquemas se refiere a los procesos por los cuales estos esquemas inadaptados tempranos son reforzados. El mantenimiento de los esquemas es usualmente logrado exagerando la información que confirma el esquema, o de lo contrario negando, minimizando o rechazando información que contradice el esquema. Muchos de estos procesos de mantenimiento de esquemas han sido descritos por Aaron Beck (1967) como distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas comúnmente causan las emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por:

- a. Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- b. Llevar a (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- c. Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- d. Asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas. (Canario y Báez, 2011)

A continuación se presentan las distorsiones cognitivas tal y como han sido descritas por Beck (1979); Álvarez (1997 y Navas, 1998):

1. Sobre-generalización: Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente (Navas, 1998). Según Álvarez (1997), la sobre-generalización consiste en extraer una conclusión general de un simple incidente. Sobre-generalizamos cuando decimos “nadie me quiere”; “nunca tendré otra oportunidad”.
2. Visión Catastrófica: Hace referencia a un sobre-énfasis irreal en las consecuencias más negativas y displacenteras de una situación actual o potencial (Navas, 1998). Álvarez (1997) dice que su manifestación característica es la expresión: “y si” ¿y si salgo a la calle y me atracan...?. Es la tendencia a esperar siempre lo peor.
3. Pensamiento Polarizado o Pensamiento de Todo o Nada: Conlleva el englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas; bueno-malo, aceptación-rechazo, y así por consiguiente, no admiten matices intermedios; “esta forma de pensamiento está en la raíz del perfeccionismo”; uno ha de ser perfecto o es un fracasado... (Navas, 1998).
4. Abstracción Selectiva o Filtro Mental: Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y lo exageramos), a la vez que se hace a un lado el significado de la situación total. Conocida también como la “descalificación de lo positivo” (Navas, 1998).
5. Personalización: Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona se considera el centro del universo y cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia ella (Álvarez 1997).

6. Razonamiento Emocional: Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad (Álvarez, 1997).
7. Falacia de Justicia: Son códigos personales de justicia, que dictan a la persona en cada momento lo que “debería” y “no debería” ser; lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferentes (Navas, 1998).
8. Los Deberías: Son auto-mandatos imperiosos que representan requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y /o eventos del diario vivir (Navas, 1998).
9. Falacia de Control: Consiste en cómo la persona se ve a sí misma de manera extrema acerca del grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida (Álvarez 1997).
10. Falacia de Recompensa Divina: Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad (Álvarez 1997).
11. Falacia de la Razón: Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan (Álvarez 1997).
12. Falacia de Cambio: Actitud en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa" (Álvarez 1997).
13. Interpretación del Pensamiento: Consiste en creer adivinar exactamente lo que los demás están pensando, cuando “conocemos” perfectamente sus motivos o intenciones más ocultas o profetizamos acerca de las reacciones que la gente exhibirá en un momento dado (Navas, 1998).
14. Culpabilidad: Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto (Álvarez 1997).

15. Etiquetas Globales: Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento (Navas, 1998).

2.2. Distorsiones cognitivas y Obesidad

Algunos autores han encontrado que los pacientes con obesidad muestran una serie de distorsiones cognitivas relacionadas con una regulación rígida hacia el peso y en algunos un temor a aganar peso (Volery, 2006).

Raich (2001) enfatiza las distorsiones cognitivas de los sujetos con obesidad, principalmente el Pensamiento dicotómico (“bella ó fea”), la Maximización de los aciertos del otro (está teniendo total éxito) y minimización de los propios (he bajado muy poco), la Comparación injusta, el Filtro mental negativo (cometí un pecado hoy, no puedo seguir con el tratamiento), Sobre generalización (“fealdad total”), y la lectura de la mente (el médico sabe que no lo estoy haciendo bien). Dice que las pacientes con obesidad y trastornos de la imagen corporal comparten una autoestima y autoeficacia bajas; dado que por una parte la primera se relaciona con el tipo de distorsión cognitiva de generalizar los fracasos, y atención selectiva hacia los defectos, lo que tiene como consecuencia cierta vulnerabilidad a la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad similar al esquema de distanciamiento social y fracaso (Riso, 2006),

2.3. Desarrollo del Esquema Cognitivo

El modelo cognitivo considera que el sujeto funciona como un sistema de procesamiento y para explicar el funcionamiento de este, existe el Paradigma de Procesamiento de la Información. Este se conforma de tres componentes principales: los esquemas, los procesos y los productos. El esquema es una organización funcional de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión, el recuerdo y el procesamiento de la información. A partir de estos se puede determinar la forma en cómo se interpreta, y se reacciona ante la información y estimulación que proviene del mundo exterior (entorno) y del mundo interior (cuerpo). Esta acción se da desde la infancia, y son generados a partir de experiencias, vivencias y relaciones con su entorno socio afectivo. En este sentido un esquema será una estructura cognitiva profunda que contiene las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar información (Restrepo, 2007). El segundo componente, son los procesos mentales. Se refiere a todas aquellas acciones que realiza el sujeto para acceder a los contenidos informativos del entorno, una de estas acciones es la asimilación, la cual supone una incorporación de la información y conocimientos de los objetos, situaciones y personas a los esquemas de pensamiento, de tal manera que este proceso facilitará el amoldamiento de los hechos

de la realidad al patrón de la estructura o esquema cognitivo que tenga el sujeto (Piaget, 1997). El tercer elemento relacionado es el de acomodación, en donde se da una modificación en la estructura cognitiva con el objetivo de posibilitar la interacción funcional con la información que el sujeto recibe, es decir, de utilizar esta información, para resolver o realizar una acción o conducta específica, según lo demande el exterior. Y por último, los productos, serán todas aquellas cogniciones, afectos y emociones, conductas y respuestas fisiológicas, generadas a partir de los procesos anteriores y servirán para que el sujeto interactúe con él mismo, con su medio social y genere respuestas para enfrentar las situaciones que a diario se le presenten.

Estos esquemas cognitivos están localizados en nuestro cerebro en los circuitos neuronales de la memoria, es el resultado del desarrollo biológico y de las experiencias de aprendizaje están constituidos por los significados que tiene cada persona respecto del mundo y de sí mismo. De hecho, cuando hablamos de "mente humana" nos referimos al funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como "conocimiento", "memoria", "deseos", "sentimientos", "conducta".

Desde esta perspectiva, el estudio de la memoria y su relación con el procesamiento cognitivo es importante para la comprensión de la formación y funcionamiento de los esquemas cognitivos.

Especialmente el estudio de la memoria a largo plazo ha posibilitado comprender el proceso por el cual los esquemas generan una serie de comportamientos determinados. Del estudio de este tipo de memoria surge un modelo llamado multicomponente el cual resalta el interés en dos modalidades de la memoria: explícita e implícita (Schacter, 1995) o declarativa y procedural (Squire, Knowlton y Musen, 1993; Squire y Kandel, 1999). Por memoria explícita o declarativa se alude al uso de la memoria en situaciones que requieren recuerdo de información de forma deliberada e intencional (recolección). Es la que se puede expresar como recuerdo consciente.

La memoria implícita o procedural se refiere a situaciones en que eventos y experiencias pasadas influyen en el comportamiento sin que haya intención específica de recuerdo. Se evidencia en acto, en ausencia de recuerdo consciente. Algunas de sus características generales se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Características principales de la Memoria Explícita e Implícita.

Memoria explícita	Memoria implícita
Intención de recuerdo, deliberado.	Sin intención de recuerdo.
Consciente.	Sin conciencia.
Esfuerzo atencional.	Automática, sin atención.
Recuperación esforzada.	Se dispara con claves asociativas.
Flexible, modificable.	Patrones relativamente fijos.
Representación lingüística, proposional o imagen en memoria de trabajo.	Múltiples códigos representacionales, incluyendo también esquemas y guiones, esquemas motores y somatosensoriales, activación autónoma.

El recuerdo explícito se sustenta en los sistemas de memoria episódica y de memoria semántica. Ambas se implementan en redes neurales que incluyen diversas zonas corticales y al hipocampo y estructuras relacionadas (Squire y Kandel, 1999). La episódica se refiere a la memoria para eventos y contiene referencias contextuales de espacio, tiempo y otras claves. Es la memoria para sucesos que acontecieron al sujeto, ya sea importantes eventos autobiográficos (“qué hice en las vacaciones”, “qué cosas pasaron en mi boda”, etc.) o nimios, como “qué nombre le pusieron al perro de mi amigo”.

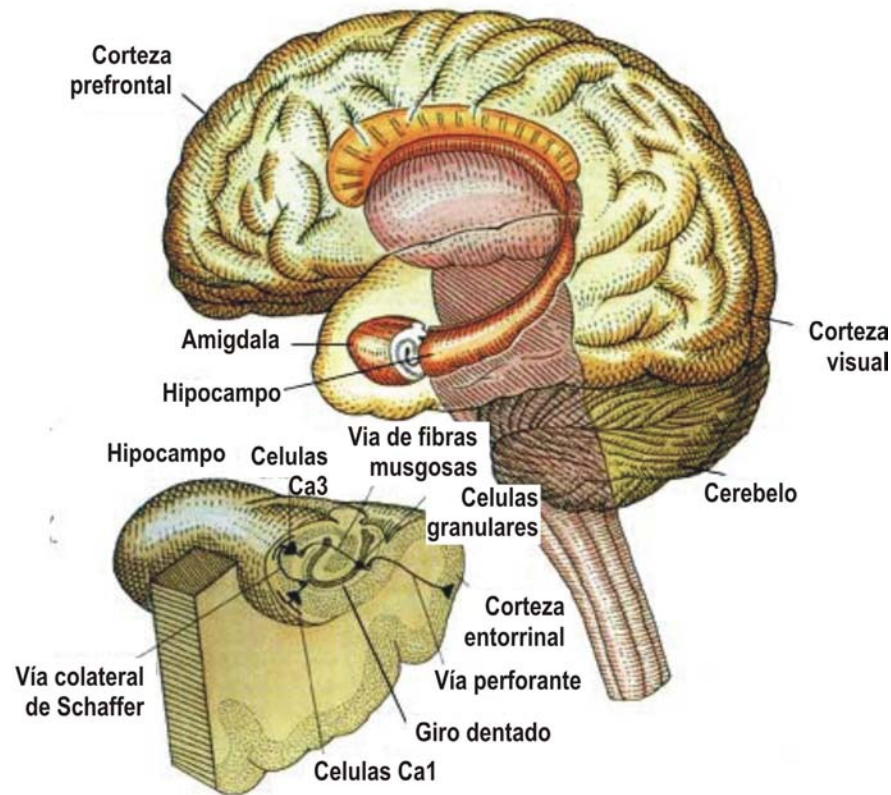
La memoria semántica se refiere al almacenamiento y recuperación de conocimiento factual (de los hechos o experiencias que se tienen) , sin referencias espacio - temporales ni contextuales, como una “enciclopedia” mental. Se trataría de varios subsistemas que almacenan los conocimientos acerca del mundo, de lo social (roles, guiones, esquemas), del lenguaje (con un almacén específicamente dedicado a las palabras que conocemos, el lexicón mental, etc.), incluyendo el conocimiento conceptual y fáctico sobre el sí mismo.

El procesamiento de un suceso emocional también con lleva el funcionamiento de estas dos modalidades. En particular, la vía implícita es esencial para que se vivencie la carga afectiva, pues de ella depende la activación psicofisiológica. El recuerdo declarativo verbal de una emoción es diferente de la memoria emocional que se da en el momento del evento emotivo. Por ejemplo: el origen de los síntomas corporales en los trastornos de ansiedad es producto de la vía implícita, ya que es una respuesta que requiere, de inicio poco análisis cognitivo de la información.

Las principales estructuras nerviosas implicadas en la memoria declarativa son la región del lóbulo temporal el hipocampo (participa en la correcta formación y actividad de la memoria a largo plazo y en el aprendizaje) y la corteza entorrinal (su función es la de actuar como centro de relevo o redistribución de información desde y hacia el hipocampo) (ver Fig. 1) (Buffalo, Bellgowan, Martin

y 2006) Además de la asociación que mantienen entre sí, también se comunican con otras regiones corticales.

Fig. 1. Estructuras nerviosas implicadas en la memoria declarativa

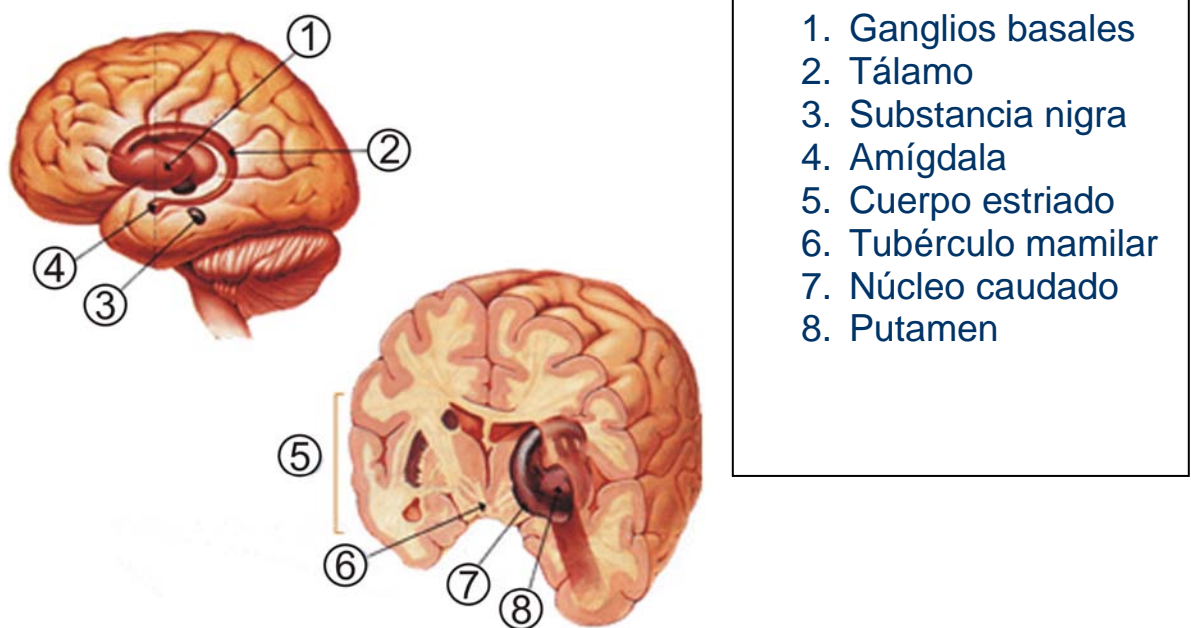


Existen regiones, denominadas ‘moduladoras’, que actúan en la formación de las memorias declarativas. Entre otras estructuras se encuentran la amígdala (su papel principal es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales), la sustancia negra (están relacionada con el aprendizaje), los núcleos del rafe (son centros serotoninérgicos) y el núcleo basal de Meynert (una estructura cerebral de la que parte un 80 por ciento de las neuronas colinérgicas que facilitan un amplio rango de funciones cognitivas) (Paz, Pelletier, Bauer y Pare, 2006) (Ver fig. 2).

La amígdala es la estructura que recibe el primer impacto de las hormonas periféricas (corticoides, adrenalina) liberadas en la sangre como resultado del estrés o fuertes emociones en el momento de formación de la memoria (Hammond, Bond, Strassmaier, Ngo-Anh, Adelman y Maylie, 2006). Las otras regiones reguladoras de los estados de ánimo, la ansiedad, la alerta y las emociones son responsables de la liberación de los neurotransmisores como la dopamina (está relacionada con las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer), noradrenalina (prepara al organismo para la lucha), serotonina (regula el apetito mediante la saciedad, equilibrar el deseo

sexual, controlar la temperatura corporal, la actividad motora y las funciones perceptivas y cognitivas) y acetilcolina (es la responsable la estimulación de los músculos, también se encuentra en neuronas sensoriales y en el sistema nervioso autónomo, y participa en la programación del sueño REM). Este proceso se lleva a cabo mediante el contacto de sus axones con el hipocampo, la amígdala y la corteza entorrinal, la corteza cingulada (se encuentra involucrado en la formación de emociones, procesamiento de datos básico referidos a la conducta, aprendizaje y memoria) y la corteza parietal (aloja a la corteza somatosensorial primaria, compuesta por neuronas relacionadas con el tacto, también se organiza en función de las partes del cuerpo) (Paz, Pelletier, Bauer y Pare, 2006).

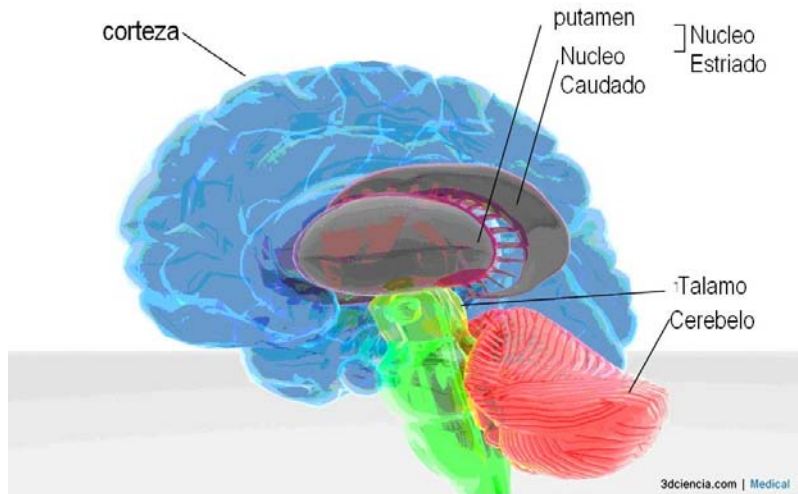
Fig. 2. Estructuras nerviosas moduladoras de la memoria declarativa



La memoria implícita o procedimental, para su formación requiere cambios duraderos en las conexiones sinápticas y se adquiere mediante la práctica y la repetición de los hechos que deben aprenderse, dando lugar a un aprendizaje de larga duración (Press, Casement, Pascual-Leone y Robertson, 2005). Las regiones responsables son, básicamente, el núcleo caudado (está involucrado en el aprendizaje y la memoria, y en particular en materia de tratamiento de retroalimentación) y el cerebelo (cuya función principal es de integrar las vías sensitivas y las vías motoras) (ver fig. 3). Sin embargo, algunas veces la memoria de procedimientos hace uso también de los lóbulos temporales. Ese tipo de memoria difícilmente falla y sufre modulación por variables emocionales. Su mayor influencia proviene de la vía sustancia nigra-núcleo caudado, responsable, por ejemplo, de la

aparición de temblores o alteraciones del tono muscular ante una perturbación emocional (Hernández-Muela, Mulas y Mattos, 2005).

Fig. 3. Estructuras cerebrales de la memoria implícita o procedimental



Entonces el proceso de formación de un esquema dependerá de la integración de toda la información proveniente del medio externo e interno, de las relaciones con los demás, el cual será de utilidad para responder de manera inmediata a los requerimientos del mundo y como ya se vio, en la memoria es donde se almacenara esa información que será utilizada para responder de una manera determinada ante una situación o evento, además dependerá del tipo de exigencia, el tipo de memoria que se activara para cada situación. De tal forma que si la demanda externa implica una reacción inmediata, en la que no necesariamente tenga que estar conciente de la acción , la memoria implícita se activara, por ejemplo el comer una cantidad especifica o escoger un tipo concreto de comida, o realizar la acción de poner sal al alimento sin antes probarlo, son conductas que puedo repetir sin tener que analizar esta información. Esto es útil cuando tengo que realizar varias acciones en las cuales mi atención solo puede enfocarse en lo más importante pero no por ello debo de dejar de realizar lo demás. Por otro lado cuando tengo que recuperar información para responder de una forma determinada y tal vez ante un estimulo o evento novedoso, tender que hacer uso de la memoria explicita, que me llevar a buscar información que pueda utilizar para responder de una forma específica o novedosa. Sin embargo, con la información que adquirimos de niños no basta para responder a todos los eventos o estímulos que aparecen en nuestra vida, Deberemos de adquirir más información para poder utilizar de forma que se adapte a lo que el mundo nos exige, es decir deberemos de Aprender.

2.4. Aprendizaje, memoria y emoción.

Según Morgado (2005) el aprendizaje es el proceso en donde la experiencia produce cambios en el sistema nervioso (SN) que pueden ser duraderos y se manifiestan en el comportamiento de los organismos. La memoria, será fundamental para que este fenómeno se presente, debido a que ayuda a que la vida tenga un sentido de continuidad.

El aprendizaje y la memoria son procesos correlacionados capaces de sufrir modificaciones en función de los estímulos ambientales.

La medida de lo aprendido se relacionaría con la memoria, siendo ésta la expresión de la capacidad de recuperar informaciones adquiridas (Hummel, Andres, Altenmuller, Dichgans y Gerloff, 2002). El aprendizaje y la memoria se incorporan durante toda la vida, lo cual nos permite prepararnos para una situación de respuesta ante un estímulo anteriormente vivido (Levitt, Fugelsang, Crossley y 2006). Pero para que se dé un tipo especial de aprendizaje dependerá el tipo de memoria que se active así como del tipo de estímulo. Específicamente la memoria Implícita es la base para el aprendizaje condicionado, para que este se consolide la amígdala (órgano que le da el tono emotivo a lo percibido) jugara un parte muy importante. Por ejemplo, el miedo condicionado en ratas, que es una forma de condicionamiento clásico cuya adquisición y expresión es altamente dependiente de la amígdala.

En humanos se ha demostrado el importante papel de la amígdala en el procesamiento de la memoria Implícita ligada a estímulos emocionales. En un experimento realizado por Morris (1998) observo que un estímulo condicionado aversivo, consistente en una cara de aspecto desagradable, puede instigar una respuesta de miedo incluso cuando su presentación es breve e inmediatamente enmascarada por otra cara neutral, de tal modo que el sujeto no llega a percibirlo conscientemente. Además, los estímulos aversivos condicionados conscientemente percibidos parecen activar la amígdala izquierda, mientras que los percibidos inconscientemente activan la amígdala derecha (Morris, Ohman y Dolan , 1998). Datos experimentales más recientes sobre percepción de estímulos subliminales y supraliminales y la investigación de respuestas psicogalvánicas en humanos, indican que la amígdala izquierda podría implicarse en decodificar la relevancia de estímulos específicos, mientras que la derecha podría funcionar produciendo un nivel de activación autonómica general ante cualquier estímulo llamativo (Gläscher y Adolphs, 2003).

Esta podría ser la vía a través la cual adquirimos los hábitos y los gustos por algún tipo de alimento, que puede darse desde que somos pequeños, por ejemplo el sabor dulce se asocia a placer, que puede llevarnos a escoger sabores dulces para eliminar emociones desagradables como la tristeza. El acto relacionado a la elección de algún tipo de alimento, será afectado, por un lado, por la

influencia social y por otro lado por asociaciones básicas entre estímulos condicionados e incondicionados relativos a la alimentación y el aspecto emocional será parte de este tipo de aprendizaje.

2.5. Memoria explícita y aprendizaje

La memoria explícita (ME) resulta del aprendizaje relacional, una forma de aprendizaje complejo y filogenéticamente nuevo, que consiste en analizar, comparar y contrastar diferentes tipos de información.

El hipocampo parece especialmente relacionado con la consolidación de la ME, es decir, con su transferencia desde la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo.

Howard Eichenbaum (2000) ha mostrado, como funciona este tipo de memoria y su relación con el aprendizaje, al observar la capacidad de las ratas normales para realizar simetrías e inferencias transitivas mentales. Por ejemplo, si aprenden que el olor A va con el B, pueden inferir que el B va con A y si aprenden que A va con B y B va con C, pueden inferir que A va con C. Sin embargo, estas formas de aprendizaje relacional no parecen posible en los animales con lesiones hipocampales, que, aunque adquieren las premisas, pierden la capacidad de realizar juicios inferenciales basados en lo anteriormente aprendido. Eichenbaum y Ergorul (2004) han mostrado también que el hipocampo es una estructura crítica para que las ratas puedan relacionar e integrar información de memoria sobre 'qué', 'dónde' y 'cuándo' tuvo lugar un evento, lo cual es una característica relevante de la ME.

En humanos se han hecho investigaciones para identificar la diferencia entre MI y ME en el proceso de aprendizaje, en el que pacientes amnésicos y con la enfermedad de Parkinson respondieron diferencialmente a un test de clasificación probabilística. Se trataba de aprender a predecir tiempo soleado o lluvioso sobre la base de una determinada combinación de las cartas que aparecían en la pantalla de un ordenador, pero las combinaciones que predecían cada tipo de tiempo no lo hacían siempre, sino sólo en un porcentaje de ocasiones; por ello, el aprendizaje no podía tener lugar en un solo ensayo sino en muchos, algo característico de la MI. Los pacientes amnésicos aprendían normalmente, pero no recordaban nada de los episodios de entrenamiento (Morgado, 2005)

En contraste, los pacientes de Parkinson no aprendían la clasificación probabilística, pero tenían intacta su memoria para los detalles de las situaciones de entrenamiento. Esta doble disociación muestra que el hipocampo y las regiones del lóbulo temporal medial generalmente dañadas en los enfermos amnésicos y las regiones del neocórtex afectadas en el Parkinson, se relacionan con

sistemas de aprendizaje y memoria paralelos pero diferentes, es decir, con la ME y MI, respectivamente (Knowlton, Mangels y Squire, 1996).

Es importante mencionar que ambos tipos de memoria estarán relacionados, aunque las áreas cerebrales que se activen sean diferentes. La amígdala y el hipocampo, son componentes neuroanatómicos primarios, respectivamente, de la MI y ME, y trabajan interactivamente. La modulación emocional de la memoria declarativa podría tener lugar mediante la interacción entre la amígdala basolateral, activada por la respuesta neuroendocrina desencadenada por los estímulos emocionales, y el hipocampo (McGaugh, 2007)

Es de esta forma que a partir de incorporar información del medio externo la cual se va ligando con la ya existente, vamos creando aprendizajes que son útiles para responder de alguna forma, ante situaciones que se van presentando a lo largo de la vida. En este sentido se puede afirmar que los esquemas cognitivos son aprendizajes que se van formando como un marco cognitivo o representacional, que ayuda a los individuos a organizar, interpretar y utilizar esa información para responder o actuar de alguna manera determinada ante alguna demanda del medio externo o interno. Los esquemas pueden ser útiles, porque nos permite tomar atajos para interpretar una gran cantidad de información. Sin embargo, estos marcos mentales, sobre todo, cuando están formados de ideas, conocimiento e información erróneamente asimilada, pueden conducirnos a problemas para excluir información pertinente a favor de la información que confirme nuestras creencias preexistentes y las ideas irracionales o no basadas en hecho concretos. Es decir, que el aprendizaje se detiene, se rigidiza y limita a lo ya aprendido, impidiendo que se formen nuevas conexiones neuronales y por consiguiente, las respuestas serán estereotipadas o limitadas (Cherry, 2010).

2.6. Clasificación de esquemas cognitivos:

1. Esquema de personalidad. Son esquema sobre los atributos (habilidades, competencias, valores) de un individuo en particular o sobre nosotros mismos. Con estos esquemas a menudo nos hacemos una idea de cómo debe ser una persona a partir de información que hemos asimilado previamente, de nuestro entorno. Por ejemplo, el esquema de personalidad de cómo es un padre, una madre, como es un jefe, un maestro o un enfermo.
2. Esquema de eventos (guiones cognitivos). Se trata de procesos, prácticas o formas en las que normalmente nos enfocamos sobre cómo deben de ser o hacerse las tareas o resolverse los problemas. Estos son como programas que tenemos mentalmente y que se activan en

cuanto aparece un estímulo determinado y debemos de responder. Se trata de una forma de orientación conductual hacia algunos estímulos.

3. El esquema de Rol. Estos esquemas contienen un conjunto de expectativas de los roles de un sujeto, grupo de personas o de nosotros mismo en una situación determinada, es decir, que comportamiento podemos esperar de una persona ante un determinado acontecimiento o situación.
4. Esquema del yo. Se refiere a las generalizaciones acerca de la propia abstracción de la situación actual y las experiencias del pasado sobre mí. Se trata esencialmente de un concepto de sí mismo, es la percepción de la esencia de uno mismo en términos de características, competencias y valores. La autoeficacia es un tipo de esquema de sí mismo que se aplica a una tarea concreta.

2.6.1. Funciones de los esquemas

Se utilizan con frecuencia para las siguientes situaciones:

Evaluación. Cuando evaluamos a las personas que ocupan un papel determinado (por ejemplo, médico, contador, actor, artista), se compara su comportamiento en nuestro esquema de papel cultural que se espera de él.

Juegos de rol. Al asumir un cierto papel, el esquema a menudo se convierte en nuestros scripts y nos ayuda a realizar el tipo de conducta que se solicita en cierta situación. Como cuando se pasa de persona sin hijos a ser padre.

Identificación. A menudo, facilita identificar y categorizar a los individuos por el papel que asumen. Utilizamos estos esquemas de papel o rol que nos ayudan a colocar a los individuos en una determinada categoría, haciendo coincidir su comportamiento observado con nuestro esquema.

Predicción. Una vez que una persona se coloca en una categoría (papel) tendemos a suponer que él o ella se comportarán de acuerdo con el esquema que tenemos en relación a esa categoría y entonces no induce a utilizar esto como base para predecir el comportamiento futuro de esta persona.

2.7. Desarrollo del Esquema

El esquema se construye a través de experiencias con casos o situaciones concretas. Empezaría como una red simple y evolucionará hacia estructuras más complejas. Este proceso comienza desde la infancia y conforme pasa el tiempo los esquemas maduran. Los esquemas maduros son más amplios, más organizados, y contienen más características que lo hacen fuertes. Los esquemas están formados de guiones cognitivos que pueden ser adquiridos, ya sea directa o indirectamente. La forma directa se da en el proceso de relación y contacto con los objetos, situaciones o personas de nuestro entorno y lo fortalece la confirmación mediante la repetición de las situaciones. Si de pequeño, el niño realiza alguna acción, como levantar un juguete que se cayó, y ante esto la madre, padre o cuidador, le halaga la acción, y le dice que es un buen chico, y esto es continuamente repetido, se empezara a formar un guión cognitivo relacionado a el orden y a el cuidado de las cosas que podrá continuar en su vida. La forma Indirecta se da a través de las historias, mitos, películas, conversaciones, o el comportamiento de modelos que observamos, escuchamos o imaginamos.

2.7.1. El Esquema y la Cultura

Una guión cognitivo de grupo puede ser visto como una estructura cognitiva consensuada por el grupo social o por la cultura que, al activarse, se establecen las expectativas y las secuencias de eventos que se espera, a partir de estas reglas sociales y culturales, para una situación dada. La función principal de este esquema moldeado por la cultura, es la de la creación de modelos mentales similares para los miembros del grupo social, que facilite la interrelación y la comunicación entre los sujetos. Estos esquemas serán formados a partir de la socialización.

2.7.2. El Esquema y la toma de decisiones

El esquema de un individuo puede variar entre ser relativamente flexible y ser relativamente rígido. Un esquema se dice que es rígido cuando el individuo sin cuestionarse mucho, sobre cómo enfrentar una situación, utiliza el esquema que ya tiene probado y que en otros momentos le ha dado el resultado esperado. E Inclusive ante un resultado no favorable, no existe una retroalimentación sobre lo sucedido y como consecuencia no se da un cuestionamiento del esquema. Esto tiende a bloquear el diagnóstico preciso sobre las causas del problema. La respuesta que genera el esquema ante el estímulo es muy generalizada. El individuo no ve o no hace una distinción entre las situaciones relativamente similares pero con aspectos diferentes (estímulos) y por lo tanto utiliza el mismo plan o método de trabajo (esquema) como respuesta a una amplia

variedad de situaciones problemáticas. Esto presenta un problema de rendimiento cuando las situaciones realmente requieren una respuesta única.

El esquema rígido, o modelos mentales rígidos, tienden a estar asociados con un estilo cognitivo en donde la principal acción es la utilización de juicios, para explicarse o solucionar problemas, mientras que los individuos con una fuerte estilo cognitivo de Percepción tienden a desarrollar modelos mentales más flexibles, ya que actúan a partir de los hecho concretos, medibles y específicos.

2.8. Esquemas Tempranos Desadaptativos

El Modelo cognitivo conductual considera a la psicopatología como el resultado de un procesamiento cognitivo de la información anómalo, en el cual los errores o distorsiones del pensamiento dan como consecuencia una disfunción en el procesamiento de ésta y como consecuencia los productos que se generen, serán disfuncionales, observadas en comportamientos, emociones y relaciones interpersonales poco saludables (Villagran, 2000).

Una tendencia destacada que comparte algunos de los principales postulados teóricos y terapéuticos de la Psicología Cognitiva, es la representada por Jeffrey Young, creador del Modelo de los Esquemas, y su derivado clínico, la “Terapia de los Esquemas”. Este tipo de Terapia se enmarca dentro del modelo Cognitivo-Conductual. Para Obst (2004) es un modelo que busca mejorar los planteamientos de Beck, pues considera que dicho modelo no valora adecuadamente aspectos característicos y realistas de los pacientes como la resistencia al cambio, la baja motivación y otras limitaciones del modelo de análisis y conversación terapéutica tradicional. Sus conceptos principales son: Los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD), las Operaciones de los Esquemas, los Estilos de Afrontamiento, los Modos y los temperamentos.

Este autor describe a los ETD como: “una estructura extremadamente estable y duradera que se elabora durante la infancia, se desarrolla durante toda la vida del individuo y son disfuncionales en alto grado” (Young, pág. 45). Los esquemas tempranos desadaptativos sirven como plantillas a través de los cuales se procesará posteriormente la información Los esquemas serán, elementos cognitivos que influirán de manera concreta en la manera en como los sujetos perciben el mundo, y como consecuencia, esta distorsión cognitiva llevará al sujeto a padecer desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no tendrían que ser así, ya que no corresponden con la realidad (Young, 1998). La información quedara en la memoria implícita y se activara ante situaciones sin que haya intención específica por recordar de donde viene ésta, es decir, las

acciones se realizarán en ausencia de recuerdo consciente. Como consecuencia los resultados, a partir de esta información se mantendrán durante un largo periodo mientras el individuo no sea capaz de modificarla

Riso (2006) menciona que el sujeto va a mantener los esquemas a través de los sesgos confirmatorios lo que significa que la persona destaca o exagera la información que confirma el esquema, negando o minimizando la información que lo contradice. La manera en cómo funcionan estos sesgos es filtrando selectivamente la información que le va llegando al sujeto de tal manera que este en constancia con la estructura cognitiva interna, es decir con los esquemas, los procesos y los productos. Es por ello que el sujeto tendrá a lo largo de su vida una distorsión constante de la realidad, y esto le generará como consecuencia emociones desadaptativas y conductas inadecuadas. Este proceso, pese a lo que pudiera pensarse, tiene un aspecto adaptativo, ya que, la mente debe de buscar resolver alguna situación a la que se enfrenta de forma inmediata, utilizando un tipo de información que ya se tenga y que haya demostrado ser eficaz. El problema es que la calidad de la información, en personas que presentan estos esquemas no es la más adecuada y llevara al sujeto, a salir bien librado de forma momentánea pero a largo plazo aparecerá el malestar psicoemocional.

Los esquemas al ser temas estables, sólidos, constantes y persistentes acerca de uno mismo, los otros y el medio ambiente van construyendo como resultado (operaciones y productos) pensamientos irracionales en forma de distorsiones cognitivas, creencias irracionales, pensamientos automáticos, emociones y conductas inadecuadas en intensidad, consistencia y frecuencia. Un ejemplo de lo anterior sería comer en exceso o dejar de comer a causa de pensamientos de culpa.

Young habla de 5 dimensiones en las que se integran los esquemas desadaptativos y que describen el origen y modo de manifestarse en la edad adulta (ver tabla 3).

Según Young con los esquemas maniobran otros procesos básicos que influye en la manera en cómo se relaciona el sujeto con su medioambiente y consigo mismo: evitando al esquema, rendirse al esquema o tratando de compensar al esquema (Valenzuela y Caballo, 2005).)

Tabla 3. Dimensiones en las que se integran los esquemas tempranos desadaptativos

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	COMO ADULTO
DESCONEXIÓN Y RECHAZO	Comprende individuos que fueron criados en un entorno que carecía de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad.	Asumen que no encontrarán sus deseos de amor, aceptación, seguridad y empatía .
AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO	Refleja ambientes de la infancia complicados y sobreprotectores.	Estos individuos son demasiado dependiente de los demás y no creen que tengan habilidades adecuadas de afrontamiento.
LIMITES INADECUADOS	Normalmente fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes. Pueden haber aprendido un sentido de superioridad.	Carecen de autodisciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad. Pueden ser insensibles hacia las necesidades y deseos de los demás.
TENDENCIA HACIA EL OTRO	Esta fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás.	Se preocupan por el bienestar de los demás y por ganar su aprobación, mientras que le abandonan sus propias necesidades.
SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN	Se desarrolla cuando se cría a los niños en el perfeccionismo, en una familia rígida.	Demasiado controlados, con reglas extremadamente elevadas.

En el proceso de rendición al esquema el sujeto lleva a cabo procesos cognitivos, conductas y por lo tanto emociones que refuerzan y guardan el status quo del esquema. En la Evitación al esquema, por el contrario y a diferencia de la rendición; aquí los sujetos perciben amenaza, generándose pensamientos evitativos, ansiedad y conductas de huida. Por último en el proceso de Compensación al esquema, se generan estrategias cognitivo-conductuales opuestos aparentemente a la activación del esquema. Cuando viene un fracaso en esta compensación se generan desajustes emocionales y conductuales (Valenzuela, 2005).

Los Esquemas Desadaptativos (ETD): Se originan según Young en necesidades emotivas insatisfechas en la infancia, tales como:

- De pertenencia: Seguridad, estabilidad, afecto, aceptación. (Al estar insatisfecha se experimenta como desconexión y rechazo).
- De autonomía: Competencia, sentido de identidad (Al estar insatisfecha se experimenta como incapacidad de desempeño).
- De libertad: Expresión libre de deseos y emociones. (Al estar insatisfecha se experimenta como inhibición e híper vigilancia).

- De espontaneidad: juego (Al estar insatisfecha se experimenta como sometimiento y auto sacrificio.)
- De límites: realismo y control (Al estar insatisfecha se experimenta como grandiosidad y superioridad).

De acuerdo con Risso (2006) un gran aporte de Young es su clasificación de pautas o esquemas mal adaptativos y el tipo de causa que lo produce, y que permite realizar una evaluación, con base a conductas que muestran o sugieran pautas rígidas y disfuncionales:

- Esquema de abandono: Pérdida temprana de uno o ambos padres.
- Esquema de deprivación emocional: Negligencia física o emocional.
- Esquema de dependencia: Enfermedades física a temprana edad.
- Esquema de incompetencia o defectuosidad: Exagerada autocrítica, debido a críticas destructivas constantes hecha por cuidadores poco sensibles y empáticos.
- Esquema de inamabilidad: Rechazo por parte de los padres.
- Esquema de desconfianza: Abuso de cuidadores u otras personas donde el niño se ve obligado a satisfacer las necesidades de los maltratantes.

Las Operaciones de los Esquemas Tempranos Desadaptativos

Young plantea la existencia de dos operaciones fundamentales: la perpetuación y la sanación de los esquemas.

- La perpetuación del esquema: Incluye todo proceso de pensar, sentir y actuar, que sostenga el esquema.
- La sanación del esquema: Incluye todo lo que el paciente haga (pensar, sentir, actuar) que reduzca o elimine aspectos del esquema.

2.8.1 Los Estilos de Afrontamiento

Para Young, existen ciertos estilos de afrontamiento detectables que las personas usan para manejarse ante la frustración. Estos son:

- Sobre compensación : Si fueron sometidos, ahora serán desafiantes.
- Evitación: Se eluden pensamientos o situaciones que pudieran activar el esquema.
- Rendición: Aceptar las pautas del esquema. (Ejem: una persona maltratada busca otra pareja también maltratadora).

2.8.2. Los Modos de Acción de los Esquemas Tempranos Desadaptativos

Son estilos combinados de acción que unifican ciertos esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento, que se activan juntos. Estos “modos” cambian en razón de las necesidades y circunstancias.

2.8.3. El concepto de Temperamento

Es parte del modelo conceptual de Young. Lo define como una tendencia individual e innata, biológica que muestra estilos de respuesta ante las situaciones (Camerini, 2005)

Resumiendo, para Jagoszewski, este modelo es una propuesta de gran amplitud que considera aspectos innatos, aprendizajes infantiles y circunstancias internas y externas que dan origen o perpetuidad a los comportamientos disfuncionales, enfatizando siempre el peso de lo cognitivo en la vida de los sujetos y que se sirve de instrumentos puntuales diseñados dentro de las exigencias científicas que permiten la recolección rigurosa de los datos para su posterior procesamiento dentro de los códigos que el paradigma cognitivista impone. (Jagoszewski, 2009, pag 21)

2.9. Esquemas tempranos desadaptativos y Obesidad.

En uno de los primeros estudios reportados sobre la relación entre obesidad y esquemas cognitivos, Markus, Hamill, y Sentis (1987) evaluaron los Auto esquemas relativos al peso corporal y sus efectos sobre el procesamiento de información. Las mujeres que tenían esquemas en relación a como debe ser el peso corporal y se compararon con su rendimiento cognitivo en una variedad de tareas con las mujeres que no tenían dichos esquemas. La función y el contenido del esquema de peso corporal fueron explorados mediante el uso de estímulos que variaban en su importancia sobre el esquema conceptual, incluía descriptores verbales, siluetas del cuerpo, y fotos de los alimentos. Ambos grupos (con Esquemas y sin esquemas) exhibieron una marcada diferenciación en el procesamiento de los adjetivos "grasa" y "delgado", lo que confirmó su hipótesis de que todas las personas van a generar por lo menos una estructura simple de pensamientos y sentimientos acerca de sus cuerpos. Sin embargo, sólo aquellos individuos con un alto desarrollo de peso corporal y de su auto-esquema (Esquemas) mostró una discriminación clara y coherente en sus respuestas a través de dominios de estímulo. Beck, Wright, Newman y Liese (1993) propone que

muchas personas son incapaces de articular un auto-esquemas subyacente, hasta que se les ha pedido considerar el significado personal que su forma, peso, y pensamientos relacionados con la comida tiene para ellos. De esta manera, los auto-esquemas en personas con alguna alteración del peso, se caracterizan por ser auto-evaluaciones negativas influenciadas por el peso, forma, o la relación con la comida. Por ejemplo, un esquema de sí mismo negativo se ve en personas anoréxicas y bulímicas y puede generara pensamientos como: "Si yo aumento de peso, no soy nada" (Cooper, Wells, y Cohen, 1997).

En un estudio realizado por Nauta (2000) en donde el objetivo fue examinar la frecuencia y el contenido de las cogniciones negativas de sí mismos , el peso, la forma y conocimientos centrados en comer, en un grupo de personas con obesidad y de comedores compulsivos. Se utilizó una entrevista clínica estructurada para detectar diferencias entre las cogniciones. La mayoría de los comedores compulsivos obesos refirieron una auto-esquema negativo que se caracterizaban por estar conformado por una serie de generalizaciones negativas acerca de sí mismo combinado con el peso, forma, o manera de comer, mientras que la mayoría de los obesos no compulsivos no hacían estas generalizaciones negativas sobre sí mismos. Los participantes con esquemas negativos de sí mismos, estuvieron más deprimidos y tenían una menor autoestima que los demás participantes. Por último, con respecto a los análisis de contenido de auto-esquemas negativos, estos investigadores encontraron que los temas que más a menudo se menciona están relacionados con el rechazo, indignidad, y la falta de fuerza de voluntad (Nauta y Hossopers, 2000)

Vlierberghe y Braet (2007) evaluaron los tipos de Esquemas Tempranos Desadaptativos en 91 adolescentes obesas que asistieron a tratamiento para el control de la obesidad contra un grupo control de 91 adolescentes con normo peso. Encontraron rangos altos en los esquemas de: Privación emocional, Distanciamiento/Aislamiento Social, Imperfección/Vergüenza, Fracaso, Dependencia/Incompetencia y Vulnerabilidad hacia el Daño y a la Enfermedad.

Por su parte Cash (2002) estudió los tipos de emociones más frecuentes en pacientes obesos, siendo la ansiedad, el enfado, la desesperación, la ira, la vergüenza, la impotencia, la desesperanza, y la tristeza las de mayor incidencia en este tipo de población.

En un estudio realizado aun no publicado en México por Aguilera, Leija, Rodríguez y Lara (2008), se aplicó el Cuestionario de Esquemas Tempranos Desadaptativos de Young, a 74 mujeres con obesidad tipo I y obesidad tipo II sin comorbilidad. Se hallaron promedios altos en las dimensiones de sobrevigilancia/inhibición, específicamente para el esquema de reglas implacables/estándares inflexibles para el grupo de Obesidad II, con una diferencia significativa al grupo de Obesidad En cambio para Obesidad I se hallaron solo rasgos altos en los esquemas de: abandono, auto sacrificio, inhibición emocional, reglas implacables y derecho/grandiosidad.

El objetivo principal de este estudio fue examinar si existe alguna relación entre los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD) y las actitudes hacia la comida e identificar si estas son moderadas por estrategias de afrontamiento. Además, un segundo objetivo del estudio fue identificar los ETD específicos asociadas a las actitudes negativas hacia el comer. El estudio tuvo tres hipótesis principales:

1) predecir una relación positiva entre los ETD y las actitudes negativas/síntomas de comer, 2) la existencia de una relación positiva entre las conductas inapropiadas hacia la comida, estrategias de afrontamiento y las actitudes negativas/síntomas, y 3) la relación entre los ETD y las actitudes negativas de comer/síntomas estaría moderado por el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Los resultados se discuten en términos de las implicaciones para la evaluación clínica de prevención y de intervención de los trastornos actitudes alimentarias y trastornos de la alimentación.

Riso (2006) explica que es común encontrar en las pacientes con obesidad una autocharla con sesgo confirmatorio en donde se repiten cosas como: “*Parezco una ballena*”, “*Mi nariz es enorme*”, “*Soy abominable*”, “*Estoy hecha una gorda*”. Estos pensamientos lo que provocaran es que el sujeto destaque o exagere la información que confirma el esquema, negando o minimizando la información que lo contradice.

Este autor halló en estos pacientes, otro proceso cognitivo con sesgo confirmatorio: la memoria, ya que constantemente estas pacientes recuperan información mnémica que reafirma el esquema negativo (experiencias de fallo, errores, atracones y experiencias que provocan emociones como ansiedad, enojo y depresión). Esta información se refuerza con lo anteriormente expuesto en relación a la manera en cómo se va conformando la memoria y el aprendizaje implícito y explícitos

Raich (2001) enfatiza las distorsiones cognitivas de los sujetos con obesidad, principalmente el Pensamiento dicotómico (“bella ó fea”), la maximización de los aciertos del otro (está teniendo total éxito) y minimización de los propios (he bajado muy poco), la Comparación injusta, el Filtro mental negativo (cometí un pecado hoy, no puedo seguir con el tratamiento), Sobre generalización (“fealdad total”), y la lectura de la mente (el médico sabe que no lo estoy haciendo bien). Dice que las pacientes con obesidad y trastornos de la imagen corporal comparten una autoestima y autoeficacia bajas; dado que por una parte la primera se relaciona con el tipo de distorsión cognitiva de generalizar los fracasos, y atención selectiva hacia los defectos, lo que tiene como consecuencia cierta vulnerabilidad a la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad similar al esquema de distanciamiento social y fracaso. (Riso, 2006).

A partir de toda la información revisada, se propone un modelo explicativo de los esquemas tempranos desadaptativos propuestos por Young.

El modelo teórico menciona que los esquemas se irán formando a partir de la información adquirida en la interacción del niño con los adultos además de otra que vaya adquiriendo de relación con el entorno social y cultural, incluyendo aquí, lo relacionado con los alimentos, la elección consumo de los mismos. Esta información se almacenara en la memoria y se utilizara para responder a situaciones que se le vayan presentando. Si esta información tiene una carga emotiva fuerte, formara parte de las respuestas habituales ante situaciones similares, generando aprendizajes sólidos que conformaran la personalidad del individuo, es decir, si un niño recibe la información de que deberá de comer todo lo que se le de, ya que de no hacerlo es una muestra de que no se considera el esfuerzo de la madre por hacer la comida, y al mismo tiempo, solo durante la comida es cuando la madre o familia tiene una atención hacia el ya que en otros momento solo hay regaños o enojos, su relación con la comida y el afecto hacia los demás quedará fijado en su memoria como una forma de comportamiento especifica. Esta información almacenada le servirá para repetir esta conducta de forma rígida para evitar la sensación desagradable, siendo resistente a el cambio, o a la adquisición de información diferente ante esta. Este tipo de fenómeno es muy claro en pacientes con estrés postraumático, en donde, la memoria ante un evento negativo que sobrepasa las capacidades del individuo queda fijado en su memoria de tal forma que ante cualquier situación relacionada o parecida al evento desencadenante, se activara una respuesta parecida a cuando surgió el primer evento estresante y es algo que el sujeto de forma voluntaria no puede controlar. Esta situación conducirá al sujeto a desarrollar pensamientos, conductas y emociones desadaptivas ya que al haber crecido en circunstancias distintas a la presente las respuestas que emita ante eventos similares no serán funcionales.

Otro ejemplo es el de un individuo que fue criado en un entorno que carecía de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad, desarrollara una serie de aprendizajes y comportamientos que se adecuaron a esta situación. Esto quedara guardado en la memoria a largo plazo y será la base para la generación de creencias en la que se asume que no encontraran sus deseos de amor, aceptación, seguridad y empatía.

En este sentido, la utilización de estrategias terapéuticas de corte cognitivo conductual, serian las más efectivas para modificar este tipo de interpretaciones erróneas de la realidad.

Brewin (1996) ha argumentado que las técnicas conductuales apuntan a asociaciones implícitas e inaccesibles a la conciencia, gobernadas situacionalmente, operando vía cambios en la respuesta corporal; en tanto que las intervenciones cognitivas operan por la vía explícita y verbal para cambiar creencias y esquemas conscientes, o conocimiento implícito (como esquemas nucleares) que también tenga formato proposicional.

El trabajo en psicoterapia consistiría en elicitar, identificar y modificar, o aprender a manejar este tipo de información.

2.10. Terapia Cognitivo Conductual y Obesidad

Richard Stuart fue el iniciador del tratamiento cognitivo con personas obesas. El partió de los tratamientos para el manejo de la ansiedad y depresión.

Este tratamiento tuvo dos objetivos: la reducción del ingreso energético y su gasto calórico a partir de la actividad física. Posteriormente los tratamientos se fueron sofisticando ya que se buscaba que la variable nutricional fuese más balanceada en lugar de dietas restrictivas, así como mejorar las relaciones interpersonales, promover conductas y actitudes funcionales relacionadas con el control de peso y la alimentación y la reestructuración cognitiva. En los últimos años los tratamientos de este corte, buscan que el paciente se responsabilice (no faltar y llevar a cabo sus trabajos como el auto monitoreo) en coordinación con el terapeuta y que se llegue al autocontrol del comportamiento alimentario y de la actividad física (Facchini, 2003).

Dentro de las modalidades de intervención están los tratamientos grupales los cuales refuerzan la parte psicoeducativa, elementos de autoayuda, más técnicas terapéuticas con la búsqueda de la obtención del peso no idealizado o real. Dentro de esta corriente Mahoney, Cooper, Fairburn y Hawker tienen tratamientos con mediciones objetivas y con resultados medibles. La meta es que se mejoren los estilos de vida, especialmente los de ingesta y gasto calórico: modificar las conductas de alimentación y actividad física y la modificación de las estructuras cognitivas que anteceden a la conducta: pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, metas poco objetivas y claras.

En otro tipo de procesos terapéuticos psicoeducativos y cognitivo conductuales están los programas directivos-informativos, con sesiones en donde los pacientes aprendan a: elaborar menús, autocontrol (asertividad y manejo la dieta con la familia), relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, promoción de la actividad física. Las técnicas que se han utilizado para este fin son las informativas, reestructuración cognitiva, las cuales tienen el objetivo de mejorar los estilos de pensamiento, estilos de vida (hábitos alimentarios y de actividad física) y emociones

asociadas, principalmente ansiedad y depresión causadas por pensamientos irracionales (Casado, 1997).

Chávez (2004) comparo un tratamiento cognitivo conductual y uno nutricional para medir la efectividad en cuanto a la reducción de peso. A través de la modificación de hábitos alimentarios mediante técnicas cognitivo conductuales en donde los pacientes deberían de modificar las conductas de autocontrol para reducir así el peso y lograr el mantenimiento.

En promedio los pacientes tuvieron una pérdida significativa de 14.7 Kg. Contra 14 kg. del grupo nutricional (citado por Lifshits, 2004).

Montero y Cuneo (2004) realizaron un tratamiento integral de la obesidad así como estrategias para prevenirla. Las fases del tratamiento de la obesidad incluyeron la prevención de la ganancia de peso, su mantenimiento, el manejo del peso y las co-morbilidades y la pérdida de peso. Las bases de la prevención se basaron en la enseñanza y práctica de un estilo de vida más saludable con modificación de la oferta alimentaria e incorporación de trabajo físico a la actividad cotidiana. Estos mismos autores, consideran de vital importancia la motivación del paciente en el tratamiento. En otro estudio se realizó un entrenamiento de control emocional en pacientes con obesidad mórbida. Su objetivo fue dotar a los sujetos de estrategias para reducir los niveles de ansiedad, ira y depresión, así como estrategias para modificar el locus de control y mejorar la calidad de vida (Iruarrizaga, 2001). Por otra parte Mahoney y Kathryn (1991) desarrollaron un programa cognitivo conductual individual llamado Modelo de control permanente del peso: una solución total al problema de las dietas. La estructura base de este procedimiento es que se tengan la información básica acerca de la obesidad y los hábitos inadecuados para poder entender que es y porque se da la enfermedad, la forma de controlarla y para qué sirve la grasa acumulada.

En estudios recientes en donde se han hecho seguimientos para observar los cambios a largo plazo de tratamiento multidisciplinarios, Buclin-Thiebaud (2010) realizó un estudio en donde el objetivo fue estudiar la evolución del peso corporal en pacientes obesos que ingresaron a un programa residencial de 2 semanas y con seguimiento ambulatorio. Treinta y nueve pacientes participaron en este programa estructurado interdisciplinario de pérdida de peso, que consistía en terapias individuales y de grupo, la actividad física, educación nutricional y las técnicas cognitivo-conductuales. Después de 5 años, 33 sujetos completaron el estudio. El setenta por ciento de los pacientes perdieron peso o mantuvieron su pérdida de peso. Otros autores han encontrado resultados similares (Golay, 2004), lo que indica que los cambios que se generan en un inicio del tratamiento,

si se conservan pueden llevar a los sujetos a realizar una vida más sana, y tener control sobre la enfermedad.

Werrij realizó un estudio en donde evaluó el impacto de la incorporación de la terapia cognitiva a un tratamiento dietético para la disminución del peso en 204 personas, en comparación con un grupo de tratamiento dietético combinado con ejercicio físico. Los resultados que obtuvo fueron que ambos tratamientos tuvieron un gran éxito y dio lugar a una disminución significativa en el Índice de Masa Corporal (IMC), la psicopatología alimentaria específica (comer compulsivamente) y la psicopatología general (depresión, baja autoestima). Sin embargo, a la larga, el tratamiento dietético más terapia cognitiva fue significativamente mejor que el tratamiento dietético con ejercicio; los participantes en el primer tratamiento mantuvieron toda su pérdida de peso, mientras que los participantes en el ejercicio físico tratamiento dietético recuperó parte (25%) de su peso (Werrij, 2009).

En una investigación realizada por Andersona (2006) en donde el objetivo de el estudio fue determinar si el tratamiento con adultos obesos muestran una disminución en esquemas maladaptativos elevados en comparación con adultos de peso normal. La muestra incluyó a 52 adultos obesos que participan en un tratamiento de pérdida de peso y 39 adultos de peso normal. Los participantes en los grupos completaron un cuestionario de auto-reporte diseñado para evaluar las actitudes y comportamientos respecto a la alimentación y el peso (Cuestionario sobre los patrones alimenticios y de peso-y la escala revisada para atracón), el cuestionario de esquemas versión corta, el perfil del estado de ánimo en adolescentes y por último el inventario balanceado de respuestas deseables.

Los pacientes obesos reportaron una severidad significativamente mayor de esquemas desadaptativos que los sujetos control con peso normal. Además, en el grupo de obesos, hubo correlaciones positivas significativas entre la gravedad de las puntuaciones de esquemas desadaptativos y los trastornos del humor y problemas para comer. Estos resultados sugieren que la obesidad puede estar asociada con una mayor severidad de los esquemas desadaptativos, al menos entre las personas obesas que han recibido tratamiento. (Volume 60, Issue 3, Pages 245-252 (March 2006)

En este mismo sentido, en la presente investigación, se intenta identificar y evaluar cambios en el aspecto cognitivo-conductual que pudieran estar relacionados con un tipo de comportamiento que provoque una ingesta excesiva de alimentos así como un comportamiento sedentario, y sobre estas bases proponer un tipo de tratamiento psicológico efectivo que se enfoque en la modificación de

estos esquemas cognitivos desadaptativos, la conducta de sobre ingesta alimentaria, a la par del manejo y control del IMC.

Es importante mencionar que en cuanto al tratamiento de la obesidad, la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de la Obesidad (NOM-MIO) contempla las siguientes modalidades: dietoterapia, ejercicio físico programado, psicoterapia, farmacológico y quirúrgico. (Diario Oficial de la Federación, 1998). Esta norma recomienda que, de entrada, en la mayoría de los pacientes se utilicen las tres primeras modalidades. Así mismo la literatura internacional sugiere que las metas fundamentales de la terapia para la obesidad es la reducción del peso actual, mantener esta disminución de peso por un tiempo prolongado y prevenir nuevos aumentos de peso. Se han propuesto varias metas siendo las más acogidas en la literatura las pérdidas moderadas, en el rango de 10% del peso actual en seis meses. Esto da una pérdida aproximada de 0,5 a 0,75 kg/semana, basándose en un déficit calórico de 500 a 1000 kcal/día. (Billington, 2000; Wadden y Foster , 2000; Williamson , 1996).

El objetivo principal de la terapia de ETD es que la persona reconozca sus esquemas desadaptativos y afronte con base en estructuras de pensamiento lógico-funcional, buscando con ello reestructurar la forma en que se piensa en relación a algunos objetos, situaciones y relaciones. En paralelo este modelo promueve la identificación de patrones conductuales disfuncionales, de identificación de situaciones desencadenantes, entendimiento de la historia que fundamente al esquema, tipificación de estilos de afrontamiento, evaluación del temperamento (Klosko y Young 2003).

En este sentido, se puede afirmar, que en el caso de personas que tienen pensamientos o ideas distorsionadas o esquemas desadaptativos que generan un sufrimiento, no son provocados por un mal funcionamiento del cerebro, ya que este solo hace uso de la información que esta almacenada en la memoria así como de los aprendizajes que le fueron de utilidad en la infancia de tal forma que los pensamientos e ideas que aparecen ante situaciones o eventos posteriores se convierten en mecanismos para facilitar el comportamiento del individuo y dar una respuesta adaptativa ante situaciones determinadas, que sin embargo , al no corresponder a la misma situación en donde surgieron, generan un resultado no adecuado. Entonces el problema no está el órgano sino en la calidad y cantidad de la información que le es proporcionada en su entorno, la cual puede ser pobre o errónea y además plagada de eventos emocionalmente negativos y displacenteros , que provocan que esa información permanezca grabada en la memoria y además imposibilite su modificación de forma voluntaria y como consecuencia evitar nuevos aprendizajes.

Es de este modo que la propuesta de una intervención de tipo cognitivo conductual, en personas con obesidad específicamente dirigidas a modificar esquemas cognitivos, que probablemente estén

influyendo en el problema de salud y que puede generar cambios en la forma en cómo el sujeto se relaciona con la alimentación es la que se expone en este trabajo.

De esta forma cabría hacerse la pregunta, sobre la relación que existe entre el tener esquemas desadaptativos y una la ingesta excesiva así como contar con malos hábitos alimentarios y que influencia podría tener una terapia cognitiva en pacientes con estos esquemas y evaluar la disminución del peso corporal al modificarse los estilos de vida.

3. Hipótesis

Hipótesis Nula

La modificación de esquemas tempranos desadaptativos a través de Terapia Cognitivo conductual grupal no influirá en la disminución del Índice de masa corporal en mujeres con Obesidad.

Hipotesis de Trabajo

La modificación de esquemas tempranos desadaptativos a través de Terapia Cognitivo conductual grupal influirá en la disminución del Índice de masa corporal en mujeres con Obesidad

4.- Objetivo

Poner a prueba una intervención cognitivo-conductual basada en los Esquemas desadaptativos tempranos en el decremento del índice de masa corporal de mujeres con obesidad no mórbida.

5.- Justificación.

Según la Encuesta de Salud Nutricional (2006), en México hay 70% de sujetos con sobrepeso u obesidad, lo que coloca a México en segundo lugar después de los Estados Unidos de Norteamérica.

Es por ello que esta enfermedad se considera como un problema de salud pública, trayendo como consecuencia la comorbilidad con enfermedades incapacitantes y de alto riesgo para la vida como la diabetes y la hipertensión, de las cuales se desprenden las principales causas de muerte en el país y en el mundo. Tan solo en los Estados Unidos las muertes con los porcentajes más altos están relacionadas con obesidad: 36.4% enfermedades del corazón (hipertensión, hipercolesterolemia, dieta alimentaria inadecuada y sedentarismo), 22.3% por cáncer y tumores malignos (en estómago, carcinógenos laborales, alcohol y dieta alimentaria inadecuada), 7.1% ataque fulminante (hipertensión, colesterol elevado, sedentarismo, dieta alimentaria inadecuada y estrés), 3.3% de diabetes (obesidad, dieta alimentaria inadecuada y sedentarismo). Por ser una enfermedad crónica y multifactorial, tiene que ser tratada por múltiples especialistas.

De los múltiples factores que pueden influir tanto en el desarrollo como el mantenimiento de la obesidad, están los relacionados en como los individuos captan, estructuran y procesan la información para la elección y cantidad de alimento aunado a las relaciones afectivas de su entorno irán formando esquemas cognitivos que podrían estar reforzando las conductas inadaptables del paciente con obesidad. Por lo que es necesario, incluir en el tratamiento de este padecimiento el tratamiento Psicosocial.

6. Método.

6.1. Participantes

El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico, los participantes fueron 22 mujeres de 18 a 40 años, sin comorbilidad, con una media de edad de 40.2 y una desviación estándar de 8.2, con un IMC entre 30 y 39.9 y que un mes antes no se hubieran sometido a tratamiento para disminución de peso. El 20% fueron mujeres amas de casa, el 60% fueron profesionistas y el 20% estudiantes de nivel superior.

6.2. Escenario

La investigación se llevo a cabo en las Instalaciones del Programa de Obesidad del edificio de Posgrado de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, así como en el auditorio de este mismo edificio

Instrumentos y materiales

Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, forma larga autoaplicable (Young y Brown, 1990). Este consta de 205 reactivos, con una escala tipo Likert de 1 a 6, donde 1 se refiere a “completamente falso de mí” y 6, “me describe perfectamente”. Y evalúa, además, la presencia o no de algún esquema desadaptativo. Este instrumento mide 17 esquemas integrados en 5 dimensiones, que corresponden a necesidades básicas infantiles (Ver tabla 4).

6.3. Diseño

Diseño preexperimental de preprueba-posprueba con un solo grupo, transversal

6.4. Procedimiento

Fueron invitadas a participar en el protocolo de forma voluntaria, en las instalaciones de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México.

Se realizaron mediciones antropométricas (peso y talla) para determinar el IMC, la circunferencia de cintura y el porcentaje de grasa (se determinó con la ecuación de Brozek y por impedancia bioeléctrica.) Se utilizó una báscula marca Tanita bipolar y una cinta de plástico antropométrica.

Considerando que la normatividad para el tratamiento de pacientes con obesidad exige que estos deberán contar con una orientación nutricional, los sujetos fueron sometidos, durante tres meses, a una dieta hipocalórica diseñada a partir de la historia clínica nutricional de cada uno.

El programa de terapia cognitiva conductual grupal se desarrolló a lo largo de 14 sesiones, con una duración aproximada de hora y media.

El programa se dividió en tres fases. En la fase de pre tratamiento se aplicó el instrumento y se realizaron las mediciones para seleccionar la muestra. En la fase de tratamiento se aplicaron las diferentes técnicas utilizadas a lo largo del programa. En la fase de postratamiento se aplicaron nuevamente los instrumentos y se realizaron las mediciones antropométricas. Posteriormente, se analizaron los datos en el SPSS 15 con estadísticos no paramétricos, ya que la muestra fue inferior a 30. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para identificar cambios en los Esquemas Tempranos Desadaptativos antes y después del tratamiento así como del IMC y peso corporal

Tabla 4. Dimensiones y esquemas tempranos desadaptativos

DIMENSIÓN	ESQUemas
DESCONEXIÓN Y RECHAZO	1. El abandono/ inestabilidad
	2. La desconfianza/ abuso
	3. Pérdida emocional
	4. Imperfección/ vergüenza
	5. Aislamiento social/ alieneación
AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO	6. Dependencia/ incompetencia
	7. Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad
	8. Inmaduro/ complicación
	9. El fracaso
LIMITES INADECUADOS	10. Derecho/ grandiosidad
	11. Autocontrol insuficiente/ autodisciplina
TENDENCIA HACIA EL OTRO	12. Subyugación
	13. Auto sacrificio
	14. Búsqueda de la aprobación/ búsqueda de reconocimiento
SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN	15. Negatividad/ vulnerabilidad al error
	16. Control excesivo/ inhibición emocional
	17. Reglas implacables/ hipercrítica

6.5 Resultados

El Índice de Masa Corporal tuvo una disminución de 3 puntos, pese a esto, los participantes en el protocolo permanecieron ubicados con el diagnóstico de Obesidad. Aunque si revisamos la Desviación estándar, algunos de los sujetos si pudieron disminuir hasta el nivel de sobrepeso (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Resultados comparativos del Índice de Masa Corporal Pre y post tratamiento.

	Pre media	Desviación Estandart	Post Promedio	Desviación Estandart	z (a)	Nivel de Significancia
Índice de Masa Corporal	33	3.3	30	3.4	-4,108	.000

En la evaluación pre-post de la terapia cognitiva conductual de corte grupal, se encontró una disminución entre el puntaje inicial y el final de todos los esquemas cognitivos, excepto en el esquema de desconfianza. Sin embargo, al aplicar la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, los únicos que muestran una diferencia estadísticamente significativa son los privación emocional, abandono, inestabilidad social, fracaso, el esquema de autosacrificio de la dimensión de inclinación hacia los otros tuvo una disminución marginal (ver tabla 6).

Tabla 6. Análisis estadístico de las diferencias pre y post de los puntajes de los Esquemas Témpanos Desadaptativos.

Esquemas Tempranos Desadaptativos	Media Pre	Desv. típ. Pre	Media Post.	Desv. típ. Post.	Puntaje z	Significancia estadística P < .05
Privación Emocional	2,084	1,3421	1,402	,7454	-2,147	,032 *
Abandono	2,327	1,4288	1,796	1,0629	-1,992	,046*
Desconfianza	1,817	,9508	1,847	1,0829	-,728	,467
Aislamiento Social	1,709	,8320	1,600	1,1170	-1,478	,139
Defectuosiad/ Vergüenza	1,642	,8377	1,433	,8118	-1,331	,183
Inestabilidad Social	2,105	,9815	1,510	,8242	-2,593	,010*
Fracaso	1,640	,9212	1,319	,7987	-2,107	035*
Dependencia/Incompetencia	1,564	,7544	1,571	,9665	-,483	,629
Vulnerabilidad al daño y la Enfermedad	2,108	1,0487	1,779	1,0503	-1,699	,089
Inmaduro /Complicado	1,518	,8403	1,458	,7073	-,219	,827
Subyugación	1,764	1,0298	1,632	,8109	-,327	,743
Auto sacrificio	2,897	1,4172	2,325	1,1541	-1,912	,056*
Reglas Implacables	2,137	,9704	1,967	1,0955	-1,769	,077
Derecho Grandiosidad	2,993	1,3097	2,386	1,1849	-1,809	,070
Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina	2,288	1,2585	1,997	1,2075	-1,792	,073

El puntaje promedio de las participantes están en promedio debajo de 4, aunque hubo algunos que obtuvieron un puntaje mas de 4, este es un indicador que el esquema esta presente (ver tabla 7)

Tabla 7. Análisis estadístico los puntajes promedio cuestionario de los Esquemas Témpanos Desadaptativos así como los máximos y mínimos antes de antes de la Intervención.

Esquemas PRE	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Privación Emocional	1.00	5.90	2.0841	1.34210
Abandono	1.00	5.39	2.3273	1.42877
Desconfianza	1.00	4.88	1.8173	.95081
Aislamiento Social	1.00	3.70	1.7091	.83204
Defectuosiad/ Vergüenza	1.00	3.79	1.6423	.83769
Inestabilidad Social	1.00	4.00	2.1055	.98146
Fracaso	1.00	3.78	1.6395	.92115
Dependencia/Incompetencia	1.00	3.33	1.5636	.75436
Vulnerabilidad al daño y la Enfermedad	1.00	4.50	2.1082	1.04874
Inmaduro /Complicado	1.00	4.00	1.5177	.84034
Subyugación	1.00	5.30	1.7636	1.02982
Auto sacrificio	1.00	5.70	2.8973	1.41719
Reglas Implacables	1.00	3.77	2.1368	.97035
Derecho Grandiosidad	1.00	6.10	2.9927	1.30972
Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina	1.00	4.73	2.2877	1.25853
Privación Emocional	.00	3.93	1.9832	1.11143

Muestra con una n= 22

En la tabla 8 se puede observar como el puntaje promedio disminuyo así como algunos de los puntajes máximos, sin embargo los siguientes esquemas tuvieron un aumento en los máximos puntajes: aislamiento social, defectuosiad/ vergüenza, inestabilidad social, fracaso, dependencia/ incompetencia, vulnerabilidad al daño y enfermedad, reglas implacables y privación emocional .

Tabla 8. Análisis estadístico de los puntajes promedio cuestionario de los Esquemas Témpanos Desadaptativos así como los máximos y mínimos después de antes de la Intervención.

Esquemas POST	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Privación Emocional	1.00	4.44	1.4018	.74541
Abandono	1.00	4.70	1.7959	1.06289
Desconfianza	1.00	4.12	1.8473	1.08290
Aislamiento Social	1.00	5.80	1.6000	1.11697
Defectuosa/ Vergüenza	1.00	4.00	1.4332	.81183
Inestabilidad Social	1.00	4.70	1.5105	.82418
Fracaso	1.00	4.60	1.3191	.79870
Dependencia/Incompetencia	1.00	5.00	1.5714	.96648
Vulnerabilidad al daño y la Enfermedad	1.00	5.28	1.7791	1.05032
Inmaduro /Complicado	1.00	3.55	1.4582	.70731
Subyugación	1.00	4.00	1.6318	.81087
Auto sacrificio	1.10	5.29	2.3255	1.15411
Reglas Implacables	1.00	4.33	1.9673	1.09550
Derecho Grandiosidad	1.00	5.06	2.3864	1.18488
Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina	1.00	4.63	1.9968	1.20746
Privación Emocional	.00	4.06	1.8200	1.10853

10. Discusión

Con base en análisis de los resultados de los ETD que tuvieron una disminución significativa, existe la posibilidad de que los sujetos participantes hayan modificado ciertas creencias irracionales y distorsiones cognitivas que están integradas en estos esquemas tempranos desadaptativos según plantea Young:

1. Abandono: incluye la creencia irracional de que no se tendrá apoyo y protección; hay percepciones de inestabilidad e incredulidad al respecto, por lo tanto, se afirma que serán abandonados. Este esquema generara la aparición de distorsiones y pensamientos automáticos realcionados con la imposibilidad de modificar sus hábitos de alimentación y específicamente con la baja posibilidad de bajar de peso, ya que esto podría traer como consecuencia el abandono de su

pareja, familiares o amigos debido al cambio en la figura, o al tener que cambiar la forma y tipo de alimento que compartía con sus amigos o seres cercanos, este esquema está relacionado con una imagen desvalorada de sí mismo. Esto coincide con lo expuesto por el estudio realizado por Nauta (2000) en donde el objetivo fue examinar la frecuencia y el contenido de las cogniciones negativas de sí mismos, el peso, la forma y conocimientos centrados en comer, en un grupo de personas con obesidad y de comedores compulsivos y encontraron que la mayoría de los comedores compulsivos obesos refirieron un auto-esquema negativo que se caracterizaban por estar conformado por una serie de generalizaciones negativas acerca de sí mismo combinado con el peso, forma, o manera de comer, mientras que la mayoría de los obesos no compulsivos no hacían estas generalizaciones negativas sobre sí mismos. Estos investigadores también encontraron que los temas que más a menudo se mencionan están relacionados con el rechazo, indignidad y la falta de fuerza de voluntad.

2. Privación emocional: contiene la creencia irracional de que los otros no les proporcionarán apoyo emocional básico en cuidados, empatía o protección. Este resultado es similar al encontrado por Vlierberghe y Braet (2007) quienes al evaluar a 91 adolescentes obesas contra un grupo control de 91 adolescentes con normo peso. Encontraron rangos altos en los esquemas de: Privación emocional, Distanciamiento/Aislamiento Social, Imperfección/Vergüenza, Fracaso, Dependencia/Incompetencia y Vulnerabilidad hacia el Daño y a la Enfermedad.

3. Inestabilidad social: la creencia irracional total se refiere a la percepción de que se está aislado, se es diferente y, por lo tanto, no se forma parte de ningún grupo. Pese a que la obesidad es un problema que lo padecen millones de personas, el medio social no está hecho para estos pacientes, los asientos de los cines, del transporte público, e inclusive las camas de exploración no se adaptan a estos pacientes, situación que puede reforzar este esquema de percibirse aislado.

4. Fracaso: este esquema incluye la creencia raíz de que se es fracasado e inferior en relación con los otros, tanto en logros profesionales como interpersonales. La gente que tiene este ETD comúnmente se percibe como estúpida, inepta y tonta. Este resultado también fue encontrado en la investigación antes mencionada de Vliebeghe Y Braet (2007). Este esquema probablemente sea reforzado con todas aquellas situaciones en las que las personas han intentado iniciar continuar o mantener dietas o cambios en los estilos de vida, pero en donde los objetivos para la disminución del peso tal vez hayan sido muy estrictos o complejos y como consecuencia se presenta el fracaso que reafirma el esquema.

5. Autosacrificio: la gente con puntuaciones altas en este esquema cree posiblemente que es responsable de satisfacer y cumplir las necesidades de los otros por encima de las propias para evitar culpas y enojos (Caballo, 2005). Este esquema no está reportado en ninguna de las investigaciones revisada, una razón por la cual puede tener una elevación es que el 80% de la muestra fue de mujeres casadas con hijos y culturalmente las mujeres mexicanas tienden a actuar más por el bienestar de los demás que por el suyo propios, aunado a los esquemas antes mencionados, reafirman esta que la persona estará más preocupada por el problema de salud de los demás. La disminución de este esquema es un indicador de que la terapia cognitiva influye incluso en la percepción que se tiene de si mismo y de la relación con los demás tal como lo afirma Young en relación al objetivo de la Terapia de esquemas desadaptativos en donde se busca que la persona reconozca sus esquemas desadaptativos y afronte con base en estructuras de pensamiento lógico-funcional, buscando con ello reestructurar la forma en que se piensa en relación a algunos objetos, situaciones y relaciones. En paralelo este modelo promueve la identificación de patrones conductuales disfuncionales, de identificación de situaciones desencadenantes, entendimiento de la historia que fundamente al esquema, tipificación de estilos de afrontamiento, evaluación del temperamento (Klosko y Young 2003).

Es interesante emparejar estos resultados con lo descrito por Brunch (1988) y Riso (2006), que explican que los pacientes con obesidad tienen percepciones exageradas negativas de sí mismos, como pesimismo, ansiedad interpersonal, creencias irracionales, estilo atribucional negativo, evitación social y autoeficacia negativa, lo cual coincide con los esquemas que tuvieron una disminución significativa después del tratamiento cognitivo conductual.

En relación con los datos aportados por Raich (2001), los resultados coinciden con la disminución de dos de los esquemas: distanciamiento social y fracaso. Estos se relacionan con el tipo de distorsión cognitiva de generalizar los fracasos y de la atención selectiva hacia los defectos, lo que, como se mencionó anteriormente, tiene como consecuencia cierta vulnerabilidad ante la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad.

En el estudio de Vlierberghe y Braet (2007) se encontraron rangos altos en los esquemas de privación emocional, distanciamiento/aislamiento social, imperfección/vergüenza, fracaso, dependencia/incompetencia y vulnerabilidad hacia el daño y a la enfermedad. En el presente estudio, estos datos solo coinciden con el esquema de fracaso y el de privación emocional. Estos resultados nos podrían indicar que tal vez los esquemas desadaptativos tenderían a variar según la edad, ya que en el primer trabajo la población fue de adolescentes, mientras que en la presente investigación la población fue de adultos. Los esquemas que sí coinciden en ambos trabajos, los de

fracaso y privación emocional, podrían ser factores cognitivos que llevarían a prolongar las conductas inadecuadas referentes a la obesidad a lo largo de la adolescencia, juventud y etapa adulta.

En general, los puntaje del cuestionario de esquemas desadaptativos se encuentra entre 1.5 a 2.9 que son indicadores de que están presentes los esquemas pero no generan una alteración grave en el manejo de las situaciones que se le presentan aunque al observar los máximos y mínimos, hay puntajes que llegan hasta 6, porque hubo uno o dos participantes que respondieron de esta manera, lo que es ya un indicador de que ese participante tiene ese esquema muy arraigado. Después del tratamiento, en promedio todos los puntajes disminuyeron incluso los puntajes altos, pero al observar los máximos y mínimos, se presentó un aumento en los esquemas aislamiento social, defectuosidad/vergüenza, inestabilidad social, fracaso, dependencia/ incompetencia, vulnerabilidad al daño y enfermedad, reglas implacables y privación emocional los cuales son esquemas que coinciden con los esquemas de tener que ver con la sensación de rechazo, indignidad, y la falta de fuerza de voluntad que encontró Nauta y Hossopers con su población (2000) aunque como ya se dijo antes, esta situación no sucede con todos los participantes.

Por último, comparando los resultados de Aguilera et al. (2008) en relación con el perfil sobre los ETD, que obtuvieron con pacientes obesos tipo I y II, es importante mencionar que el esquema que disminuyó y que no se encuentra en dicho perfil es el de fracaso; que los esquemas que no disminuyeron y que se encontraron en este perfil fueron los siguientes: reglas implacables/estándares inflexibles, autosacrificio, inhibición emocional, reglas implacables y derecho/grandiosidad, y el esquema que sí aparece en este perfil y disminuyó fue el de abandono. A partir de esta información, se puede decir que el tratamiento cognitivo conductual de tipo grupal es capaz de disminuir el esquema característico de los pacientes con obesidad relacionado con la creencia irracional de que no se tendrá apoyo y protección y con las percepciones de inestabilidad e incredulidad a ese respecto. Como consecuencia, el tratamiento podría apoyar la disminución del peso y del IMC.

En lo que respecta a los datos antropométricos, principalmente el IMC, se encontró que, en la medición previa al tratamiento, la mediana estaba en el rango de obesidad I, sin embargo, en la medición posterior al tratamiento disminuyeron al rango de sobrepeso.

En cuanto a la explicación neurofisiológica de estos cambios, podemos decir que a partir de la nueva información que quedó en la memoria, relacionada específicamente en cuanto a los hábitos alimentarios, estos generaron respuestas diferentes y más adaptativas ante la comida y el ejercicio, y también en cuanto a situaciones en las que el fracaso ante alguna actividad estaba presente, tal y

como se da cuando, los participantes “rompían “ la dieta por alguna petición social, como, el día del las madres, y que anteriormente provocaba la aparición por parte de la memoria y el aprendizaje de una sensación de culpa y pensamientos inutilidad, ahora la nueva información, generaba solo, malestar, pero no en suficiente intensidad como para evitar que los nuevos hábitos hacia ingesta moderada desaparecieran , que como dice Brewin (1996) el tratamiento de cognitivo incluirá el desacoplamiento de los estímulos que desencadenan la respuesta emocional, pero también el procesamiento para integrar nuevos aspectos declarativos del sí mismo con conceptos y creencias preexistentes.

11. Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan datos que confirman que el tratamiento cognitivo conductual grupal puede ayudar a que los pacientes con obesidad no mórbida puedan modificar aquellos esquemas disfuncionales relacionados con esta enfermedad.

Al transformar e incluso crear nuevos esquemas de pensamiento, se cambian las conductas patógenas (sedentarismo, alimentación alta en carbohidratos, comer a deshoras, etc.) con la subsecuente disminución del IMC y del peso.

Con este tipo de tratamientos se modifican y se reestructuran las creencias básicas disfuncionales (ETD) de las personas obesas relacionadas con esta enfermedad. La combinación con modelos psicoeducativos para manejo y control del peso más el tratamiento en resolución de problemas (Mahoney, 1981) también puede inducir a los sujetos obesos a llevar a cabo cambios en los hábitos patógenos, en la disminución del IMC y del peso. Al identificar los propios esquemas y aceptarlos, las personas tienen la capacidad de relacionarlos con las conductas disfuncionales. Con ello, se generan metas alcanzables, objetivas, claras y medibles. Por otra parte, es probable que los debates grupales e individuales incitaran a los sujetos a identificar

A partir de los resultados obtenidos se puede resaltar la importancia de la psicoterapia en este tipo de pacientes en donde el cambio de hábitos es lo primordial ya que con este tipo de procesos se modifican creencias y recuerdos. Esto se da ya que esta, interfiere básicamente en la memoria episódica la cual es reconstructiva, va siempre modificando los contenidos en función del contexto de codificación y recuperación. Proporciona un nuevo marco de sentido que influye en el recuerdo y se edita con la información en función del contexto de la terapia, que en el caso de enfermedades que tienen un fuerte componente cognitivo como la obesidad , es muy impórtate su uso.

Algo que es necesario resaltar es que el hecho de que en pacientes con obesidad existan esquemas tempranos desadaptativos, no necesariamente indica una relación causal, ya que pueden existir personas que tienen estos mismos y no padecen la enfermedad. La mejor explicación es la relación de varios factores que se unen en un momento y situación determinada, por un lado, la interacción

del niño con sus cuidadores puede ser de mala calidad, poca estimulación que genere la creación de esquemas específicos basados en estas situaciones, y que son formas de responder de manera inmediata a su entorno y por otro lado pueden también estar asociados conductas, creencias en relación a la alimentación, que sean erróneos y disfuncionales que formaran parte de sus esquemas y hábitos alimentarios que aunado a los esquemas desadaptativos, formaran un círculo vicioso que llevara a que la enfermedad progrese y se consolide. En este trabajo estamos proponiendo una forma de romper con este círculo y generar, junto con otros tratamientos, bienestar en los pacientes con obesidad.

Por último, el hecho de agregar dentro del marco teórico aspectos relacionados a las neurociencias cognitivas es con el fin de hacer notar que ya no es suficiente con explicar los fenómenos comportamentales solo con lo observable o con los reporte verbales del paciente, es necesario entender que es lo que, desde el cerebro, está originando el malestar y al mismo tiempo, entendiendo el funcionamiento del encéfalo, la terapéutica psicológica retomara este conocimiento para mejorar la eficacia del mismo.

Kandel , premio nobel de medicina del 2000, hace referencia a la importancia de unir la biología, neuropsicología, psicología y la neurociencias para la comprensión y tratamiento de muchos problemas mentales y comportamentales : “A medida que nuestro conocimiento se amplía, las disciplinas biológicas y comportamentales se fundirán progresivamente en ciertos puntos; en aquellos puntos en los que nuestro conocimiento de la mente estará en un lugar más seguro” (Kandel, 2000, pág.744).

12. Limitaciones y recomendaciones.

Seria muy importante poder hacer estos estudios con muestras mucho más amplias y de diferentes culturas, ya que esas variables podrían estar influyendo en la aparición y mantenimiento tanto de los esquemas como de los hábitos alimentarios.

Por otro lado el seguimiento de los pacientes también se hace deseable para evaluar que tanto los cambios en los esquemas y hábitos es a largo plazo, o determinar quien tipo de reforzador se puede presentar. Y por último se recomendaría, someter a pruebas más rigurosas muchas de la teorías que explican el funcionamiento mental para estar más seguro de que el trabajo que se esta realizando va por buen camino y no confiar solamente en los resultados de instrumentos de autoreporte.

Referencias

- Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. (2004) Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *Journal of Pediatric*; 145: 20-25.
- Aguilera, S., Leija, A., Rodríguez, Ch. & Lara, P. (2006). Esquemas tempranos desadaptativos en mujeres con obesidad I y II México D. F. Ponencia presentada en el Primer Encuentro Multidisciplinario de Investigación
- Álvarez, R. (1997). Para salir del laberinto. España: Sal Terrae.
- Ávila R .(2007).Citas textuales sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud1. *Nutriinfo*. [citado 25 Agosto 2010], p.92-8. Disponible en Internet: http://www.nutriinfo.com/jornadas_nutricion_deportiva_exico_200/ponencias_avila_estrategia_mundial.pdf. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.2466/pms.109.3.931-940>
- Barquera, F. S., Barquera, S., García, E., González- Villalpando, C., Hernández, A. M., Lonngi, G., et al.
- Beck At., Rush A. J., Shaw B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford
- Beck, A. T. (1967). *Degression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Guilford
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2006). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2.nd edition).
- Bell E, Rolls J. (2003). Regulación de la ingesta de energía: factores que contribuyen a la obesidad. En: ILSI. *Conocimientos actuales en Nutrición*. Washington DC; OPS/ILSI; 2003: 34- 43.
- Billington, C., Epstein, L. H., Goodwin, N. J., Hill, J. O. & Pi-Sunyer, J. F. (2000). *Dieting and the development*
- Buffalo EA, Bellgowan PSF, Martin A. 2006. Distinct roles for medial temporal lobe structures in memory for objects and their locations. *Learn Mem* 13: 638–643.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de trastornos de la personalidad*. España: Síntesis.
- Canario J., Baez M. (2011). distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con- con VIH. *Revista de psicología científica.com*. Vol. 13 año 2011.

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-61-1-distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih.html>

Camerini, J. (2005). Introducción a la Terapia Cognitiva. Buenos Aires. Pág 45-55

Cash, T. & Prizinsky, T. (2002). Body image. A handbook of theory, research and clinical practice. New

Chiprut, R. , Castellanos, A., Sánchez C., Martínez D., Cortez, M. Del Conde P., 2001. La obesidad en el Siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gacets Médica Mexicana Vol. 137 No. 4, 324-336

Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and Clinician's Guide. New York: The Guilford Press.

Cooper, Z., Fairburn, Ch. G. & Hawker, D. M. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. A core cognitive processes in cognitive therapy. Cognitive Therapy and Research, Diario Oficial de la Federación. (7 de diciembre de 1998). Norma Oficial Mexicana. NOM-174- SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad, México.

Dionne, I., Almeras, C., Bouchard, A., & Tremblay, A. (2000). The association between vigorous

Duperly, J. (2005) Sedentarismo vs ejercicio en el síndrome metabólico. Acta Medica Colombiana Vol. 30 N° 3, 133-173

Eichenbaum H. (2000) A cortical–hippocampal system for declarative memory

Eichenbaum H., Ergorul C. (2004) The Hippocampus and Memory for "What," "Where," and "When" Learn. Mem. 2004 11: 397-405
<http://learnmem.cshlp.org/lookup/doi/10.1101/lm.73304>.

Elizagarate, E., Ecurra, J., & Sanchez, P.M. (2001). Obesidad. Salud Global, 3, 1-17. (citado 25 Agosto 2010) Disponible en Internet: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3-01.pdf>

ENAC. Encuesta nacional de enfermedades crónicas (1993) Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Mexico.

ENSANUT. Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Revisado el 4 de abril del 2011, de <http://www.insp.mx/ensanut/>

Exercise, 32, 392–395. Disponible via: <http://dx.doi.org/10.1007/12349-009-0067-y>

Farriol, M., Nogues, R. Benarroch, G. (2001) Etiopatogenia de la obesidad: actualidad y futuro. *Nutrición Hospitalaria*.16 (4), 113-11

Fernández, M. (1992). Evaluación de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad. México:

Flores, M., Macías, N., Rivera, M., Lozada, A., Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., Tucker, K. (2010) Dietary Patterns in Mexican Adults Are Associated with Risk of Being Overweight or Obese *J. Nutr.* 2010 140: 10 1869-1873

Glascher, J., Adolphs, R. (2003). Processing of the arousal of subliminal and supraliminal emotional stimuli by the human amygdala. *Journal of Neuroscience*, 23, 10274–82.

guide. New York: Guilford Press.

Hammond RS, Bond CT, Strassmaier T, Ngo-Anh TJ, Adelman JP, Maylie J, Stackman RW. (2006) Small-conductance Ca²⁺-activated K⁺ channel type 2 (SK2) modulates hippocampal learning, memory, and synaptic plasticity. *Journal of Neuroscience*. Feb 8;26(6):1844-53.

Hayward, K. (2002). The process of restructuring and the treatment of obesity in women. *Health Care for*

Hernández A., Aguilera C, Gil M. (2007) Genética de la obesidad humana. *Nutrición clínica en Medicina* Noviembre. Vol. I - Número 3. pp. 163-173

Hernández-Muela S, Mulas F, Mattos L.(2005) The contribution of the cerebellum to cognitive processes. *Revista de Neurología* Jan 15;40 Suppl 1:S57-64.

Hummel, F., Andres, F., Altenmüller, E., Dichgans, J., Gerloff, C. (2002): Inhibitory control of acquired motor programs in the human brain. *Brain* 125, 404-420.

Instituto Nacional de Salud Pública (2000). Encuesta Nacional de Salud. México. Recuperado el 7 de julio del 2009, de <http://www.insp.mx/ensa/>

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado el 4 de abril del 2009, de <http://www.insp.mx/ensanut/>

Klosko, J. S., Young, J. E., Weishaar, M. E. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy*. New York: Guilford Press.

Knowlton, B, Mangels J, Squire, L. (1996) A Neostriatal Habit Learning System in Humans. *Science* 6 September 1996: Vol. 273 no. 5280. 1399-1402 DOI: 10.1126/science.273.5280.1399

Kristensen ST. Social and cultural perspectives on hunger, appetite and satiety. (2000) *Eur Journal Clinic Nutrition* ; 54: 473-478.

Lemos M., Londoño N., Zapata J. (2007) Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, No. 9 pág 55-69

Levitt, T., Fugelsang, J., & Crossley, M. (2006). Processing speed, attentional capacity, and age-related memory change. *Experimental Aging Research*, 32, 263-295.

Li , X., Wang D., Kai Y. , Guo X., Lin , Y., Samayoa C. , Yang H (2003) *Genetics*, 4(Suppl 1): S35-S35 .

M. Volery, I. Carrard, P. Rouget, M. Archinard and A. Golay (2006) Cognitive distortions in obese patients with or without eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2006 Dec;11(4):e123-6.

Mahoney, M. (1981). *Control permanente de cambio de peso*. México: Trillas.

MATSUDO, V. K. R. *Atividade Física e Saúde. Âmbito Medicina Esportiva*, São Paulo, 1997, 7, 17-20.

Morgado I. (2005) *Psicobiología del aprendizaje y la memoria: fundamentos y avances recientes*. *Revista de Neurología* ; 40 (5): 289-297

Morris JS, Ohman A, Dolan RJ (1998) Conscious and unconscious emotional learning in the human amygdala. *Nature* Jun 4;393 (6684):467-70.

MULVIHILL, C.; RIVERS, K. and AGGLETON, P. Views of young people towards physical activity. *Health Education*, 2000, 100, 5.

Navas, José J. (1998). *Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC)*. Santurce: PSYPRO.

Neel J. (1967) Diabetes Mellitus: A “Thrifty” Genotype Rendered Detrimental by “Progress”? *American Journal Human Genetic*. 1962 December; 14(4): 353–362.

of eating disorders in overweight and obese adults. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2581-2589.

OMS. (2011) *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311. En : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Revisado 25 julio 2011

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Obesidad y sobrepeso ¿Qué son la obesidad y el sobrepeso?* Recuperado el 7 de noviembre de 11 de 2009, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.

- Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002; 29: 280-285.
- Patrick H, Nicklas TA. (2005) A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal American College Nutrition*
- Paz R, Pelletier JG, Bauer EP, Paré D. (2006) Emotional enhancement of memory via amygdala-driven facilitation of rhinal interactions. *Nature Neuroscience* Oct; 9 (10): 1321-9.
- Pelletier JG, Bauer EP, Paré D. Paz R, (2006) . Emotional enhancement of memory via amygdala-driven facilitation of rhinal interactions. *Nature Neuroscience* Oct;9(10):1321-9.
- physical activities and fat deposition in male adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2006; 38(12):2073-8.
- Piaget, J. (1997). *Biología y conocimiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 134-144.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualizaciones de casos clínicos*. Bogotá:
- Román Y., Díaz B., Cárdenas M., Lugly Z. (2005). Construcción y Validación del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Ciencia y Salud*, Vol. 18, Num. 1. Pág. 45-46
- Sánchez C., Pichardo O., López R., (2004) Epidemiología de la obesidad, *Gac Méd Méx* Vol.140, Suplemento No. 2,
- Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Schacter, D. L. (1995) Priming and multiple memory systems: perceptual mechanisms of implicit memory. En Schacter y Tulving (Eds.), *Memory Systems* 1994 (pp. 233-
- Schnell M., Domínguez Z, Carrera, C. (2007) Aspectos genéticos, clínicos y fisiopatológicos del Síndrome Metabólico. *Anales Venezolanos de Nutrición* 2007; Vol. 20 (2): 92-98.

- Squire, L. R. & Kandel, E. R. (1999) *Memory: From mind to molecules*. New York, NY: Scientific American Library.
- Squire, L. R., Knowlton, B. & Musen, G. (1993) "The structure and organization of memory". *Annual Review of Psychology*, 44, 453-495.
- TELAMA, R., & X. YANG. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2000. 32, 9, 1617-22.
- Villagrán, J. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.
- Vlierberghe, L. V. & Caroline, B. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 342–351.
- Wadden, T. & Foster, G. (2000). Behavioural treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 84,
- Williamson, D. A. (1996). Behavioural Treatment of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of Women International*, 21, 615-616.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: schema-focused approach*. USA: Ed. Profesional
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. (2nd ed.). New York: Ed. Cognitive
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reinventar tu vida*. New York: Plume Books.
- Young, J. E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (revised ed.).
- Young, J. E. (2003). *Cuestionario de Esquemas Tempranos de Young, forma larga*. México: Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitiva Conductual.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's*

ANEXOS

Sesiones

1. Presentación de integrantes, pacientes y del programa. Tema: especificar problema y recolectar datos (Mahoney, 1981). Información de sobrepeso, obesidad, riesgos, familia, alimentación, actividad física y hábitos por kilos. Revisión de diarios de ingesta gasto calórico. Identificación de ETD de Young.
3. Debate didáctico e identificación de pautas conductuales (Mahoney, 1981). Alimentación, gasto energético, situaciones precipitantes-estímulos y ABC.
4. Explicación de nutrientes y hábitos generales:
¿Cómo como? ¿Cuándo como? ¿Dónde como? ¿Por qué como? Metas realistas. Presentación de las 5 dimensiones y sus esquemas (creencias y distorsiones). Debate didáctico.
5. Cambio de hábitos: inmunógenos por patógenos y su relación con mi propio esquema.
6. Repaso de la sesión anterior. Examen de soluciones probables con base en pasos anteriores. Identificación personal de esquema y aceptación. Debate didáctico.
7. Porciones, revisión histórica del aumento de porciones, tips de porciones (más de qué y menos de qué). Limitar y explorar ABC (“Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”). Debate metafórico.
8. Diario del ABC (pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y creencias intermedias): monólogos funcionales y disfuncionales y su relación con la alimentación.
9. Debate empírico y filosófico. Relajación diafragmática.
10. Detección de pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y creencias intermedias. Técnica de paro de pensamiento.
11. Revisión de todo el programa, dudas, reforzamiento, extinción, etc. Etiquetas. Relajación progresiva de Jacobson.
12. Extender, revisar o cambiar (Mahoney, 1981). Retroalimentación de identificación de esquemas y técnica de abogado del diablo.
Control de estímulos en casa, asertividad (aprender a decir que no), planeación de fiestas y reuniones. Relajación.

13. Retroalimentación del proceso completo. Identificación de cambios cognitivos, emocionales, conductuales y cambios fisiológicos.

14. Técnicas de modificación de pensamientos disfuncionales (cambio de foco de Atención), último debate funcional y empírico. Revisión de autocontrol en casa. ¿Cómo transmitirlo aprendido?

Despedida y mediciones postratamiento: Cuestionario de Esquemas de Young y mediciones antropométricas.