



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**PERFIL COGNITIVO QUE FAVORECE AL MANTENIMIENTO
DEL ESTADO FÍSICO DE OBESIDAD**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

MARIANA BERNAL MARTÍNEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: LIC. JAVIER RIVERA CONTRERAS

COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

LIC. JESUS BARROSO OCHOA

LIC GERARDO REYES HERNÁNDEZ

LIC. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

Con mucho cariño dedico esta tesis a:

Mi madre. Por demostrarme que con ganas y valor todo se puede, a no darme por vencida y enfrentar cada obstáculo que se me presenta luchando siempre por alcanzar cada uno de los objetivos que me propongo; y que con tu ejemplo me has enseñado a ser una mujer fuerte, ya que gran parte de lo que soy te lo debo a ti, y principalmente por todo su paciencia, apoyo y amor incondicional que me ha brindado a lo largo de todo este proyecto y de toda mi vida.

Mi padre. Por cada uno de tus consejos con los cuales he podido aprender de mis errores e ir mejorando día con día, por enseñarme a ser una mejor persona con todos los que me rodean, por las porras y la motivación que me ofreciste a lo largo de este proceso, y sobre todo por el amor que me demuestras día a día.

A mis hermanos. Por ser parte fundamental en mi vida, la cual no sería la misma sin ustedes, por cada momento que hemos compartido en las buenas y en las malas, por siempre estar ahí y por su cariño incondicional.

A mi novio. Que gracias a tu fortaleza, comprensión, apoyo y motivación pude superar cada dificultad que se presentaba durante este trayecto; por el amor que me demuestras en todo este tiempo y por hacerme muy feliz.

A los profesores. Por sus valiosos comentarios y oportunas observaciones

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ustedes.

Mariana

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	8

CAPITULO I

OBESIDAD	8
1.1. Antecedentes del sobrepeso y la obesidad.....	8
1.2. Definición de obesidad.....	9
1.3. Clasificación del índice de masa corporal	10
1.4. Epidemiología mundial y nacional de la obesidad.....	12
1.5. Factores de riesgo.....	15
1.6. Consecuencias de la obesidad.....	19
1.7. Tratamientos farmacológicos y psicológicos para el sobrepeso y la obesidad..	21

CAPITULO II

PSICOTERAPIA COGNITIVA	29
2.1. Definición de terapia cognitiva.....	29
2.2. Fundamentos históricos.....	31
2.3. Principios de la terapia cognitiva	33
2.4. Conceptualización cognitiva.....	35
2.4.1. Pensamientos Automáticos.....	36
2.4.2. Distorsiones cognitivas.....	38
2.4.3. Creencias Intermedias.....	40

3.4.4. Creencias Centrales.....	41
CAPITULO III	
ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS	44
3.1. Dominios de los esquemas disfuncionales tempranos	47
3.2. Estilos de afrontamiento ante el esquema.....	51
3.3. Semejanzas y diferencias entre la terapia cognitiva estandar de beck y la terapia centrada en esquemas de young.....	53
MÉTODO	56
Pregunta de investigación	56
Objetivo general	56
Objetivos específicos.....	56
Definición y medición de variables.....	56
Diseño	57
Participantes.....	58
Instrumentos.....	58
Procedimiento	59
RESULTADOS	60
PERFIL DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD APARTIR DE UNA CONCEPTUALIZACION COGNITIVA	85
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS.....	109
ANEXOS	115

PERFIL COGNITIVO QUE FAVORECE AL MANTENIMIENTO DEL ESTADO FÍSICO DE OBESIDAD

RESUMEN

El problema de la obesidad ha ido incrementando tanto a nivel mundial como nacional teniendo como consecuencias diversas enfermedades e incluso la muerte. El objetivo de este trabajo es elaborar un perfil cognitivo de las personas con obesidad, el cual nos permita conocer al sujeto, su pensamiento y el origen de su conducta de sobreingesta partiendo del enfoque de la terapia centrada en esquemas de Young basada en la terapia cognitiva de A. Beck.

La investigación no experimental, descriptiva se llevó a cabo en la Ciudad de México, la muestra estuvo conformada por 104 participantes entre 20 y 40 años, los cuales se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo a su Índice de Masa Corporal en inferior (n=26), normal (n=26), sobrepeso (n=26) y obesidad (n=26); la evaluación se llevó a cabo con el Cuestionario de Esquemas de Young (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter, Mestre y Marín., 2003) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (Weissman & Beck, 1978).

Para el tratamiento de los datos se utilizó Estadística descriptiva; los resultados muestran tendencias cognitivas disfuncionales y/o patológicas predominantes en el grupo de obesidad en comparación con los demás grupos, elaborándose así el perfil cognitivo de las personas con obesidad.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud que ha ido aumentando impresionantemente, causando un incremento en el índice de mortalidad tanto a nivel mundial como nacional. En nuestro país la situación es alarmante ya que de acuerdo con la Asociación Mexicana para las Naciones Unidas (2010) México se encuentra en segundo lugar entre los países con mayor índice de obesidad en adultos y en primer lugar con mayor índice de obesidad infantil.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) la obesidad se define como: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, que es el resultado de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas y la cantidad de calorías gastadas.

Esta enfermedad se ha atendido primordialmente a nivel médico debido a las consecuencias fisiológicas relacionadas a este padecimiento, en donde además de los medicamentos el profesional de la salud focaliza toda la atención del paciente en la pérdida de peso a base de dietas, sin considerar otras áreas de su vida y dejando a un lado la necesidad de modificación de hábitos de vida y conducta; por lo que esto puede ocasionar que en la mayoría de los casos no se obtienen buenos resultados, ya que hay cierta resistencia por parte del paciente (Bertran-Vilá, 2010). Lo que justifica los esfuerzos por aumentar y profundizar el conocimiento sobre las variables psicológicas principalmente cognitivas que están implicadas en la obesidad.

En relación a la atención psicológica para las personas con esta enfermedad, se ha comprobado en diversos estudios que la terapia cognitiva-conductual se utiliza con mejores resultados (Aguilera, Leija, Rodriguez, Trejo y López, 2009), ya que además de trabajar con la modificación de conducta en cuanto a los hábitos de alimentación como un programa nutricional o de ejercicio también se ocupa de realizar la evaluación y modificación de los componentes cognitivos que están asociados a este problema.

El estudio de los componentes cognitivos se debe principalmente a A. Beck con su terapia cognitiva estándar en la cual explica que nuestros pensamientos van a influir significativamente en nuestras emociones y conductas; por esta razón es fundamental conocer el modo en que el individuo estructura el mundo a partir de la conceptualización de sus pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias centrales (Beck J. , 2000); estos elementos están basados en creencias desarrolladas a partir de aprendizajes anteriores, que si no son adecuados pueden construir afectos desagradables como enojo, ansiedad, depresión, tristeza, etc. que favorecen en el caso de las personas con obesidad los episodios de ingesta excesiva o de alto contenido calórico.

Sin embargo, tal como lo menciona Caro (2007) para poder organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimientos y de relaciones con los demás se hace necesario incluir un elemento más que Young ha denominado esquemas disfuncionales tempranos; definidos como “temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos” (Young, 1990 como se citó en Caro, 2007, p. 322). Así el conocimiento de los esquemas disfuncionales tempranos nos permite saber cómo interpreta el individuo el mundo de una manera más profunda y de esta manera se podrá obtener una exploración más exhaustiva de los orígenes del problema del individuo.

La evidencia actual sobre el tema es limitada a nivel nacional y se requiere un mayor conocimiento para establecer lineamientos de prevención y atención, encaminados a una intervención más profunda e integral, lo que facilitará la pérdida de peso. El presente estudio retoma la necesidad de conocer los esquemas disfuncionales tempranos que predominan en las personas obesidad, así como los estilos de afrontamiento que se utilizan ante dichos esquemas con base en las actitudes disfuncionales; con el objetivo de formular un perfil cognitivo propio de las personas con obesidad, evaluar y describir los procesos cognitivos disfuncionales que motiven su conducta de sobreingesta. Esto permitirá a nosotros los psicólogos tener una mejor comprensión, innovación y planeación de un modelo de intervención que permita confrontar directamente la causa y raíz del problema.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I OBESIDAD

1.1. Antecedentes del sobrepeso y la obesidad

El consumo de alimentos es indispensable para la vida de cada individuo, al mismo tiempo, es un acto social; es por eso que a través del tiempo la obesidad se ha percibido de diferentes maneras de acuerdo a la época en la que se vive. En el período de la prehistoria el exceso de tejido adiposo se veía de cierta forma como una señal divina de salud y de longevidad, ya que como los humanos debían recolectar y cazar sus propios alimentos que en ocasiones eran escasos, los que habían acumulado más grasa lograban sobrevivir a los períodos de hambruna. De acuerdo con Gutiérrez, Mariscal, Almanzor, Ayala, Gama y Lara (2011) la única constatación que se tiene de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas, la más conocida es la Venus de Willendorf.

Por otro lado en la antigua Grecia, según Méndez-Sánchez, Pichardo-Bahena, Guevara-González y Uribe (2002) se reconocen las consecuencias negativas del sobrepeso y la obesidad con los textos de Hipócrates (460 a 377 a.C.), en donde comenta que las personas que tienen una tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas, además de que la obesidad era causa de infertilidad en mujeres y reducía la frecuencia de las menstruaciones.

Sin embargo, en la Edad Media que comprende desde la caída del Imperio Romano (476 d.C.) hasta la caída del Imperio Bizantino (1453 d.C.), la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y el peso corporal; por un lado el ayuno era una forma de mostrar respeto, pero por otro la obesidad era considerada un regalo de Dios y un signo tangible de bienestar que solo los nobles como los reyes o cardenales y papas, podían tener (Gutiérrez et al., 2011; Méndez-Sánchez et al., 2002). En la edad moderna (siglo XVIII) se continúa con esta percepción de la obesidad ya que eran símbolos de éxito social

y personal, así como de sensualidad, belleza, salud y bienestar, indicando buena posición socioeconómica (Jáuregui, 2006 como se citó en Ruíz, Santiago y Bolaños, 2010). Poco a poco, este concepto fue cambiando hasta llegar al siglo XIX, ya que las personas con obesidad estaban sujetas al rechazo y discriminación siendo la extrema delgadez el símbolo del éxito socioeconómico.

Hasta hace poco la obesidad era vista como un problema meramente estéticos en donde la pérdida de peso era importante sólo para verse mejor y ser aceptados socialmente; no obstante actualmente se reconoce como una problemática grave de salud que, de acuerdo con Barquera, Campos, Hernández y Rivera (2012) se ha vuelto prioritario que requiere de atención y acciones inmediatas para una mejor prevención, diagnóstico oportuno y mayor control.

1.2. Definición de obesidad

De acuerdo con Ponce (2008), la nutrición es el proceso a través del cual el organismo obtiene de los alimentos la energía y nutrimentos necesarios para el sostenimiento de sus funciones vitales. La ingestión inadecuada de alimentos en cantidad o calidad y el deficiente funcionamiento del proceso, ocasionan una mala nutrición que puede ser por déficit (desnutrición) o por consumo excesivo (obesidad). De esta manera se puede decir que la obesidad se presenta cuando la ingesta de alimentos es superior a las necesidades del organismo (Bertran-Vilá, 2010); estos se producen de manera gradual, es decir, por lo general el aumento de peso se da poco a poco, debido al consumo excesivo de alimentos ricos en azúcares y grasas, como: refrescos, bebidas alcohólicas, botanas, harinas, alimentos elaborados con exceso de grasas, aderezos y frituras, entre otros.

Como es bien sabido en la actualidad la obesidad es considerada como una enfermedad crónica que compromete el bienestar físico y psicológico de los individuos; su origen es multifactorial ya que como veremos más adelante están influidas por diversos factores tanto biológicos como ambientales y personales. De acuerdo con la OMS (2015) la obesidad se define como: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para

la salud. Se caracteriza por un exceso de tejido adiposo el cual produce un incremento en el peso corporal con relación a variables como sexo, talla y edad (Moreno, Cancer y Garrido, 2000), esto es el resultado principalmente de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas y la cantidad de calorías gastadas; lo que quiere decir que si una persona consume alimentos de alto valor calórico y tiene una insuficiente actividad física tendrá una mayor probabilidad de desarrollar dichas enfermedades y generar diversas complicaciones. Sin embargo, es importante mencionar que la obesidad no son solamente es consecuencia de una gran disponibilidad de alimentos, pues se reduciría a los países privilegiados, sino más bien es el resultado de un ambiente obesogénico, es decir un ambiente que facilita estilos de vida inadecuados y el sedentarismo; que es propiciado por la urbanización (Popkin & Gordon-Larsen, 2004 como se citó en López-Alarcón y Rodríguez-Cruz, 2008).

1.3. Clasificación del índice de masa corporal

Se han establecido diferentes mediciones para diagnosticar y clasificar la obesidad; un ejemplo de estas mediciones se realiza con la distribución de la grasa corporal; esta puede ser una distribución de tipo androide la cual se caracteriza porque los depósitos de grasa se centran en la región abdominal y en la parte superior del cuerpo (el pecho), formando de esta manera una silueta de manzana, esta distribución se encuentra por lo general en el hombre; mientras que la distribución ginoide las reservas de grasa se acumulan en las caderas y piernas, creando una forma de pera en el cuerpo, que por lo general se observa en la mujer (Chavarría, 2005; Barquera, Barquera, García, González, Hernández, Lonngi, et al, 2003 como se citó en Salvador, 2011).

Ponce (2008) menciona otra medición que es común y muy útil en la atención de la obesidad es la circunferencia de la cintura, se considera que en mujeres una circunferencia de cintura mayor de 80 y hasta 88 cm es factor de riesgo elevado para sufrir enfermedad crónica degenerativa; y para los hombres una circunferencia de cintura entre 95 a 102 cm se cataloga como riesgo elevado. Sin embargo, la medida que es más utilizada a nivel mundial es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual fue establecido por el estadístico, matemático

y sociólogo belga Adolphe Quételet quien propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (Gutiérrez et al., 2011). El IMC se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), esta medición es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades (OMS, 2015).

La clasificación de la OMS es la siguiente:

Tabla 1.
Clasificación del Índice de Masa Corporal según la OMS

CLASIFICACIÓN	IMC	RIESGO DE COMORBILIDADES
Bajo peso	< 18.5	Bajo (pero con riesgo de otros problemas de salud)
Peso normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso o Pre obesidad	25.0 – 29.9	Mediano
Obesidad		
- Grado I	30.0 – 34.9	Moderado
- Grado II	35.0 – 39.9	Importante
- Grado III	≥ 40	Muy importante

Nota Fuente: García-García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo (2010). La obesidad: Perspectiva para su comparación y tratamiento. México: editorial Médica Panamericana

Si bien el IMC tiene como limitación el no expresar la cantidad ni la distribución de grasa corporal y que tal como lo explican Rubio et al. (2007) no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados como deportistas y en ancianos; a nivel de punto de corte, tiene una sensibilidad de 43.6% y una especificidad cercana al 100% (Chavarría, 2002 como se citó en Salvador, 2011). Además es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico dada su reproductibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población.

En México, el sistema de salud cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-174- SSA1-1998: Para el manejo integral de la obesidad (Ponce, 2008), que define la obesidad como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo; dentro de esta norma se determina la clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo a la talla de la población adulta:

Tabla 2.

Clasificación del Índice de Masa Corporal según la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998

	SOBREPESO	OBESIDAD
TALLA NORMAL	IMC mayor de 25 y menor de 27	IMC mayor de 27
TALLA BAJA <i>(talla baja es menor de 1.50 metros en la mujer adulta, y para el hombre menor de 1.60)</i>	IMC mayor de 23 y menor de 25	IMC mayor de 25

1.4. Epidemiología mundial y nacional de la obesidad

La obesidad es considerada como un problema de salud mundial, en el cual la prevalencia ha ido en aumento de forma alarmante; no sólo en los países de primer mundo, sino también en países que están en vía de desarrollo (Rubio et al., 2007). De acuerdo con la OMS (2015), en 2014, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, en ese año alrededor del 13% de la población adulta mundial (11% de los hombres y 15% de las mujeres) eran obesos y el 39% de los adultos tenían sobrepeso (38% de los hombres y 40% de las mujeres); esto significa que la prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.

Actualmente esta misma organización determina que ambos problemas son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, siendo por lo menos 2,8 millones de personas adultas que fallecen cada año como consecuencia de la obesidad, además el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles a la obesidad; de tal manera que según Rubio et al. (2007) se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco.

De acuerdo con la Asociación Mexicana para las Naciones Unidas (2010) en México el problema de la obesidad se ha ido incrementando muy rápidamente y actualmente se

encuentra en segundo lugar de los países con mayor índice de obesidad en su población con el 30%, superado de nuevo por Estados Unidos de América con el 33.8%; y comparando la prevalencia en países de América Latina, México se ubica en el primer lugar (Figura 1) (López-Ridaura, Rivera, Lazcano y Hernández, 2012); por lo que de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2013) este fenómeno constituye uno de los grandes retos a los que se debe enfrentar el sistema de salud mexicano.

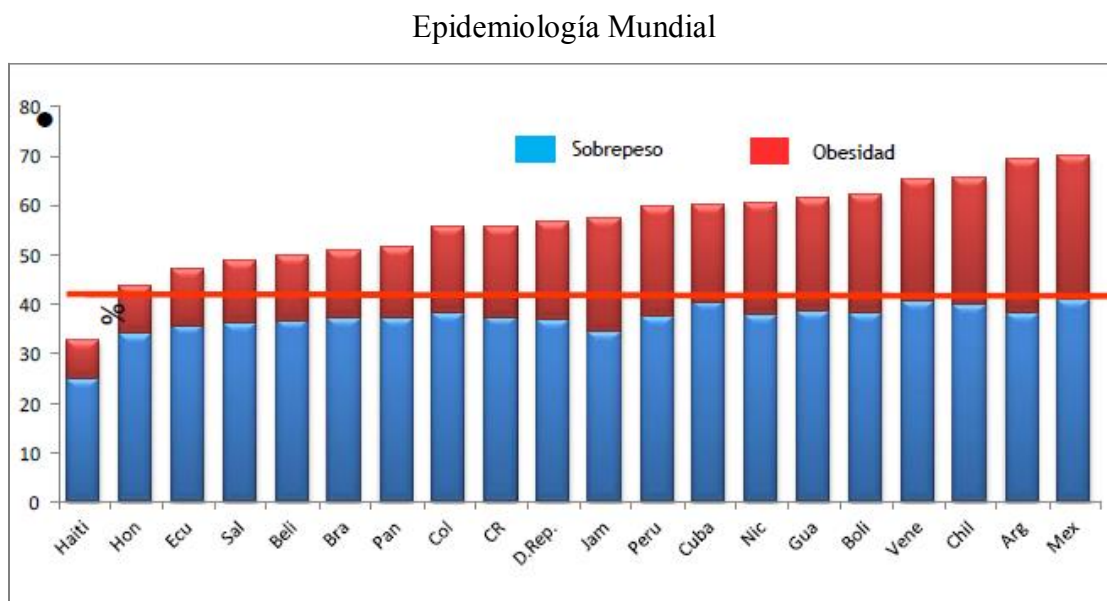


Figura 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en países de América Latina según la OMS (López-Ridaura, Rivera, Lazcano y Hernández, 2012)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) realizada por Barquera et al. (2012), se obtuvo que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4%, siendo más alta en el sexo femenino con un 37.5% que en el masculino con el 26.8% (Figura 2).

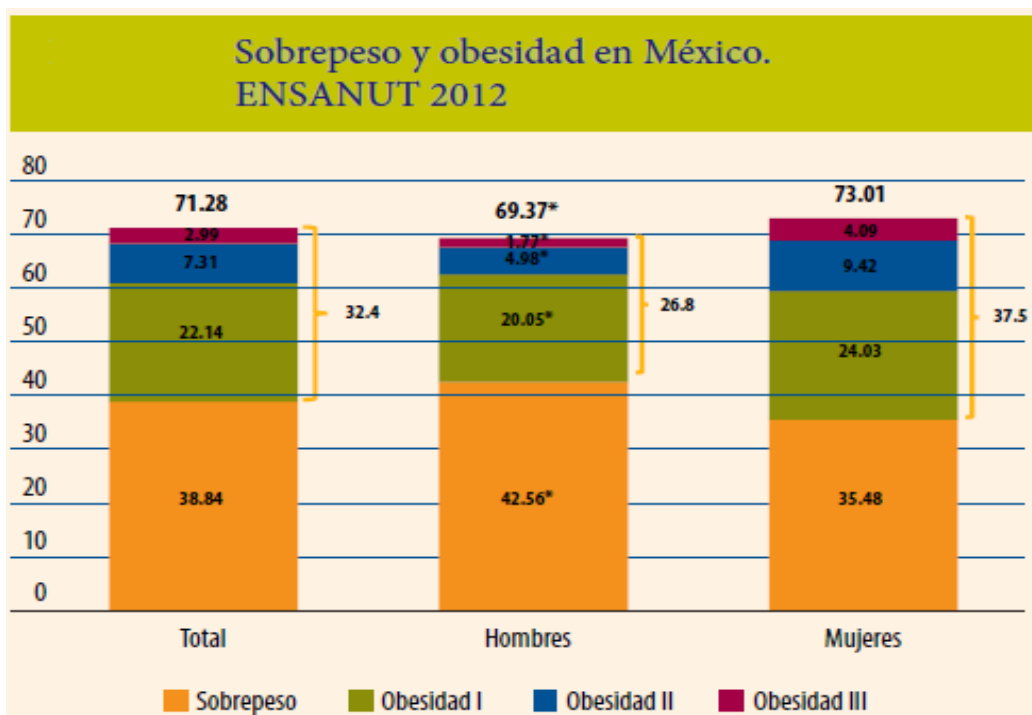


Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México según la ENSANUT (Barquera, Campos, Hernández y Rivera, 2012)

Por otro lado, en referencia a la prevalencia de la obesidad en los diferentes niveles socioeconómicos, regiones y localidades de nuestro país (Figura 3); se encuentra que en el nivel socioeconómico alto con el 73.5%, en zonas urbanas con un 72.9% y en la región norte del país con 73.2% es mayor, sin embargo en la Ciudad de México particularmente se observa un porcentaje superior (73.8%).

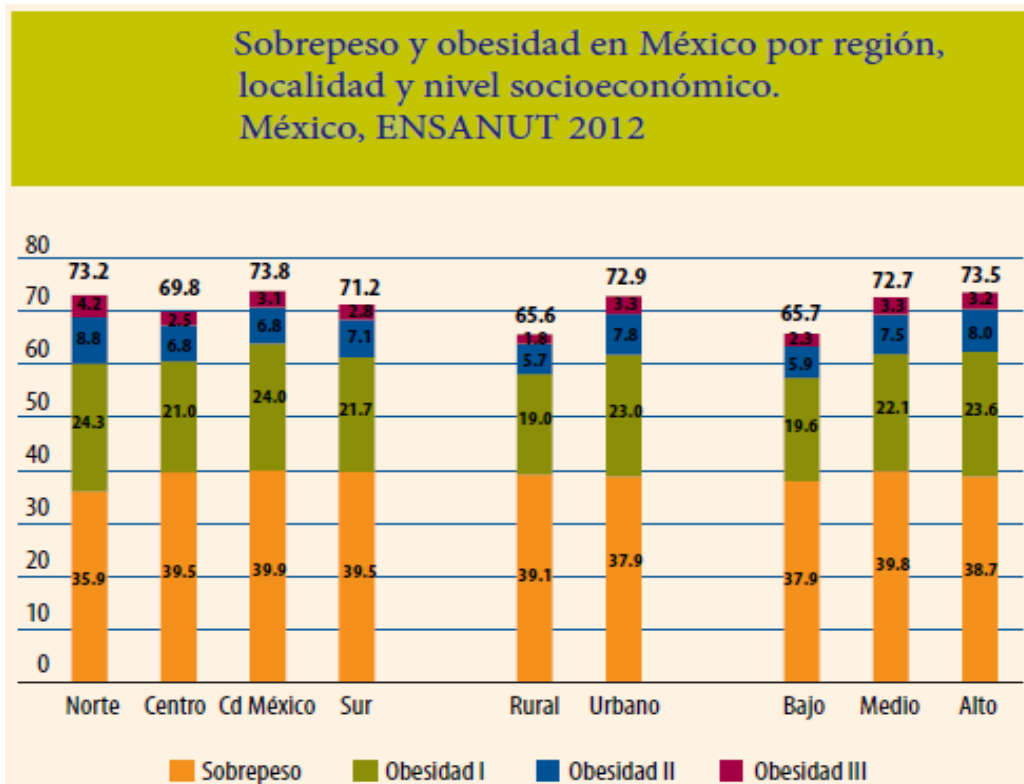


Figura 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo al nivel socioeconómico, región y zona del país de México según la ENSANUT (Barquera et al., 2012)

1.5. Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo en la obesidad es un elemento clave para la prevención de la misma; y esto se ha ido estudiando a lo largo de los años, un ejemplo de ello está en la publicación de Malcolm Flemyng (1760, como se citó en Gutiérrez et al., 2011) sobre la obesidad en donde señala cuatro causas de la obesidad; la primera ligada al exceso de comida, especialmente de tipo graso, y las otras tres causas de la obesidad, condicionadas por teorías vigentes en la época eran una alteración en la textura de la membrana celular y un anormal estado de la sangre que facilitarían el depósito de la grasa.

En la actualidad sabemos gracias a la OMS (2015) que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas; esto se debe a que las personas han aumentado la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros nutrientes, aunado a un

descenso en la actividad física. Para ampliar más sobre este tema se han realizado investigaciones las cuales determinan que la obesidad se debe a diversas causas o factores, por lo que se dice que son enfermedades multifactoriales.

Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Ríos (2010 como se citó en Arango y Villegas, 2013) en el cual expone que la causa de la obesidad puede ser de dos tipos endógena provocada por problemas endocrinos y metabólicos (hipotiroidismo, problemas con la insulina, disfunción de alguna glándula endocrina, entre otros); y exógena causada por los hábitos de cada persona (como inadecuado régimen de alimentación y hábito de vida sedentario); además explica que la endógena es menos común entre un 5 y 10%, en cambio la exógena es la más frecuente, ya que entre un 90 y un 95% de las personas que la padecen se debe a esta causa. Asimismo se establecen otras clasificaciones de los factores (Causas de la obesidad mórbida, 2012 como se citó en Arango y Villegas, 2013):

- Factores genéticos o hereditarios: Que básicamente se refiere a la predisposición familiar a la obesidad.
- Factores ambientales: Referente al entorno de la persona, su nivel de actividad física, dieta, ejercicio y estilos de vida.
- Factores psicológicos: Que integra la ansiedad, estrés, depresión y el cómo se percibe a sí mismo que pueden llegar hacer que la persona coma en exceso o no se ejercite lo suficiente.

Desde el punto de vista genético, la obesidad se debe a desajustes en la distribución de nutrientes entre los tejidos, a fallos en la regulación de las reservas lipídicas, o bien a fallos en los mecanismos neuroendocrinos que actúan a nivel hipotalámico los cuales promueven la sensación de apetito y saciedad (Rubio et al., 2007). López-Alarcón y Rodríguez-Cruz (2008) han identificado genes que tienen un impacto importante sobre el desarrollo de la obesidad en la mayoría de las poblaciones, entre ellas la mexicana, son el del receptor adrenérgico beta 3 (ADRB3), el del receptor de la leptina (LEPR) y el del receptor activado por proliferadores de peroxisomamma (PPAR-G), estos mismos autores exponen que la evidencia científica actual indica que los factores genéticos están involucrados en el desarrollo de obesidad en aproximadamente 30 a 40% de los casos.

Sin embargo como se mencionó anteriormente existen también factores ambientales que están implicados en el desarrollo de la obesidad, estos están relacionados a los cambios ambientales y sociales por los que está pasando el mundo. Entre los factores de riesgo ambientales encontramos la globalización en la producción y comercialización de alimentos ricos en carbohidratos refinados (p.e. los refrescos) y de alto valor en grasas saturadas (p.e. frituras, hamburguesas, pizzas) que se consumen a bajo costo; esto posiblemente explica el gran número de la obesidad en las familias de muy bajos ingresos puesto que deben elegir entre consumir frutas y vegetales frescos a precios altos o refrescos, azúcar, golosinas, frituras, productos ricos en grasas saturadas e hidratos de carbono simple, con precios más bajos (Padrón, 2002 como se citó en Salvador, 2011).

Otro factor es el incremento en la utilización de la tecnológica que facilita las actividades de la vida cotidiana y que al mismo tiempo disminuyen la actividad física que se requería para dichas acciones fomentando de esta manera un estilo de vida sedentario que a su vez suele verse acompañada por una alimentación hipercalórica (Lejía, Aguilera, Lara, Rodríguez, Trejo y López, 2011); ante esto Catarina Medina, investigadora del INSP, explica que los cambios tecnológicos han propiciado que las personas tengan un estilo de vida más sedentario, con episodios breves y ocasionales de actividad moderada o vigorosa durante el día. En sólo seis años, la población mexicana se movió en promedio 47.3% menos; la cantidad de adultos inactivos entre 20 y 69 años de edad pasó en 2012 de 11.2% a 16.5%, y los activos bajaron de 82.3% a 72.3% (Alatorre, 2014); un ejemplo de ello está en la abundancia de dispositivos de entretenimiento (p.e. juegos electrónicos que no demandan gasto energético) y el excesivo tiempo invertido en ver televisión que, según Moreno y Toro (2009) la televisión es un instrumento que incide de manera importante en el desarrollo de la obesidad. De acuerdo con Ponce (2008) la acelerada urbanización lleva a caminar menos por el uso de medios de transporte de motor, la pérdida de hábitos de ejercicio ante la falta de áreas seguras para esta práctica, la falta de programas escolares de ejercicio físico, y la falta de políticas regulatorias del comercio de alimentos no saludables, son otros factores que participan en el incremento de la prevalencia del problema.

Existen factores de índole psicológico que pueden influir en el riesgo de la obesidad que conllevan a dificultades emocionales, entre los que se destacan relaciones afectivas y familiares deficientes, imagen negativa del cuerpo, ansiedad, estrés, aburrimiento, vida rutinaria y depresión entre otros; esto se analiza en un estudio realizado por Bresh (2006 como se citó en Bravo, Espinoza, Mancilla y Tello, 2011) donde expone que muchas personas refieren que comen cuando están angustiadas, deprimidas, cansadas o se sienten solas; de manera que una razón posible de la frecuencia de comer en respuesta a la tensión, la angustia y la depresión es que, desde hace mucho tiempo, se ha creído que la ingesta de alimentos reduce ansiedades, depresiones, etc.

Lo anterior se explica mejor con lo aportado por Gold (1976, como se citó en Vázquez, 2004) quien clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; y c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. La consideración de que diferentes estados disfóricos conducen a una conducta de sobreingesta (y la consiguiente obesidad) se sitúa en la base de todas las teorías psicosomáticas formuladas desde la publicación del trabajo de Kaplan y Kaplan en 1957 donde la sobreingesta sería, según esta teoría una conducta aprendida por el individuo con finalidades ansiolíticas o dicho de otra manera, que busca reducir la activación secundaria a estados emocionales internos.

Por otra parte Guerra, Vila, Apolinaire, Cabrera, Santana y Almaguer (2009) refieren estudios epidemiológicos que han identificado factores que en etapas tempranas de la vida pueden predisponer el desarrollo de obesidad en los niños, como lo son: el peso materno (malnutrición), la diabetes gestacional, el bajo peso al nacer e incremento marcado de peso en los primeros meses de la vida, la alimentación con fórmulas diferentes de la leche materna, la introducción temprana de alimentos sólidos, hábito de fumar materno durante la gestación, bajo nivel educacional de los padres y elevado peso al nacer. Por esta razón es importante considerar que la obesidad infantil tiene una repercusión negativa en sí misma que influye en la morbilidad y mortalidad del adulto; es la infancia la época de vida que

condicionará en buena medida el comportamiento en la edad adulta y la adquisición y mantenimiento de la obesidad, en otras palabras, es más probable que niños con sobrepeso se conviertan en adultos con obesidad.

1.6. Consecuencias de la obesidad

Se considera que la obesidad se ha convertido mundialmente en un problema importante de salud, esto es debido a que trae consigo un sinnúmero de consecuencias fisiológicas y psicológicas que llegan a poner incluso en riesgo la vida de quien lo padece. Un IMC elevado en la infancia además de sufrir dificultad respiratoria y mayor riesgo de fracturas, se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, discapacidad y muerte prematura en la edad adulta. López (2012) afirma que la obesidad disminuye la esperanza de vida 6 años en las mujeres y 7.2 años en los hombres; por lo que el índice de mortalidad va en incremento día con día tanto a nivel mundial como nacional.

La morbilidad asociada al sobrepeso y la obesidad se ha comprobado en muchas alteraciones de salud (Tabla 3) entre las que cabe destacar:

Tabla 3.
Enfermedades como consecuencias de la obesidad

ENFERMEDADES	
Enfermedades cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía isquémica - Accidente cerebrovascular
Problemas metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus de tipo 2 - Gota (acumulación de ácido úrico) - Hígado graso - Dislipidemias (alteración de las grasas) - Hipercolesterolemia - Hipertensión arterial
Problemas respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la capacidad pulmonar - Apnea del sueño - Dificultades respiratorias
Trastornos del aparato locomotor	<ul style="list-style-type: none"> - Osteoartritis (enfermedad degenerativa de las articulaciones) - Deformaciones óseas

Alteraciones digestivas	<ul style="list-style-type: none"> - Colelitiasis (formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar) - Esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - En la mujer: de mama y endometrio en posmenopausia - En el hombre: de colon, recto y próstata
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones menstruales - Esterilidad - Insuficiencia venosa periférica

Por lo tanto en comparación con una persona con un peso promedio (IMC 18.5 – 24.9), la persona con obesidad tiene el doble de riesgo de desarrollar una insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica y el riesgo de una muerte súbita es tres veces mayor; mientras que la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 es 93 veces mayor cuando el IMC pasa de 35; también está claramente asociado a un riesgo multiplicado por dos de sufrir cáncer de riñón así como cáncer de mama en la mujer menopáusica. (Rodríguez, 2003). Pero si bien es fundamental tratarlas por las consecuencias que provoca en la salud del paciente, también es indispensable establecer los aspectos psicológicos que se encuentran a la base ya que estos son causa y efecto al mismo tiempo.

En muchos países la cultura de la obesidad es aceptada, pero tenemos que considerar que vivimos en una sociedad en donde es un estigma social ya que se tiene modos de valorar, de creer, de comportarse y en la que se establecen determinados parámetros de lo que se debe ser; por lo tanto la persona con obesidad en muchos casos queda relegada ya que esta condición muchas veces no es considerada como una verdadera enfermedad, con el consiguiente costo psicológico (Sandoval, 2009).

Bravo et al. (2011) argumentan que pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad que generan tanta ridiculización de estas personas y condena de parte de las demás, ante esto los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. La carga puede propiciar una disminución del autoestima, del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia del individuo; así como producir depresión, ansiedad, rechazo de la imagen

corporal generando trastornos de la conducta alimentaria, aislamiento, trastornos de la sexualidad, agresividad, entre otros lo que afecta la esfera de relaciones personales, familiares y académicas; también son más propensos a deprimirse y caer en conductas adictivas que a la larga va a afectar la calidad de vida general del individuo (Arango y Villegas, 2013; y Guerra, et al., 2009).

Por otra parte muchas de las personas al creer no tener un cuerpo aceptable socialmente se someten a regímenes dietéticos para bajar de peso, a menudo se proponen objetivos difíciles que si no se alcanzan, la persona comienza a experimentar una sensación de fracaso y de malestar. O bien, la frustración y la vergüenza se intensifican cuando los pacientes, luego de una pérdida de peso, vuelven a subirlo (Seijas & Feuchtman, 2007 como se citó en Bravo, et al., 2011). Al respecto Bertran-Vilá (2010), enfatiza que:

Se ha señalado que los sistemas de salud tienden a responsabilizar al individuo de su estado nutricional o su situación de salud [...] esto se traduce en que el obeso llega a ser considerado como el único responsable de su sobrepeso, resultado de una falta de voluntad para mejorar su forma de comer (p. 55)

En los últimos años ha llamado la atención el estudio de los eventos traumáticos vividos desde la niñez y cómo estos pueden influenciar en el desarrollo de obesidad y depresión. Felitte et al. (1998) demostraron que personas que han tenido experiencias traumáticas en su niñez tienen de 1.4 a 1.6 veces más riesgo de tener inactividad y obesidad severa que aquellos que no han vivido estas experiencias (Padilla-Téllez, Ruiz y Rodríguez-Orozco, 2009).

1.7. Tratamientos farmacológicos y psicológicos para el sobrepeso y la obesidad

Históricamente, la sociedad ha creído que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad, esta es la razón principal de que todos los tratamientos utilizados para alcanzar esta meta están enfocados en dietas en donde se restringen el consumo de grasas y azúcares

principalmente, y donde el aumento de la actividad física es importante; sin embargo no se detienen a considerar los factores biológicos, ambientales y psicológicos que trae consigo la persona que padece obesidad. A pesar de la alta prevalencia en el plano nacional, Barquera et al. (2012) afirman que sólo se detecta a 30% de la población con este problema y de ellos, únicamente 50% refiere haber recibido algún tipo de tratamiento cuando acuden a los servicios de salud.

Los objetivos terapéuticos de la pérdida de peso están dirigidos a mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad, y disminuir el impacto de las futuras complicaciones médicas relacionadas con el exceso de peso. Bajo estas premisas, Rubio et al. (2007) explican que los objetivos de pérdida de peso no deben centrarse en alcanzar el peso ideal, sino en conseguir pequeñas pérdidas de peso (entre un 5-10% del peso inicial) pero mantenidas a largo plazo. Para que las intervenciones contribuyan en la conservación del peso a largo plazo las herramientas disponibles a nuestro alcance incluyen: la farmacoterapia en situaciones en donde la pérdida de peso es más difícil por problemas biológicos, y la psicoterapia para la modificación de conductas de la alimentación, el ejercicio y desarrollar conductas saludables para reemplazar las no saludables.

En la indicación de un tratamiento farmacológico en obesos se deben considerar los factores etiológicos, los efectos farmacológicos y colaterales, las dosis apropiadas, las interacciones con otros medicamentos y las contraindicaciones médicas o psiquiátricas. Su uso no debe ser como una terapia aislada, sino de forma complementaria a las terapias básicas de plan de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida; y debe reservarse para adultos y excepcionalmente se pueden utilizar en adolescentes. Según consenso internacional, el uso de fármacos en obesidad debe regirse por los siguientes criterios (Rubio et al., 2007):

- a) Su indicación está limitada a pacientes con IMC >30 ó >27 .
- b) Si se asocian comorbilidades mayores.
- c) Cuando fracasa el tratamiento con dieta, ejercicio y manejo conductual.
- d) Cuando no se han alcanzado los objetivos de pérdida de peso únicamente con los cambios en el estilo de vida.

De acuerdo con Carrasco et al. (2009) los fármacos que se han utilizado en el tratamiento de la obesidad actúan a través de 3 mecanismos principales:

1. Disminuyendo la ingesta calórica por inhibición del apetito (anorexígenos) o aumento de saciedad (sacietógenos).
2. Aumentando el gasto energético y la oxidación de lípidos (termogénicos).
3. Inhibiendo la digestión y absorción de macronutrientes de la dieta (inhibidores de enzimas digestivas).

Estos mismo autores explican que ya que la obesidad es una patología crónica, al iniciar una terapia farmacológica, se debe tener en cuenta que el medicamento haya demostrado su eficacia a largo plazo (mínimo 2 años) y que el riesgo asociado al medicamento sea inferior al de la obesidad y sus complicaciones; por lo que en la actualidad existen diversos fármacos pueden producir una baja de peso o que aún están en estudio (Figura 8), sin embargo solamente los que han sido aprobados a nivel internacional para su uso a largo plazo en el manejo de la obesidad han sido sibutramina y orlistat, demostrando en estudios clínicos su eficacia y seguridad.

Tabla 4.
Fármacos para el tratamiento de la obesidad

FARMACOS	
Fármacos aprobados	<ul style="list-style-type: none"> - Orlistat - Sibutramina - Rimonabant
Fármacos aprobados para otras indicaciones y que producen baja de peso menor a 5% del peso corporal inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Sertralina - Metformina - Bupropion - Topiramato - Pramlintida
Fármacos en estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Leptina - Lorcaserina

En cuanto al fármaco Orlistat y su funcionamiento en el organismo se dice que es un potente inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática que impide la hidrólisis de los triglicéridos provenientes de la dieta, reduciendo su absorción en una proporción del 30%,

lo que contribuye a desarrollar un balance calórico negativo. La seguridad y eficacia de este fármaco a largo plazo están refrendadas por el estudio XENDOS (por sus siglas en inglés, XENical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects), de 4 años de duración, donde se observó que orlistat era capaz de reducir la incidencia global de diabetes mellitus tipo 2 en un 37%; en disminución de peso los resultados de varios estudios clínicos muestran un promedio de 5% y 10% (Carrasco et al., 2009; Rubio et al., 2007).

La Sibutramina se introdujo como fármaco para el tratamiento de la obesidad en 1997, este medicamento presenta un mecanismo de acción doble, al inhibir la recaptura sináptica de noradrenalina y serotonina. Al ser ingerido por vía oral produce una pérdida significativa de peso, aumentando la sensación de saciedad y disminuyendo el apetito; siendo las dosis habituales de 10 y 15 mg/día por la mañana. En cuanto a la eficacia se han publicado alrededor de 10 estudios prospectivos, aleatorios y controlados que la demuestran; uno de éstos es el *Multicenter European Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance Trial* (STORM), que demostró que los pacientes tratados con el fármaco por un período de 2 años perdieron 10,2 kg en comparación con 4,7 kg en el grupo placebo, comprobando la eficacia de sibutramina en la reducción y mantención del peso. Sibutramina también se ha mostrado muy eficaz en el tratamiento de los trastornos por atracón y en asociación a pautas dietéticas con dietas de muy bajo contenido calórico (Carrasco et al., 2009; Rubio et al., 2007).

Sin embargo como ya hemos dicho anteriormente la obesidad no es sólo un problema de salud; es también un factor que interviene en la funcionalidad emocional del sujeto determinante para su interacción con los demás, la realización personal y el estado de ánimo; de esta manera si no se tienen en cuenta estos aspectos psicológicos que influyen en la persona que padecen estas enfermedades los tratamientos médicos pueden ser no efectivos en su totalidad, lo que provoca sentimientos de frustración e incapacidad, dando lugar a una disminución en la motivación que le lleva a perder peso (Ruíz et al., 2010).

De acuerdo con González (2000 citado en Salvador, 2011) “un trastorno psicológico puede condicionar muchas de las conductas con respecto a la actividad física. Una baja autoestima, una baja sociabilidad, son factores que pueden asociarse al aislamiento y a la

ansiedad determinando una menor actividad física y una mayor ingesta” (p.6). Es por ello que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con tratamientos individuales mediante alguna de las diferentes terapias psicológicas que utilizan diversas técnicas según las posiciones teóricas, entre las más manejadas están (Tabla 5): la terapia psicodinámica, terapia interpersonal, terapia conductual y terapia cognitiva-conductual (Becoña & Oblitas, 2009; Diéguez, 2014; Heerlein, 2002; Martínez, 2002).

Tabla 5.
Terapias utilizadas para el tratamiento psicológico de la obesidad

PSICOTERAPIA	
Psicodinámicas	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoanálisis clásico - Terapia breve psicodinámica - Enfoque Lacaniano vinculado a la lingüística - Terapias sobre el análisis del self
Psicoterapia interpersonal	Desarrollado por Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron en 1970 <ul style="list-style-type: none"> - Exploración - Apoyo afectivo - Clarificación - Análisis comunicacional
Psicoterapia conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Control de estímulos - Automonitoreo - Control de contingencias
Psicoterapia cognitiva-conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia racional emotiva (A. Ellis) - Terapia cognitiva estándar (A. Beck) - Terapia en solución de problemas (D’Zurrilla y Golfried)

Algunos estudios de corte psicodinámico sobre la obesidad han centrado su interés en el análisis de las funciones del yo, ya que en personas con obesidad crónica o bien en aquellas con recaídas en su tratamiento de la obesidad, se ha observado mayor pobreza de recursos del yo. Moral y Meza (2012) exponen que el objetivo principal de esta terapia es el fortalecimiento del yo, para que los pacientes puedan tener un sentido de control que posibilita la pérdida de peso. La terapia psicoanalítica ha mostrado eficacia para la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal y la reducción de peso en forma significativa, aun cuando la obesidad no es el motivo de consulta. No obstante, el trabajo terapéutico requiere pruebas empíricas confiables que soporten las formulaciones teóricas y permitan su reformulación para lograr aumentar la eficacia.

Respecto a la terapia interpersonal aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales (denominados vínculos) y el contexto social inmediato del paciente; se centra en el análisis de factores interpersonales tales como: relaciones confiables durante la vida, estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la presencia de estrés interpersonal o la pérdida de relaciones significativas, estableciendo que el desajuste de alguno de esos factores daría lugar a una crisis vital (Diéguez, 2014). De acuerdo con Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) el tratamiento se enfoca en identificar y resolver el problema de las dificultades interpersonales en varios dominios; donde el terapeuta trabaja de forma semidirectiva proponiendo de manera concreta estrategias, técnicas y posibles soluciones a los problemas derivados de las relaciones interpersonales de los pacientes.

La terapia de conducta se enfoca en planificar con el paciente la modificación de la conducta que permitirá su mejoría; en general los programas conductuales, van dirigidos a mejorar los hábitos de alimentación (qué, cómo, dónde, cuándo y cuánto comer) y los niveles de actividad física, que mejoran el estado físico, el metabolismo y estados de ánimo. Se utilizan técnicas como: el desarrollo de nuevas conductas de alimentación (masticar despacio, raciones más pequeñas, no comer mientras se ve televisión, etc.), establecer contratos de contingencias (contratos terapéuticos con el paciente, incluyendo recompensas), entre otras. La herramienta principal de trabajo son los registros alimentarios y de actividad física, que son realizados por el mismo paciente. El tratamiento conductual intensivo de cambios en el estilo de vida, especialmente en un contexto grupal, ha demostrado claramente su superioridad a los programas de tratamiento convencionales con dieta, fármacos y visitas programadas de manera rutinaria en la práctica clínica. (Rubio et al., 2007)

Finalmente la terapia cognitivo-conductual es estructurada e implica la activa colaboración del paciente con el terapeuta en la identificación y resolución de conflictos determinados por variables cognitivas (creencias). En el caso de la obesidad el modelo cognitivo-conductual no solo se trata de modificar el peso si no los hábitos alimentarios y de vida; por lo que se pone énfasis en “qué debería cambiar y cómo puede hacerlo”, de esta manera se presta especial atención a los estímulos que anteceden a la conducta de comer en exceso.

Las técnicas que se utilizan en este tipo de terapia tienen como objetivo generar conductas funcionales y más apegadas a la realidad empírica, adquisición de conductas de ingesta saludables, así como la refutación de pensamientos o creencias desadaptativas que distorsionan el comportamiento, corrección de estados emocionales inadecuados (Lejía et al., 2011); con la finalidad de controlar la sobreingesta y mejorar la percepción del autocontrol en obesos, en especial en el entrenamiento para la prevención de recaídas. De acuerdo con Rubio et al. (2007):

“La atención a todos estos aspectos psicosociales cobra aún mayor relevancia en las fases de mantenimiento del peso perdido, donde el aprendizaje en las técnicas de autocontrol de la alimentación y de la instauración cotidiana de una actividad física regular, junto a las habilidades para hacer frente a las posibles recaídas, sin duda serán los elementos clave para evitar o retrasar la recuperación del peso perdido” (p.154).

El trabajo que se realiza en el modelo cognitivo-conductual consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria. De acuerdo con Lafuente (2011) se pueden destacar las siguientes intervenciones básicas:

1- Psicoeducación: La mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, proceso de adelgazamiento; esta situación hace necesario e imprescindible como fase previa, un módulo de educación alimentaria y psicológica para que se involucren en el tratamiento con conceptos veraces y criterios de salud.

2- Técnicas de autocontrol: Que incluyen autoobservación, registro de comida y de situaciones desencadenantes, establecimiento de metas realistas a corto-largo plazo, control de estímulos (comer sentado, despacio, sin otras actividades, límites y lista de comida, levantarse de la mesa al comer, compra controlada), estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos.

3- *Reestructuración cognitiva*: Conocimiento que el paciente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas.

4- *Habilidades sociales*: Asertividad y entrenamiento en solución de problemas.

5- *Seguimiento y evolución*: Trata de la reevaluación y retroalimentación de cambios producidos y mantenidos. El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas y conductas y las lleve a su vida diaria beneficiándose de un mayor bienestar y eficacia.

Se ha demostrado en diversos estudios que el modelo terapéutico que se utiliza con mejores resultados para el paciente con obesidad, es la terapia cognitiva-conductual; sin embargo, la limitante de este tratamiento es que, en muchos casos, durante el trabajo terapéutico, los pacientes no llegan a conocer la raíz de sus pensamientos distorsionados e irracionales y sus hábitos inadecuados, por lo que es difícil establecer la relación entre estos y las conductas disfuncionales hacia la alimentación o hacia la inactividad física (sedentarismo) y, como consecuencia, se dificulta la modificación de comportamientos no saludables (Aguilera, Leija, Rodríguez, Trejo y López, 2009).

CAPITULO II

PSICOTERAPIA COGNITIVA

A. Beck es un psiquiatra norteamericano quien es conocido mundialmente por haber desarrollado la terapia cognitiva a comienzos de los años sesenta; esta terapia inicialmente fue utilizada para el tratamiento de la depresión, sin embargo en la actualidad es aplicada a diversos problemas psicológicos. Además es profesor del departamento de psiquiatría de la Universidad de Pensilvania; presidente del Instituto Beck de Terapia e Investigación Cognitiva, y presidente honorario de la Academia de Terapia Cognitiva que otorga certificación internacional a terapeutas de todo el mundo. Es distinguido por su labor de investigación en psicoterapia, psicopatología y psicometría por lo que ha recibido numerosos premios y títulos honoríficos entre los que se incluyen el Premio Albert Lasker a la investigación médica clínica en 2006, el premio al recorrido profesional a lo largo de la vida de la Asociación Americana de Psicología en 2007, el premio a los servicios prestados de la Asociación Americana de Psiquiatría en 2008 y el premio de la Fundación Robert J. y Claire Pasarow por la Investigación en Neuropsiquiatría en 2008 (Clark & Beck, 2012).

Por otra parte ha publicado 540 artículos en revistas profesionales y científicas, y es autor y coautor de 21 libros entre los cuales se encuentran “Terapia cognitiva de la depresión”, “Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad”, “Terapia cognitiva de las drogodependencias”, “Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad”. Cabe mencionar que a partir de la creación de la terapia cognitiva hasta ahora se han realizado adaptaciones de esta terapia para que su aplicación vaya dirigida a distintas poblaciones y a un amplio número de trastornos psicológicos; si bien estas adaptaciones han ido modificando la tecnología y la duración del tratamiento, los postulados teóricos han permanecido sin cambios (Beck J., 2000).

2.1. Definición de terapia cognitiva

En el enfoque cognitivo se plantea que el ser humano tiene la capacidad de recibir, seleccionar, procesar e interpretar la información que adquiere de las interacciones con los

demás y el mundo. Por lo tanto de acuerdo con Caro (2009), para el terapeuta cognitivo, los individuos se caracterizan por tres cuestiones principales:

1. Las personas están en constante interacción con el mundo por lo que es un agente activo.
2. Las personas hacen interpretaciones, inferencias y evaluaciones sobre su ambiente debido a dicha interacción.
3. Estos procesos cognitivos toman la forma de pensamientos e imágenes, los cuales la persona tiene la capacidad y el potencial de cambiarlos.

En ocasiones las personas ponen en marcha estos procesos de manera errónea o distorsionada, lo que hace que el pensamiento se torne disfuncional generando conductas problemáticas y respuestas negativas tanto emocionales como físicas, que afectan la capacidad de las personas para continuar su vida diaria. Por esta razón, Caballo (2008) expone que la terapia cognitiva se basa en una formulación teórica la cual determina que las cogniciones, las emociones y las conductas son interdependientes, es decir que nuestros pensamientos van a influir significativamente en nuestras emociones y conductas, y que, por tanto, su reestructuración por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado anímico del paciente.

En términos generales la terapia cognitiva se define como un procedimiento activo, directivo, estructurado, enfocado en el presente y de breve duración que es empleado para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos (Clark & Beck, 1989 como se citó en Zuluaga, 2008; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 como se citó Caro, 2013; Feixas & Miró, 1993 como se citó Cebolla, 2007). El cual se caracteriza por tener una relación terapéutica activa en donde el terapeuta junto con el paciente identifican y evalúan sus pensamientos, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para afrontar el problema.

De modo más concreto, A. Beck (1976) la define como aquel tipo de terapia que trabaja con el grupo de operaciones centradas en las cogniciones (verbales o imágenes) de un paciente basadas en supuestos o actitudes que subyacen de experiencias anteriores. De

acuerdo con Aguilera et al. (2009) la efectividad de la terapia cognitiva es comprobable en diversos estudios; y esto se debe a que su trabajo va más allá del alivio de los síntomas y la modificación de conducta, sino que además trabaja directamente sobre los componentes cognitivos como lo son el pensamiento disfuncional y las creencias, que en principio se asumiran como hipótesis que posteriormente se someteran a una seria verificación y cuestionamiento con el fin de corregir y reducir su predominio y absolutismo.

Por lo tanto los objetivos de dicha terapia consisten basicamente en:

- a) Que el paciente reconozca las relaciones existentes entre el pensamiento, el afecto y la conducta
- b) Explorar, discutir y modificar las estructuras cognitivas para identificar aquellas que son disfuncionales y que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto, para ello, se sirven de una diversidad de técnicas como lo es el debate socrático y la realización de tareas en casa
- c) Que el paciente aprenda a identificar, evaluar y modificar sus pensamientos para que posteriormente pueda resolver problemas o situaciones que anteriormente había considerado insuperables.
- b) Eliminar los síntomas y prevenir las recaídas (Zuluaga, 2008; Cebolla, 2007; García, 2008).

Con estos objetivos lo que se busca principalmente es enseñar al paciente a convertirse en su propio terapeuta cognitivo. En conclusión Caro (2009) enfatiza que el trabajo del terapeuta cognitivo se centrará “más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la dirección más que en la no dirección, en la colaboración más que en la confrontación” (p.138).

2.2. Fundamentos históricos

Las raíces de la psicoterapia cognitiva se trazan a partir de diversos acontecimientos que se estaban desarrollando en aquella época; por un lado está la necesidad de crear nuevas alternativas de explicación a la metafísica, ya que los conceptos que se estaban utilizando

eran erróneos o demasiado abstractos; por este motivo era necesario encontrar una nueva forma de terapia en donde se incluyera al paciente en la práctica clínica a través de lo que pensara y sintiera concretamente. Por otro lado la investigación cognitiva estaba viviendo una transformación, de este modo nacen las ciencias cognitivas y se crea la necesidad de relacionar diversas disciplinas y teorías afines que influyeron de cierta manera en las bases de la terapia cognitiva; a esto se le denomina hexágono cognitivo en el cual se encuentran la psicología cognitiva (procesamiento de la información), lingüística, filosofía, antropología, neurociencias e inteligencia artificial (Semerari, 2002).

De acuerdo con Juárez (2007) la influencia de la filosofía en los orígenes de la terapia cognitiva proviene de la filosofía estoica (350 a.C. al 180 d.C) la cual consideraba que era indispensable dominar los estados emocionales extremos (las pasiones) para poder alcanzar la felicidad; dentro de este enfoque se destaca la idea del filósofo Epicteto (35 d.C. – 135 d.C.) de cómo se producían las pasiones afirmando que: las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hacen de estos, es decir que el punto de vista que mantenemos sobre el sí mismo y el mundo va a determinar nuestra conducta. A partir de este argumento varios filósofos como lo son Hume, Locke, F. Bacon, Kant, entre otros, comienzan a desarrollar sus teorías, que posteriormente influenciarán fuertemente a la psicoterapia cognitiva.

La psicología cognitiva tiene cierta influencia sobre la terapia cognitiva, ya que tienen algunos supuestos en común como lo es el procesamiento de la información, no obstante es importante aclarar que esta terapia no está basada o es desarrollada a partir de la psicología cognitiva (Caro, 2013). Dicho lo anterior, se puede decir que el acercamiento entre la psicología y la psicoterapia cognitiva surge en la década de los noventa a partir de los trabajos que comenzó a desarrollar Beck como lo veremos más adelante.

Finalmente el psicoanálisis y el conductismo que son consideradas como las dos corrientes más importantes en la década de los 50 y 60 influyeron fuertemente en el desarrollo de la terapia cognitiva, ya sea porque se utilizaron elementos de ellas como lo es el interés del método científico tomado del modelo conductual, y la importancia de comprender el

proceso y el diálogo interno tomado del modelo psicoanalítico; o bien para criticarlas por la falta de corroboración científica del psicoanálisis o la escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos que le daba el conductismo (Juárez, 2007).

De esta manera en 1956 A. Beck en colaboración con clínicos, investigadores y pacientes formula y desarrolla la terapia cognitiva estándar, como consecuencia de una serie de estudios que proporcionaron apoyo empírico a las formulaciones psicoanalíticas de la depresión, que delimitaron la configuración de este trastorno, de forma que se pudiese desarrollar una psicoterapia focalizada y de corta duración (Caballero, 2010). La tesis central de esta nueva terapéutica es que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos; y en consecuencia, el objetivo principal será modificar dichos pensamientos y los sistemas de creencias asociados, en la certeza de que dicha modificación y la sustitución por otros modos de pensar se traducirían en un mejoramiento de las condiciones de las personas perturbadas.

2.3. Principios de la terapia cognitiva

Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva (Beck J., 2000):

- *Principio 1*: La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos. Es decir que el terapeuta basará sus formulaciones en los datos que el paciente le provee en la primera entrevista, y que irá profundizando el marco teórico a medida que le vaya aportando más datos a lo largo de la terapia.

- *Principio 2*: La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica. En donde se crea una relación estable y de confianza entre terapeuta y paciente.

- *Principio 3:* La terapia cognitiva enfatiza en la colaboración y la participación activa. El trabajo no solo será del terapeuta sino también del paciente por lo que el terapeuta debe alentar al paciente a considerar la terapia como un trabajo en equipo.

- *Principio 4:* La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. Establecer desde el principio de la terapia los objetivos específicos con los que se trabajaran.

- *Principio 5:* La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. Implica centrarse en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente; sin embargo la atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

- *Principio 6:* La terapia cognitivo conductual es educativa; tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. Dicho de otro modo es menester instruir al paciente desde la primera sesión acerca de la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de terapia cognitiva y del modelo cognitivo; además el terapeuta no sólo ayuda al paciente a establecer objetivos, identificar y evaluar sus pensamientos y creencias y a planificar sus cambios de conducta, sino que también le enseña cómo debe hacerlo.

- *Principio 7:* La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo. Es un tratamiento de 5 a 20 sesiones aproximadamente con una duración de 50 minutos cada sesión; esto desalentara la dependencia del paciente tanto a la terapia como al terapeuta. Después de la finalización de la terapia, se llega al acuerdo de verse cada tres meses aproximadamente para tener sesiones de refuerzo, durante un año.

- *Principio 8*: Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. Sin importar cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión.

- *Principio 9*: La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. El terapeuta ayuda y enseña al paciente a centrarse en un problema específico, a identificar su pensamiento disfuncional, a evaluar la validez de su pensamiento y a diseñar un plan de acción, para esto se vale de un cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado.

- *Principio 10*: La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. El terapeuta seleccionará las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Además de estos principios Elizalde y Martínez (2008) mencionan tres elementos más los cuales explican que:

- a) La terapia cognitiva se basa en el método científico.
- b) Su técnica descansa en el método inductivo, es decir que trata las creencias como hipótesis que posteriormente se verificarán con el paciente.
- c) Da gran importancia del trabajo para la casa.

2.4. Conceptualización cognitiva

Todas nuestras cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad. La terapia cognitiva se basa en un modelo cognitivo el cual plantea la hipótesis que las percepciones de las situaciones que tiene una persona influirán sobre sus emociones y comportamientos. Para tener una idea más clara de esta interacción se diseña la conceptualización cognitiva que de acuerdo con J. Beck (2000) es una especie de mapa que permitirá al terapeuta tener una organización conceptual y poder estructurar la forma en la que se está desarrollando la psicopatología del paciente a partir de sus pensamientos y creencias; dicha conceptualización se analiza a partir de lo más

superficial que son las situaciones o acontecimientos que activan un malestar emocional, para posteriormente pasar a la identificación de los primeros pensamientos que se generan a partir del hecho; una vez reconocidos los pensamientos automáticos se procede a determinar las distorsiones que conllevan dichos pensamientos, para luego pasar a las estructuras más profundas que son las creencias intermedias (reglas, supuestos y actitudes), así como las creencias centrales; tal y como se muestra en la Figura 4.

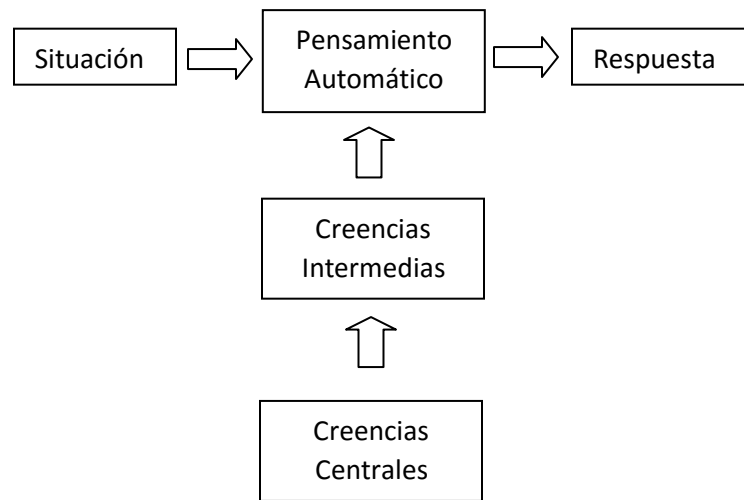


Figura 4. Estructura del modelo cognitivo (Beck J.,2000)

2.4.1. Pensamientos Automáticos

En general los pensamientos pueden ser definidos como representaciones mentales o diálogos privados que se van a generar a partir de lo que observamos y percibimos del mundo exterior, de los cuales podemos estar conscientes o no; estos pueden tomar una forma verbal o visual es decir, que pueden expresar a través de frases o imágenes. En la terapia cognitiva, Beck llamó a estas representaciones y su verbalización como pensamientos automáticos, los cuales según Caro (2009) “son conclusiones, juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente sin ningún razonamiento anterior que explique cómo puede formarse” (p. 147).

Los pensamientos automáticos se pueden distinguir a través de las siguientes características (Caballero, 2010; Elizalde y Martínez, 2008; Beck, J., 2000; Juárez, 2007; Mckay, 1985 como se citó en Torres y Zanabria, 2013; Semerari, 2002):

- Son pensamientos específicos para cada situación y por lo general se expresan para uno mismo
- Son mensajes rápidos que incluso pueden no reconocerse, a menudo parecen taquigráficos.
- Considerados como cogniciones menores pero son la manifestación y sostén de los esquemas.
- Se presentan sin ningún esfuerzo de reflexión.
- Son espontáneos o involuntarios es decir, no se decide su aparición y son difíciles de controlar.
- Tienden a ser poco razonables y dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- A menudo se expresan en frases completas con términos imperativos: “habría de”, “tendría que” o “debería de”; o bien de una forma breve, por ejemplo: “¡Oh no!” se podría traducir como “[Mi terapeuta] me va asignar demasiadas tareas para el hogar”
- Reflejan la valoración que la persona le da a los acontecimientos.
- Generan un estado emocional diferente e intenso que en la mayoría de los casos es desagradable y producen un malestar, y ante el cual se genera una conducta desadaptativa.
- No se es demasiado consciente de estos pensamientos pues sólo se toma conciencia de la emoción que surge de estos; por esa razón, muchas veces los pensamientos automáticos son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a ninguna clase de crítica.

De acuerdo con J. Beck (2000), los pensamientos automáticos se pueden evaluar según su validez y su utilidad, y de acuerdo a ello se pueden diferenciar tres tipos de pensamientos automáticos:

- Primer tipo: Son los negativos, por ejemplo: “Soy despreciable”, “Nadie me apreciara por mi físico”, “Todo lo que hago está mal”.

- Segundo tipo: Son adecuados pero la persona extrae de ellos conclusiones distorsionadas, por ejemplo: “Yo sé que comer en exceso me hace daño” es un pensamiento válido, pero la conclusión “Pero no puedo evitarlo, porque es lo único que me hace sentir bien” no lo es.
- Tercer tipo: Son correctos pero no funcionales, por ejemplo: haciendo ejercicio se piensa: “Debo hacer el ejercicio para poder bajar de peso. Si lo dejo de hacer no podré bajar de peso y no lograré mi objetivo de esta semana”, este pensamiento es indudablemente correcto, pero aumenta la angustia y disminuye la concentración y motivación.

El evaluar la validez y/o utilidad de los pensamientos automáticos y responder a ellos de una manera alternativa generalmente produce un cambio positivo en los sentimientos; este tipo de pensamientos no son sólo propios de las personas con trastornos psicológicos, sino de una experiencia común en todas las personas, sin embargo a las personas con una psicopatología les es más complicado reconocer estos pensamientos. Finalmente es importante mencionar que los pensamientos automáticos disfuncionales no se producen por si solos, sino que estos traen consigo errores en el procesamiento de la información llamados distorsiones cognitivas.

2.4.2. Distorsiones cognitivas

A. Beck (1976) menciona que una distorsión cognitiva será el filtro o mecanismo que determinará el cómo será interpretada y procesada la información, cuya interpretación estará vinculada con las creencias presentes en la persona; de esta manera se considera que las distorsiones cognitivas son el lazo que hay entre las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. De igual forma explica Caro (2013) que las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos, desviaciones del pensamiento lógico o realista, así que estos errores pueden conducir a las personas a tener percepciones o conclusiones sesgadas acerca de uno mismo, de los demás, del mundo y el futuro.

Tiene características parecidas a los pensamientos automáticos en el sentido de que aparecen sin ningún tipo de reflexión previa, por lo que las hacen menos susceptibles de ser modificadas mediante la razón o mediante la evidencia que las contradice; funcionan de manera automática, son difícilmente identificables y mantienen un malestar cuando son

activadas. Es importante mencionar que de acuerdo con A. Beck (1976) las distorsiones cognitivas no están asociadas a alguna psicopatología en específico ya que lo “normal” es que estén implicadas en diversos trastornos y estados emocionales alterados.

A continuación se describirán las distorsiones que se han identificado (Beck, J., 2000; Caro, 2009; Cebolla, 2007; Juárez, 2007):

- *Pensamiento absolutista o Dicotómico*: Es la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas, sin tener en cuenta los puntos o hechos intermedios.

- *Sobregeneralización*: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar dicha conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

- *Filtro mental o Abstracción selectiva*: Consiste en centrarse en un detalle negativo extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

- *Descalificación o Dejar de lado lo positivo*: Se considera que las experiencias, logros o cualidades no valen nada, no tienen importancia o que sucedieron por casualidad.

- *Maximizar – Minimizar*: Serían errores en la valoración de uno mismo, de otra persona o de una situación, magnificando lo negativo y/o disminuyendo lo positivo.

- *Imperativos o “Debo que” y “Tengo que”*: Se tiene una idea precisa y rígida respecto al comportamiento que hay que observar y se sobreestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

- *Personalización*: Se refiere a la tendencia que tiene una persona a atribuirse a sí mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello, o bien de creer que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia uno mismo, sin tener otras posibles explicaciones de los comportamientos.

- *Inferencia arbitraria*: Se refiere al proceso de extraer una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o que es contraria.
- *Pensamiento catastrófico o Adivinación del futuro*: Se predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
- *Razonamiento emocional*: Se piensa que algo tiene que ser verdad porque uno lo “siente”.
- *Catalogar o Etiquetado*: Se coloca a uno mismo, a los demás o a una situación en una clasificación global y entonces atribuir todos los significados que la categorización supone.
- *Leer la mente*: Se cree saber lo que los demás están pensando sin evidencias que lo sustente y, por lo tanto no se es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
- *Visión de túnel*: Se tiende a focalizar la atención en una sola cosa, principalmente en los aspectos negativos “se ve lo que se quiere ver”.

2.4.3. Creencias Intermedias

En términos generales el concepto de creencias puede definirse según Zuluaga (2008) como las reglas para la acción, que son proporcionadas por los padres, maestros u otras figuras vinculares durante la infancia y que son internalizadas en el individuo. Para Beck (1976) las creencias determinan nuestra forma de interactuar en el mundo y, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos. Las personas a menudo adquirimos ciertos patrones de conducta para protegernos, a fin de afrontar o de compensar las creencias negativas; a estos mecanismos de afrontamiento se le denominan creencias intermedias, las cuales de acuerdo a la conceptualización cognitiva está en un nivel entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales.

J. Beck (2000) expone que una de las características de las creencias intermedias es que no se pueden modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos, sin embargo si son más maleables que las creencias centrales. Una manera de comprender las estrategias conductuales de los pacientes es el análisis de los elementos que componen a las creencias intermedias, los cuales son (Torres y Zanabria, 2013):

- *Presunciones o Supuestos condicionales*: Son consideradas como estrategias conductuales cuya función principal es proteger a la persona en base a la activación de una creencia determinada, por lo que se demuestra la conexión existente entre estas y las creencias básicas; cabe mencionar que las presunciones o suposiciones condicionales implican además de una conducta, una cognición (p.e. “Si no conozco del tema, entonces no tengo derecho a hablar”).

- *Reglas*: Son patrones cognitivos relativamente estables, o bien son las normas que nos autoimponemos para establecer cómo debemos reaccionar ante cualquier situación o cualquier hecho que ocurra permitiéndonos interpretar más o menos igual un grupo de situaciones; se crean a través de las observaciones que hacemos sobre nosotros mismos y sobre nuestras experiencias; estas reglas implica una cognición y una conducta (p.e. “Debo quedarme callada si no se de lo que hablan”).

- *Actitudes*: Son predisposiciones aprendidas para responder de un modo consistente ante una situación; se trata de una estructura perdurable la cual comprende de una cognición, una respuesta emocional y conductual (p.e. “Es terrible dejar que los demás sepan que soy una tonta, y seré rechazada y eso me da mucho miedo”).

2.4.4. Creencias Centrales

A partir de la infancia, se van adquiriendo ciertas creencias con el fin de dar un sentido de su alrededor, organizando conceptos en su mente acerca de uno mismo, las otras personas y el mundo, a través de experiencias personales, de la identificación de personas significativas o de la percepción de actitudes de los demás (Caballero, 2010); por lo tanto si desde la infancia se perciben o experimentan eventos de forma negativa, los niños comenzarán a atribuirse cualidades negativas como personas, lo que conlleva a que se procese información de manera equivocada y disfuncional.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de las creencias intermedias, por tal motivo se dice que las creencias centrales constituyen un nivel más esencial del pensamiento. Se caracterizan por ser ideas muy fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, las cuales son consideradas como verdades absolutas, además las

más dominantes, globales, rígidas y que se generalizan en exceso. Existen dos tipos de creencias centrales, las negativas y las positivas; J. Beck (2000) clasifica 3 categorías de creencias centrales negativas:

1. *Las que se asocian con el desamparo personal:* Refiere a cuando la persona se siente extremadamente inseguro para poder desarrollarse en algún ambiente; conlleva temas como: falta de autoridad, vulnerabilidad, encierro, falta de control, debilidad y dependencia.

2. *Las que se asocian con la incapacidad de ser amado:* Dentro de esta creencia se encuentran temas como: desvalorización, no ser deseado e inferioridad (no en cuanto a los logros personales, sino en cuanto ser defectuoso en algún aspecto que le impedirá el amor y el cuidado de los demás. Por lo que en esta creencia la persona se piensa como no ser merecedor de recibir el afecto de los demás.

3. *Las que se asocian con la dificultad de obtención de logros:* Alude a que la persona se percibirá como incapaz de conseguir lo que se propone en cuanto a metas; por lo que en esta creencia se incluyen temas como: fracaso, inferioridad, desvalorización y falta de respeto hacia uno mismo.



Figura 5. Creencias centrales negativas

En resumen la conceptualización cognitiva ayudara a: poder identificar con mayor precisión la creencias básicas, las suposiciones y las estrategias conductuales de los pacientes; entender el cómo y el porque se han formado las creencias con respecto a sí mismo, los demás y su mundo; y comprender de qué manera sus creencias influyen en sus percepciones de las situaciones presente y a su vez en sus respuestas conductuales y emocionales (Torres y Zanabria, 2013). Finalmente es importante mencionar que la conceptualización se comienza a realizar desde el primer contacto con el paciente y es un proceso permanente que siempre estará sujeto a modificaciones.

A partir de la década de 1981 a 1991, la terapia cognitiva comienza a popularizarse y a ampliarse ya que su aplicación se extiende a prácticamente cada tipo de trastorno. En este periodo aparecen muchos modelos nuevos llamados de tercera generación, como la terapia de valoración cognitiva de Wessler (1987), el modelo de tratamiento para el pánico, la terapia centrada en esquemas de Young (1990), entre otros (Caro, 2009); los cuales contienen los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva estándar, sin embargo se suman nuevas técnicas y formas de tratamiento, lo que hace se profundice mas en la raiz del problema o bien ir puntos especificos de la intervención.

CAPITULO III

ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS

Young es profesor de la Universidad de Columbia en el departamento de psiquiatría; es también el fundador y director de los centros de terapia cognitiva de Nueva York y Connecticut, así como del Instituto de Terapia de Esquemas. Es el creador de la terapia centrada en los esquemas y se ha dedicado durante los últimos 20 años a impartir en todo el mundo cursos y clases sobre dicha terapia (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

La terapia centrada en los esquemas es considerada como una expansión de la terapia cognitiva estándar; según Rodríguez (2009) es una psicoterapia integradora que combina elementos de diversas escuelas como lo son la cognitivo-conductual, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. Esta terapia se desarrollo cuando Young comenzó a tratar casos crónicos con el protocolo de tratamiento original de A. Beck, llegando a la conclusión de que las técnicas tradicionales de la terapia cognitiva eran con frecuencia ineficaces para pacientes considerados difíciles de tratar, o a los que presentaban trastornos de la personalidad (García, 2008).

De acuerdo con Caro (2009), la característica más destacada de la terapia centrada en los esquemas es que “tanto al terapeuta como al cliente da un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás” (p.319), prestando mayor atención a los acontecimientos de la primera infancia como determinantes de los problemas del adulto. La aplicación de dicha terapia se desarrolla en dos fases, en donde en la primera se busca identificar y activar dichos esquemas y en la segunda, modificarlos a través de diferentes estrategias cognitivas, experienciales y conductuales (Zuluaga, 2008).

García (2008) explica que, la terapia centrada en los esquemas propone abordar lo que Young considera el nivel más profundo en el fenómeno de las cogniciones, al que evalúa como esencial en el trabajo con este tipo de trastornos y denominó esquemas desadaptativos tempranos. Por lo que el objetivo principal de la terapia es que la persona reconozca sus esquemas disfuncionales y los afronte con base en estructuras de

pensamiento lógico-funcional; con ello se busca reestructurar la forma en que se piensa en relación con algunos objetos, situaciones y relaciones (Aguilera et al., 2009).

De esta manera el núcleo central de la terapia creada por Jeffrey Young es el concepto de esquema; en un principio el conocimiento que se tenía de dicho concepto es el que desarrollo Piaget para explicar el proceso del pensamiento en los niños que se genera a partir de la acomodación y asimilación del aprendizaje adquirido. En general, los esquemas son estructuras cognitivas que interactúan con la codificación, la comprensión, el recuerdo y el procesamiento de la información, que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia; de tal manera que los esquemas representaran un conjunto de ideas con respecto a sí mismo y sus relaciones con los demás (Aguilera et al., 2009; Zuluaga, 2008).

En este sentido, para Young “los esquemas son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos” (Caro, 2009, p. 322), a estos los denomina como esquemas disfuncionales tempranos; y que de acuerdo con Arango y Villegas (2013) están estrechamente relacionados con altos niveles de afecto provocando un malestar y son activados por eventos o información relevante en el ambiente para el esquema particular.

De tal manera que Caro (2009) establece que los esquemas disfuncionales tempranos surgen a partir de tres elementos:

1. *Necesidades emocionales centrales*: Los esquemas serían una consecuencia de necesidades emocionales básicas que no se logran alcanzar en la infancia y que están relacionadas con:

- a) Lograr un apego seguro
- b) La autonomía, la competencia y la sensación de identidad
- c) La libertad para expresar nuestras necesidades y emociones
- d) La espontaneidad y el juego
- e) Los límites realistas y el autocontrol

2. *Experiencias de vida tempranas*: El modelo plantea que las experiencias infantiles perjudiciales serían el origen principal de los esquemas disfuncionales tempranos; los primeros esquemas más desarrollados, suelen ser los más fuertes, siendo la familia el principal contexto de formación de estos. Se han descrito cuatro tipos de experiencia tempranas que facilitan la adquisición de un esquema:

- a) *Frustración dañina de las necesidades* en donde el niño recibe de su ambiente algo bueno en escasa medida.
- b) *Traumatización o victimización* aquí el niño recibe algún daño.
- c) *Exceso* en el cual los padres dan algo (por ejemplo la protección) al niño desmedidamente.
- d) *Internalización selectiva o identificación* aquí el niño selecciona y se identifica con los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de otras personas que le son significativas, y además los interioriza.

3. *El temperamento emocional*: Se refiere al temperamento innato, el cual influirá en gran medida en como el niño experimente las situaciones que se le presentan.

A grandes rasgos los esquemas disfuncionales tempranos se que caracterizan por (García, 2008; Juárez, 2007):

- Se originan en los primeros años de vida, que normalmente se desarrollan por la acumulación de interacciones negativas con otras personas significativas, más que por un único acontecimiento traumático aislado.
- Reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente.
- Pueden estar inactivos durante mucho tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes se activan, produciendo distorsiones del pensamiento con un esquema en concreto.
- Son disfuncionales en un grado significativo y llevan a problemas relacionados con la personalidad, llevan a emociones intensas y disfuncionales, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas, o perjudicar a los demás.

- Se mantienen rígidamente, por eso son más difíciles de cambiar.
- Interrumpen poderosamente la habilidad de los individuos para lograr sus necesidades básicas incluyendo: autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad y límites realistas.

En resumen los esquemas disfuncionales tempranos serán, elementos cognitivos negativos que influirán de manera concreta en la forma en que los sujetos perciben el mundo y, como consecuencia, esta distorsión de pensamiento llevará al sujeto a padecer desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no tendrían que ser así, ya que no se corresponden con la realidad.

3.1. Dominios de los esquemas disfuncionales tempranos

En el modelo de Young, se expone que existen dieciocho esquemas disfuncionales tempranos que se agrupan en cinco dimensiones o dominios, cada uno de estos dominios refleja una necesidad crítica de los niños para un funcionamiento adaptativo y a su vez describen relaciones disfuncionales, donde radican los orígenes del esquema. A continuación se hará una descripción de los cinco dominios y de los esquemas que incluyen (Arango y Villegas, 2013; Caro, 2009; García, 2008):

- *DOMINIO I. Desconexión y rechazo:* Comprende la creencia de que las necesidades propias de cuidado, estabilidad, afecto, seguridad, empatía, respeto y aceptación no serán satisfechas de forma adecuada; esta creencia la generan los individuos que fueron criados en entornos que carecían de dichas necesidades. A este dominio lo configuran los siguientes esquemas:

- *Abandono/inestabilidad:* Hace referencia a la creencia en que la capacidad de los demás para dar apoyo será poco fiable e inestable; de esta manera la persona piensa que las relaciones estrechas terminarán inmediatamente. Es probable que estos individuos haya atravesado en su infancia experiencias tales como el divorcio o muerte de sus padres, o bien cuando los padres han sido inconsistentes para atender las necesidades de sus hijos.

- *Desconfianza/abuso*: Expectativa del individuo de que los demás lo humillarán, se aprovecharán o le harán daño; se presenta cuando en los primeros años de vida la persona fue víctima de abusos o malos tratos por parte de sus padres o personas cercanas.
 - *Perdida emocional (Privación emocional)*: Refleja la creencia de que las necesidades emocionales de cuidado, empatía, protección y afecto no serán satisfechas por las demás personas. Suele estar presente en familias donde los padres no le dan al niño el suficiente apoyo emocional.
 - *Imperfección/vergüenza*: Recoge la visión de sí mismo como defectuoso, antipático e indeseable socialmente; lo cual genera en el individuo un sentimiento de vergüenza y la creencia de que si las demás personas se acercan lo notarán y se alejarán. Generalmente, los padres fueron muy críticos de sus hijos e hicieron que ellos se sintieran como si no fueran merecedores de amor.
 - *Aislamiento social/alienación*: Describe la creencia de que la persona está aislada, es diferente a los otros y no es parte del ningún grupo; suele presentarse cuando sienten que ellos o sus familias son diferentes de las demás personas.
- *DOMINIO II. Deterioro en la autonomía y desempeño*: Suele reflejar ambientes complicados y sobreprotectores durante la infancia, que interfirieron en la percepción sobre la propia capacidad; en las relaciones de adulto, estos individuos son demasiado dependientes de los demás y no creen que tengan las habilidades adecuadas de afrontamiento. Este dominio incluye cuatro esquemas que impiden al niño llegar a ser independientes y alcanzar algo fuera de la familia, ellos son:
- *Dependencia/incompetencia*: Supone la creencia de que la persona es incapaz de manejar las responsabilidades cotidianas de forma competente y autónoma, por lo tanto necesita la asistencia de los demás para funcionar. Usualmente los padres no propiciaron a los niños ambientes en donde pudieran actuar de manera independiente, así como también no les generaron confianza en sus habilidades para cuidarse a sí mismos.
 - *Vulnerabilidad al daño o la enfermedad*: Creencia que hace que la persona espere tener experiencias negativas que no controlará, tales como crisis médicas, emocionales o catástrofes naturales; por lo cual la persona tiende a tomar una serie de precauciones

excesivas para evitarlo. Se presenta cuando los padres o cuidadores cercanos son demasiado temerosos y transmiten la idea al niño de un mundo riesgoso.

- *Si mismo Inmaduro/complicación (Entrampamiento emocional)*: Se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, acosta de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad segura, al margen de los demás; a menudo este esquema se presenta cuando los padres son abusivos o sobreprotectores.

- *Fracaso*: Creencia de que uno no es capaz de desempeñarse de la forma correcta o tan bien como sus semejantes, la persona tiende a sentirse ignorante o sin talento; se presenta cuando los padres no ofrecieron la motivación, el apoyo y la disciplina suficientes para que el niño alcanzara los logros que se propusiera.

- *DOMINIO III. Límites inadecuados*: Se refiere a la falta de límites internos y responsabilidades; abarca a aquellos individuos que fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes, y que llegando a la etapa adulta carecen de autodisciplina y pueden tener un sentimiento de superioridad, así como también tienen dificultades para respetar los derechos de los otros, pueden ser insensibles hacia las necesidades y deseos de los demás. A este dominio pertenecen los siguientes esquemas:

- *Derecho/grandiosidad*: Almacena la creencia de que el individuo es capaz de hacer, decir o tener lo que quiera inmediatamente, sin considerar los límites o consecuencias que genere en otras personas; estas personas pueden ser extremadamente competitivos o dominantes. Puede surgir cuando las familias son muy complacientes con sus hijos y no les enseñan lo que es socialmente adecuado.

- *Autocontrol insuficiente/autodisciplina*: Incapacidad para tolerar la frustración de no alcanzar objetivos, ante lo cual la persona no restringe la expresión de impulsos o sentimientos; se presenta cuando los padres no enseñan a sus hijos a tener un autocontrol adecuado o no les propician un ambiente de disciplina.

- *DOMINIO IV. Tendencia hacia el otro:* Atención excesiva en los deseos, sentimientos y necesidades de los demás, poniendo los propios en segundo término, con la finalidad de ganar el cariño y aprobación, mantener el vínculo o evitar represalias. Los esquemas que integran este dominio son:

- *Subyugación:* Creencia de que uno debe soportar el control de otros para evitar consecuencias indeseadas, piensan si expresa sus necesidades o sentimientos los demás lo pueden abandonar, o bien que deben someterse para no ser rechazado o recibir malos tratos. A menudo se presenta en personas que en su infancia tuvieron padres muy controladores.

- *Autosacrificio:* Sacrificio de las propias necesidades para ayudar a los demás; suele estar acompañado de sentimientos de culpa cuando no lo hacen. Suele presentarse cuando en la infancia se sintieron responsables por el bienestar de uno o de ambos padres.

- *Aprobación/búsqueda de reconocimiento:* Este esquema consiste en la atención excesiva que le pone la persona en la obtención de aceptación, reconocimiento y atención de los otros; tiende a acompañarse de hipersensibilidad al rechazo y a la concentración excesiva en el estatus, la imagen y la aprobación social.

- *DOMINIO V. Sobrevigilancia e inhibición:* Supresión excesiva de sentimientos, decisiones e impulsos y en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas acerca del desempeño y la conducta socialmente aceptada, por lo que las personas con este esquema suelen sacrificar la felicidad, la expresión propia y las relaciones cercanas. Se desarrolla cuando se cría a los niños con perfeccionismo, en el seno de una familia rígida, inflexible y, algunas veces muy disciplinaria, cuando llegan a la adultez son demasiado controlados, con reglas extremadamente elevadas. Este dominio incluye cuatro esquemas que interfieren con la satisfacción y la espontaneidad de los niños:

- *Negatividad/pesimismo:* Refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada les irá bien; tienden a minimizar las cosas positivas de las situaciones y maximizan lo negativo. Se caracterizan por un pesimismo general, tristeza y preocupación.

- *Control excesivo/inhibición emocional:* Creencia de que se debe evitar la espontaneidad para mantener la sensación de que prevén y controlan sus vidas, o para

evitar la vergüenza; tienden a ser personas rígidas. Se presenta cuando los padres impiden la expresión abierta de los sentimientos u opiniones.

- *Reglas implacables/hipercrítica (Estándares inflexibles)*: Este tiene dos creencias relacionadas; creencia de que no importa lo que la persona haga, nunca va a lograr ser lo suficientemente bueno y siempre deberá esforzarse más; también recoge la creencia de que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica. Los padres de estas personas nunca se mostraron satisfechos y el amor que le daban a sus hijos estaba condicionado a un buen desempeño.

- *Condena*: Recoge la visión de que las personas deberían ser castigadas fuertemente cuando cometen errores; estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás. Implica la tendencia a ser de mal carácter, intolerante, e impaciente cuando se encuentran con personas que no comparten esos altos estándares.

3.2. Estilos de afrontamiento ante el esquema

Cada pensamiento, sentimiento, conducta o experiencia vivida relevante para un esquema puede producir alguna de las dos operaciones básicas, los cuales son por una parte la perpetuación o mantenimiento del esquema y, por otra parte curación del esquema, al debilitarlo; este último se logra mediante un proceso terapéutico. La perpetuación del esquema se refiere a todo lo que la persona hace, ya sea interna o conductualmente, que terminan reforzando y por lo tanto mantiene en funcionamiento el esquema; los esquemas se perpetúan a través de tres mecanismos primarios (Caro, 2009):

- *Las distorsiones cognitivas*: Los individuos perciben de forma equivocada las situaciones, de tal manera que el esquema se refuerza acentuando la información que confirma el esquema y minimizando o negando cualquier información que va a contradecirlo; el modelo de Young asume las mismas categorías de distorsiones cognitivas de Beck.

- *Los patrones vitales autoderrotistas*: El individuo realiza patrones equivocados conductualmente hablando, seleccionados de forma inconsciente, y permanece en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema.

- *Los estilos de afrontamientos de esquemas*: Con los esquemas maniobran otros procesos básicos que influyen en la manera en que el sujeto se relaciona con su medio ambiente y consigo mismo; de esta manera el individuo generará estrategias o respuestas desadaptativas que le ayudarán a no experimentar las emociones intensas que normalmente causan los esquemas; es conveniente aclarar que se trata de procesos que sirven al esquema para mantenerse, y no favorece la adaptación y el funcionamiento adecuado del individuo.

Existen tres estilos de afrontamiento desadaptativos importantes en relación al mantenimiento del esquema (Aguilera et al. 2009; Arango y Villegas, 2013; Caro, 2009; García, 2008):

- *Rendirse al esquema*: El sujeto lleva a cabo procesos cognitivos, conductuales y emocionales que refuerzan el esquema; por lo que el individuo no intenta evitarlo o luchar contra él, sino que lo acepta como si fuera cierto o verdadero, actuando de forma que lo confirma y por tanto sintiendo el dolor emocional del esquema directamente.

- *Evitación del esquema*: A partir de la activación del esquema se desprenden altos niveles de afecto (ira, ansiedad, culpa y/o tristeza) que son desagradables para el individuo; la evitación del esquema ocurre cuando el individuo se dedica a evadir cogniciones, afectos o conductas de manera que no se active el esquema, ya sea de manera voluntaria o automática.

A nivel cognitivo la evitación se refiere a los procesos que realiza el sujeto buscando bloquear imágenes, pensamientos o todo tipo de información que podría remitir al esquema; ejemplo de esto son los mecanismos de defensa, la despersonalización, el comportamiento compulsivo, etc. A nivel afectivo se alude a los intentos, tanto automáticos como voluntarios, que buscan neutralizar los sentimientos que son denotados por el esquema, bajo la forma de adormecimiento o mareos ante una situación conflictiva. Y a nivel conductual se refiere a la tendencia de evitar situaciones o momentos en su vida que podrían llegar a activar algún esquema; así, se puede acudir al aislamiento social y otros mecanismos que buscan mantener al sujeto alejado del estímulo detonante.

- *Sobrecompensación:* Se generan estrategias cognitivo-conductuales opuestas aparentemente al esquema disfuncional, con la finalidad de eludir el afecto doloroso que se desprende de la activación del esquema. En principio, este estilo de afrontamiento puede ser útil; sin embargo cuando viene un fracaso en esta compensación deja al sujeto sin protección y expuesto a su esquema, por lo que se generan desajustes emocionales y conductuales.

En conclusion García (2008) explica que estos estilos de afrontamiento son crónicos y que de igual manera se van desarrollando en la infancia a la par que se van a ir generando los esquema disfuncionales, como el resultado del temperamento innato y el tipo de ambiente familiar; esto explica en gran parte el porqué los niños criados en el mismo ambiente pueden ser tan diferentes, por ejemplo, dos niños con padres abusivos pueden generar el mismo esquema pero tener diferentes estilos de afrontamiento, ya que mientras uno se rinde ante el esquema convirtiéndose en víctima dejando que los demás se aprovechen de él, el otro niño puede ser rebelde y desafiante sobrecompensando dicho esquema.

3.3. Semejanzas y diferencias entre la terapia cognitiva estandar de beck y la terapia centrada en esquemas de young

Como bien es sabida la terapia centrada en esquemas se ha planteado como una alternativa al modelo clásico de Beck, por lo que podemos encontrar ciertas semejanzas, así como diferencias entre estos dos modelos. De acuerdo con Caro (2009) los supuestos de los que parte el modelo de Young, para ser considerado como una alternativa al modelo de Beck, son los siguientes:

1. No todos los pacientes tienen acceso fácil a sentimientos, pensamientos e imágenes.
2. No siempre es posible aislar problemas claros e identificarlos para el tratamiento.
3. A veces el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo esta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos d personalidad.

4. No siempre es fácil desarrollar una relación de colaboración paciente-terapeuta, dificultad que es también muy destacada en pacientes con trastornos de personalidad.
5. En función de lo anterior, podemos considerar que pueden existir, con frecuencia, dificultades en la relación terapéutica con este tipo de pacientes con estos trastornos.
6. No todos los patrones conductuales y cognitivos se pueden cambiar con análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, etc. Es decir, con las técnicas clásicas dentro del modelo de Beck o del modelo de Ellis.

Así mismo Caro (2009) expone que las características que diferencian el modelo de Young con el de Beck son:

1. El modelo de Young utiliza un menor nivel de descubrimiento guiado.
2. El modelo de Young utiliza en mayor medida la confrontación.
3. Puesto que la terapia se aplica a pacientes con trastorno de personalidad, la terapia de Young necesita un mayor número de sesiones, porque estos pacientes presentan una mayor resistencia al cambio.
4. En función del tipo de técnicas que utiliza, las sesiones dentro de la terapia centrada en esquemas tienen una mayor carga afectiva.
5. El modelo de Young identifica y supera la evitación cognitiva y conductual que presentan estos pacientes con trastornos de personalidad.
6. Finalmente, el modelo de Young se centra, en el esquema disfuncional temprano, que implica conocer los orígenes, la infancia de los pacientes, y la influencia de todo ello en sus problemas y, por ello, utilizan un mayor número de técnicas de tipo emocional.

Referente a esto García (2008) agrega una distinción más la cual explica que mientras en el modelo de Young el concepto de esquema ocupa un lugar central, en la terapia cognitiva

estándar se centra en la modificación de pensamientos automáticos, de distorsiones cognitivas y los supuestos subyacentes. Finalmente es importante mencionar que a niveles de investigación existe una serie de estudios ya realizados o que están en vías de realización para comprobar la teoría sobre los esquemas disfuncionales tempranos, gracias a la validación del Cuestionario de Esquemas de Young y Brown. Además se están realizando una serie de estudios de resultado para comprobar la eficacia de la terapia centrada en esquemas con distintos trastornos pero, básicamente, la mayor parte de los estudios se ha centrado en la validación de la teoría del esquema de Young a través de sus investigaciones con el Cuestionario de Esquemas (Rodríguez E. , 2009).

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil cognitivo que influye en el mantenimiento del estado físico de la obesidad?

Objetivo general

Describir la relación entre un perfil cognitivo y la obesidad.

Objetivos específicos

- Conocer los esquemas predominantes que tienen las personas con obesidad.
- Describir las actitudes empleadas como estrategias disfuncionales de afrontamiento implicados en los esquemas predominantes de las personas con obesidad.
- Describir las actitudes que están presentes en personas con obesidad.
- Construir una conceptualización explicativa para las personas obesidad.

Definición y medición de variables

- *Obesidad*

- Definición Conceptual

Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015).

- Definición Operacional

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

- *Esquemas disfuncionales tempranos*
 - Definición Conceptual

Son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos (Young, 1990 citado en Caro, 2007)
 - Definición Operacional

Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter, Maestre y Marín, 2003). Cuestionario evalúa 11 esquemas disfuncionales tempranos: Abandono, Insuficiente autocontrol/autodisciplina, Desconfianza/abuso, Privación emocional, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Autosacrificio, Estándares inflexibles I, Estándares inflexibles II, Inhibición emocional, Derecho, Entrampamiento.

- *Actitudes disfuncionales*
 - Definición Conceptual

Las actitudes disfuncionales se definen como reglas o formulas con las cuales se intenta dar sentido al mundo que nos rodea. Estas reglas se configuran como actitudes, suposiciones, creencias tacitas, estables, acerca de sí mismo y del mundo, que determinan el significado y valor que el individuo da a sus experiencias cotidianas. Las actitudes disfuncionales se convierten en un elemento de vulnerabilidad cognitiva y se diferencian de las adaptativas por ser rígidas, inapropiadas y excesivas (Andreasen & Pfohl, 1976 citado en Sanz y Vázquez, 1993).
 - Definición Operacional

Escala de Actitudes Disfuncionales [*DAS, Dysfunctional Attitudes Scale*] (Weissman & Beck, 1978). Escala que evalúan siete tipos de creencias disfuncionales: Aprobación, Amor, Ejecución, Perfeccionismo, Derecho sobre los otros, Omnipotencia y Autonomía.

Diseño

Se utilizó un diseño de investigación no experimental, transeccional, descriptivo, con una muestra no probabilística. El perfil cognitivo de las personas con obesidad, fue elaborado a

partir de los esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales de las personas con peso inferior, peso normal, sobrepeso y obesidad; evaluadas a través del Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-2 (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter, Maestre y Marín, 2003) y de la Escala de Actitudes Disfuncionales DAS (Weissman & Beck, 1978), mediante el análisis con Estadística descriptiva, Correlación de Pearson y Tablas cruzadas.

Participantes

Se trabajó con una muestra de 104 sujetos en donde el porcentaje total de mujeres fue de 54.8% (n=57) y el de hombres de 45.2% (n=47); de entre 20 a 40 años de edad del Distrito Federal, México; los cuales se dividió cuatro grupos de acuerdo a la clasificación de IMC que establece la OMS, teniendo un 25% (n=26) de población en cada uno de los grupos

- Grupo 1 Peso Inferior: Personas cuyo IMC está por debajo de 18.5
- Grupo 2 Peso Normal: Personas cuyo IMC está entre 18.5 a 24.9
- Grupo 3 Sobrepeso: Personas cuyo IMC está entre 25.0 a 29.9
- Grupo 4 Obesidad: Personas cuyo IMC está por arriba de 30.0

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 [desarrollado por Young & Brown, 1990] (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter, Maestre y Marín., 2003) que consta de 45 ítems y evalúa 11 esquemas disfuncionales tempranos, presenta una escala de calificación tipo Likert de 1 a 6 con las siguientes valoraciones: No me describe en nada (1), Me describe mínimamente (2), Me describe poco (3), Me describe moderadamente (4), Me describe mucho (5), Me describe perfectamente (6). Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada factor obteniéndose puntuaciones directas, las puntuaciones directas de cada uno de los esquemas, se convierten a percentiles. La prueba tiene una validez tipo alfa de 0.91 y una consistencia interna de 0.91 total y los factores oscilaron entre 0.71 y 0.85 (Castrillón et al., 2005).

Escala de Actitudes Disfuncionales [DAS, Dysfunctional Attitudes Scale] (Weissman & Beck, 1978) que consta de 35 ítem evalúan siete tipos de actitudes disfuncionales:

Aprobación, Amor, Ejecución, Perfeccionismo, Derecho sobre los otros, Omnipotencia y Autonomía; presenta una escala de calificación tipo Likert de 0 a 4 con las siguientes valoraciones: Totalmente en desacuerdo (0), Moderadamente en desacuerdo (1), Dudoso (2), Moderadamente de acuerdo (3), Completamente de acuerdo (4). Se toma como criterio una puntuación de 15 o más para cada categoría/creencia indica tendencia a “padecer” problemas en ese tema (Weissman & Beck, 1978).

Procedimiento

El estudio se realizó en una fase, en la cual se hizo la recolección de datos y la aplicación de ambos cuestionarios: Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 y Escala de Actitudes Disfuncionales, los cuestionarios fueron entregados de manera individual, informando al participante del objetivo de la investigación, aclarando que los datos son confidenciales y que su participación es voluntaria.

La duración de la aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos aproximadamente para cada sujeto, dando las respectivas instrucciones con la consigna de cualquier duda, aclaración o molestia que se presentara lo informara.

La asignación de cada uno de los participantes para los grupos se hizo dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Una vez concluida la recolección de datos se asigna un número único de identificación a cada paquete, con los correspondientes instrumentos. Los datos recolectados se ingresaron en una base de datos de SPSS para su análisis estadístico y con base en los objetivos propuestos.

RESULTADOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó un Paquete Estadístico (SPSS 17.0); las pruebas utilizadas para el análisis de resultados fueron: Estadística descriptiva en donde se hizo una descripción de la población cuantificando y caracterizando las variables cuantitativas y cualitativas; las primeras se analizaron por medio de medidas de tendencia central (promedios), dispersión (desviación estándar), mientras que las variables cualitativas se interpretaron a través de medidas de frecuencia (proporciones); Tablas cruzadas con el fin de buscar la tendencia de asociación estadística entre la variable grupo de IMC y las demás variables de interés (esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales) tomando en cuenta el criterio normal-patología y Coeficiente de correlación de Pearson empleada para analizar la relación entre variables.

En esta investigación para el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-2 (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter, Maestre y Marín., 2003) se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.918 y para la Escala de Actitudes Disfuncionales DAS (Weissman y Beck, 1978) se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.876.

Las edades de la población en general se distribuyeron entre los 20 y 40 años, con estaturas entre 1.50 y 1.90, un peso desde 39Kg hasta 155kg; teniendo como media un IMC de 25.43.

Tabla 6.
Descriptivos de edad, peso, estatura e IMC

	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	104	29	6.50	20	40
Peso	104	70.82	21.05	39	155
Estatura	104	1.66	0.08	1.50	1.90
IMC	104	25.43	6.45	15.23	48.37

Se realizó una comparación entre los grupos de IMC con el sexo de los participantes, en donde se encontró que dentro del grupo de sobrepeso el porcentaje tanto de hombres como

de mujeres es igual teniendo un 50% (n=13) para cada uno; sin embargo en el grupo de obesidad la prevalencia es mayor en hombres con un 53.8% (n=14) que en mujeres con un 46.2% (n=12).

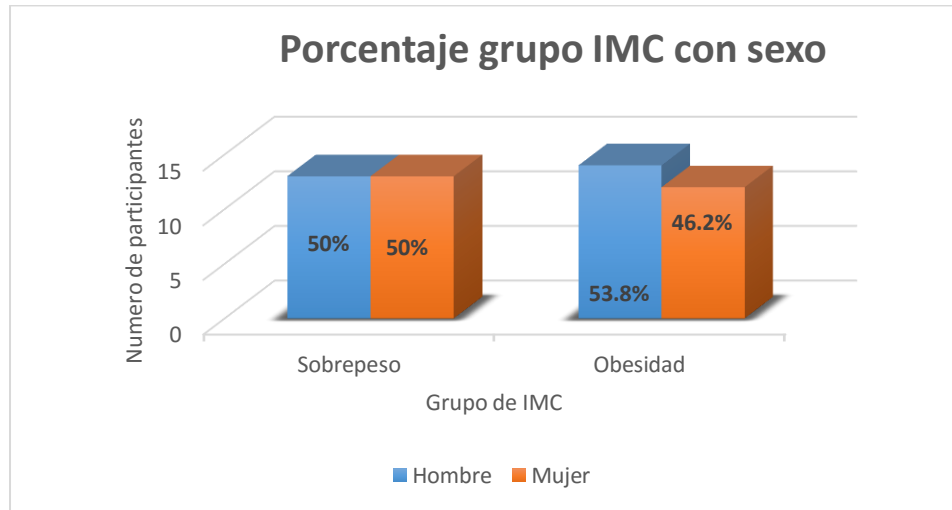


Figura 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres

De acuerdo con los puntajes totales obtenidos de cada categoría de los instrumentos (Cuestionario de Esquemas de Young y Escala de Actitudes Disfuncionales); las personas con obesidad presentan mayor disfuncionalidad cognitiva, en comparación al resto de los demás grupos.

Las personas con obesidad obtuvieron una puntuación media de 105.61, en contraste con el grupo de IMC inferior, normal y sobrepeso los cuales obtuvieron una media de 96, 10.376 y 102.11 puntos respectivamente; lo que indica se encuentra más esquemas disfuncionales en las personas con obesidad.

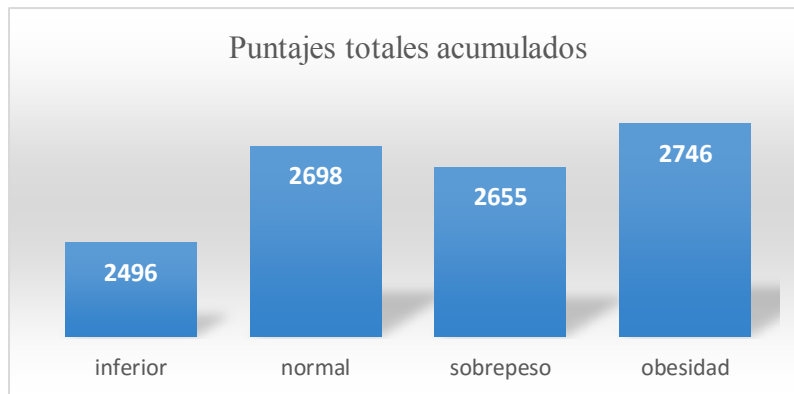


Figura 7. Puntaje acumulado del Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-2

Las personas con obesidad obtuvieron una puntuación media de 46.03, en contraste con el grupo de IMC inferior, normal y sobrepeso los cuales obtuvieron una media de 42.88, 49.07 y 38.61 puntos respectivamente; lo que indica se encuentra más actitudes disfuncionales en las personas con obesidad.

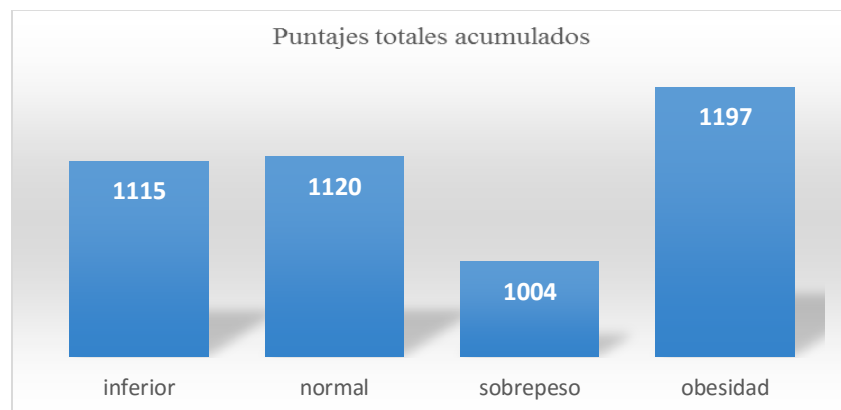


Figura 8. Puntaje acumulado de la Escala de Actitudes Disfuncionales

Conforme al criterio de normal-patología de los esquemas establecido por el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-2 (presencia a partir del percentil 85), se sacó un porcentaje para cada uno de los grupos de IMC, esto para identificar el esquema que predomina en cada uno de ellos; se dividió en dominios según el instrumento, y se obtuvo lo siguiente:

En el dominio I se encuentran que en el grupo de peso inferior el esquema de desconfianza/abuso es el que tiene mayor prevalencia con el 26.9%, mientras que los otros

esquemas no se presentan, y en el grupo de obesidad el esquema de privación emocional tiene mayor prevalencia con un 11.5%.

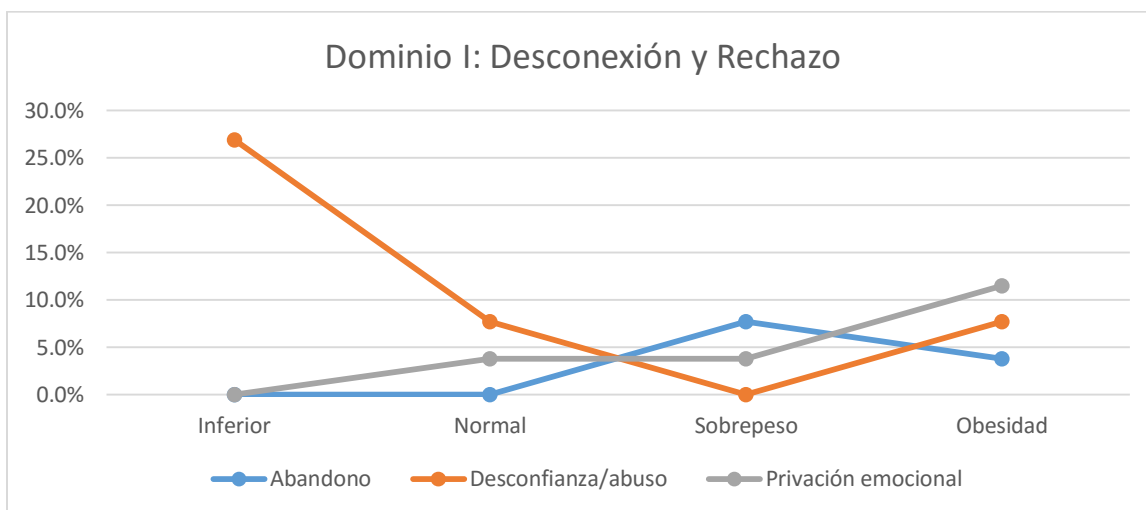


Figura 9. Porcentajes de los esquemas del Dominio I. Desconexión y Rechazo, de cada grupo

En el dominio II se observa que el esquema de entrapamiento predomina en el grupo de peso inferior y sobrepeso con un 30.8% y 19.2% respectivamente, sin embargo el esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad no se presenta en el grupo de peso inferior, mientras que en el grupo de obesidad este esquema es predominante con un 11.5%.

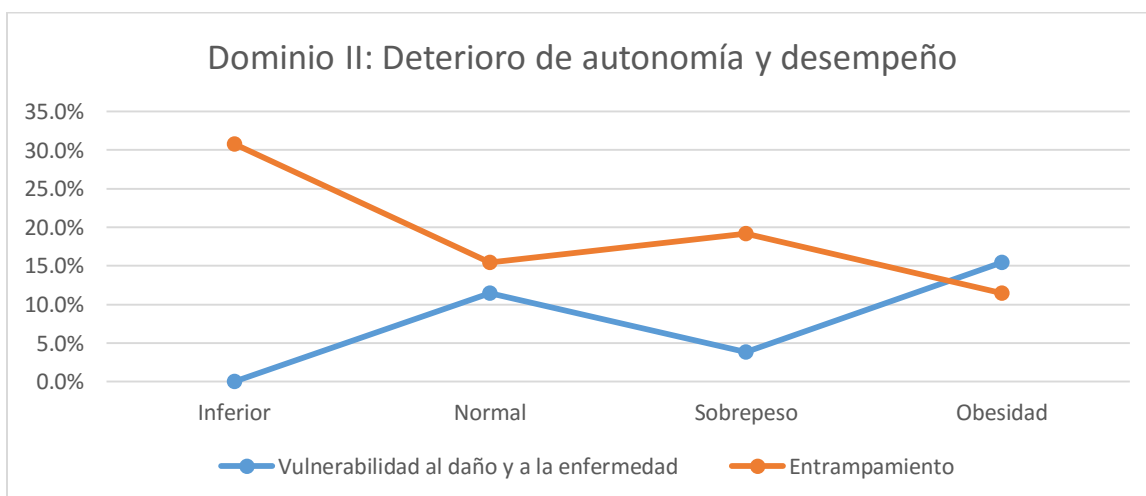


Figura 10. Porcentajes de los esquemas del Dominio II. Deterioro de autonomía y desempeño, década grupo

En el dominio III se encuentran con mayor presencia en el grupo de sobrepeso el esquema de derecho con un 26.9%, teniendo menor porcentaje el esquema insuficiente autocontrol/autodisciplina, contrario a el grupo de obesidad en donde este esquema predomina con un 15.4%.

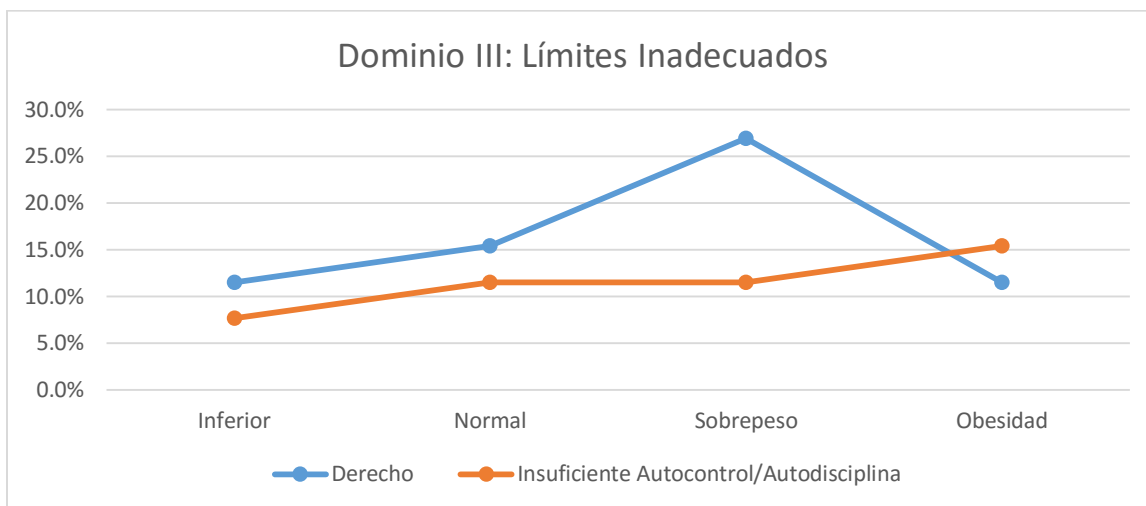


Figura 11. Porcentajes de los esquemas del Dominio III. Límites inadecuados, de cada grupo

En el dominio IV se encuentra el esquema de Autosacrificio; en el cual los grupos de peso normal y obesidad tiene mayor prevalencia con un 34.6%, seguido por el grupo de peso inferior con un 26.9%.

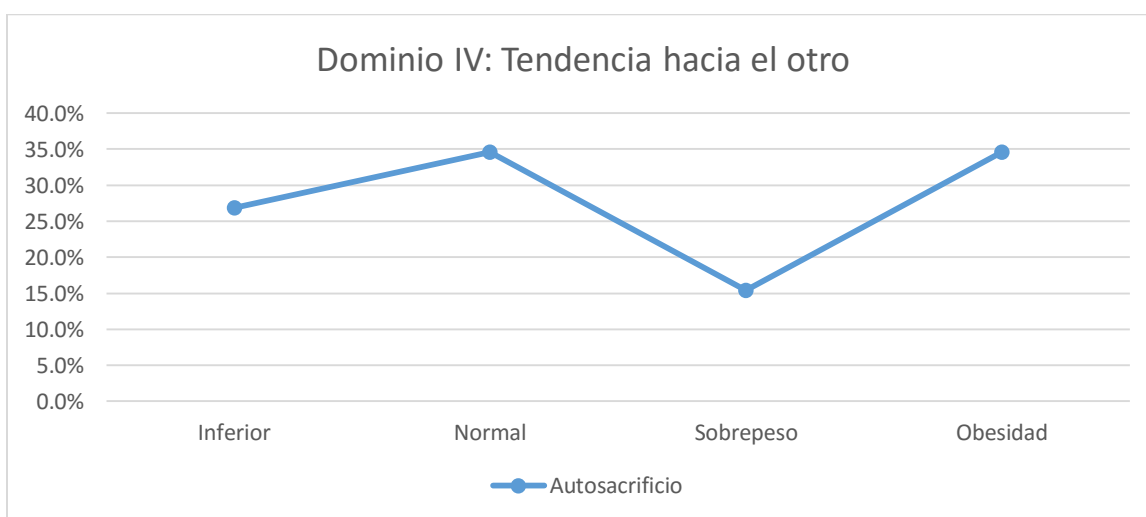


Figura 12. Porcentajes de los esquemas del Dominio IV. Tendencia hacia el otro, de cada grupo

En el dominio V se observa que en el grupo de peso normal tiene mayor prevalencia el esquema de Estándares Inflexibles II con un 30.8%, teniendo un menor porcentaje en el esquema de inhibición emocional, contrario al grupo de obesidad en el que los esquemas de inhibición emocional y estándares inflexibles I predominan con un 15.4%.

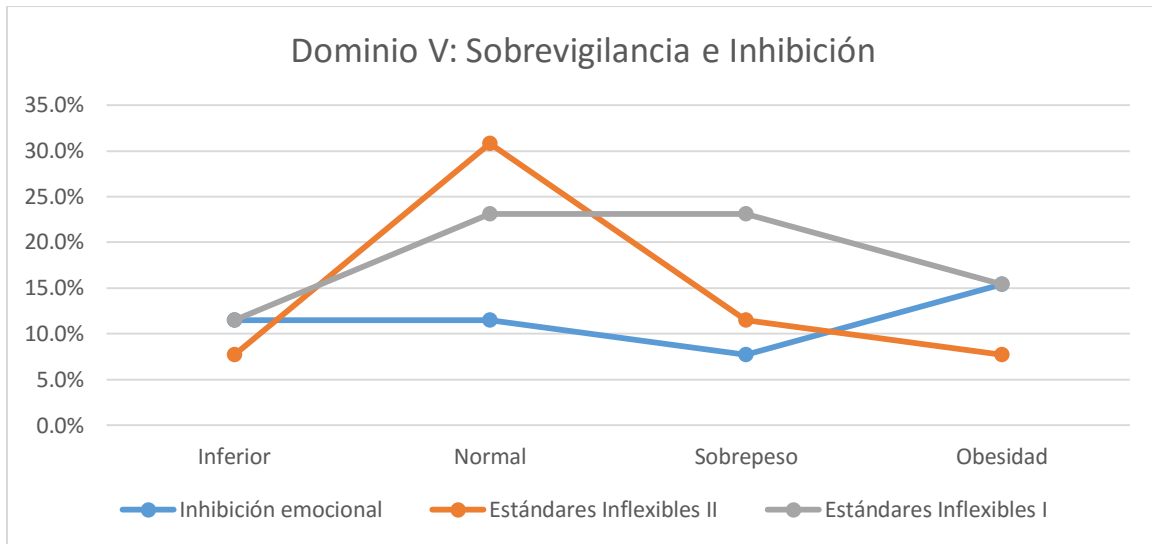


Figura 13. Porcentajes de los esquemas del Dominio V. Sobrevigilancia e Inhibición, de cada grupo

En cuanto a la escala de Actitudes disfuncionales conforme al criterio de normal-patología establecido por la Escala de Actitudes Disfuncionales (presencia a partir de un puntaje mayor a 15), se sacó un porcentaje para cada uno de los grupos de IMC, esto para identificar la actitud disfuncional que predomina en cada uno de ellos; en donde se obtuvo lo siguiente:

La actitud disfuncional de Aprobación se encuentra presente en los grupos de sobrepeso y obesidad con un porcentaje de 3.8% ambos, en contraste con los grupos de peso normal e inferior en los que no presentan.

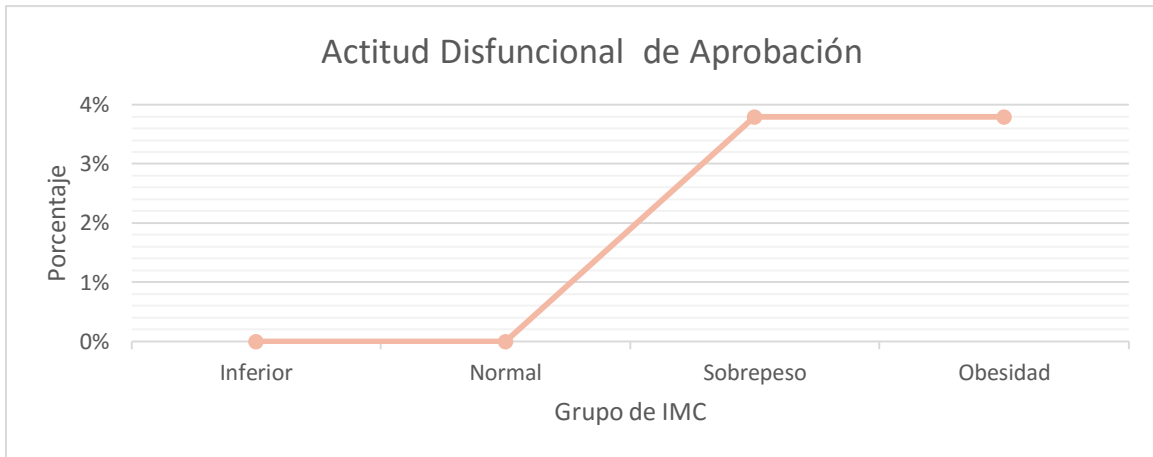


Figura 14. Porcentaje de la actitud disfuncional de Aprobación en cada grupo

La actitud disfuncional de Amor se encuentra solo presente en el grupo de sobrepeso con un 3.8%, en los demás grupos no se presenta esta actitud.

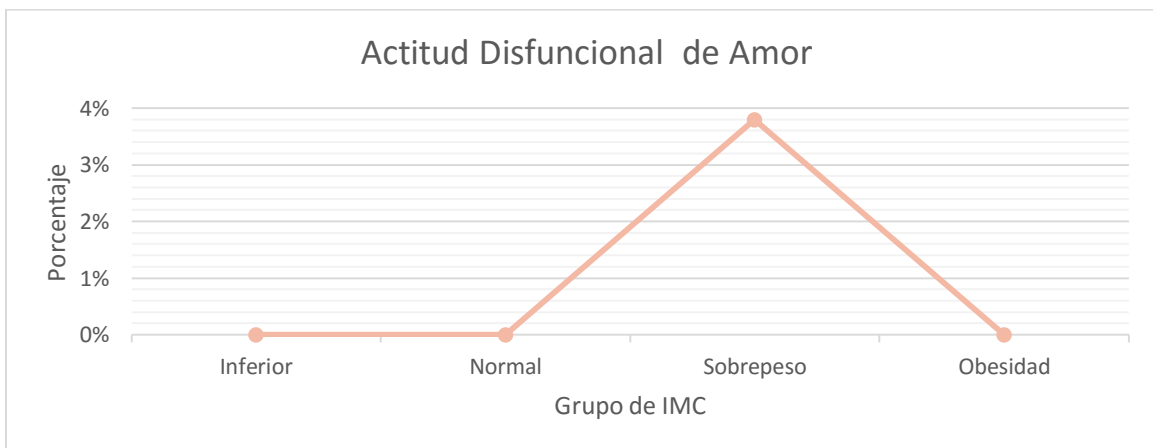


Figura 15. Porcentaje de la actitud disfuncional de Amor en cada grupo

La actitud disfuncional de Ejecución se encuentra presente en los grupos de inferior, sobrepeso y obesidad compartiendo un porcentaje de 3.8%, en contraste con el grupo de peso normal en el que no se presenta dicha actitud.

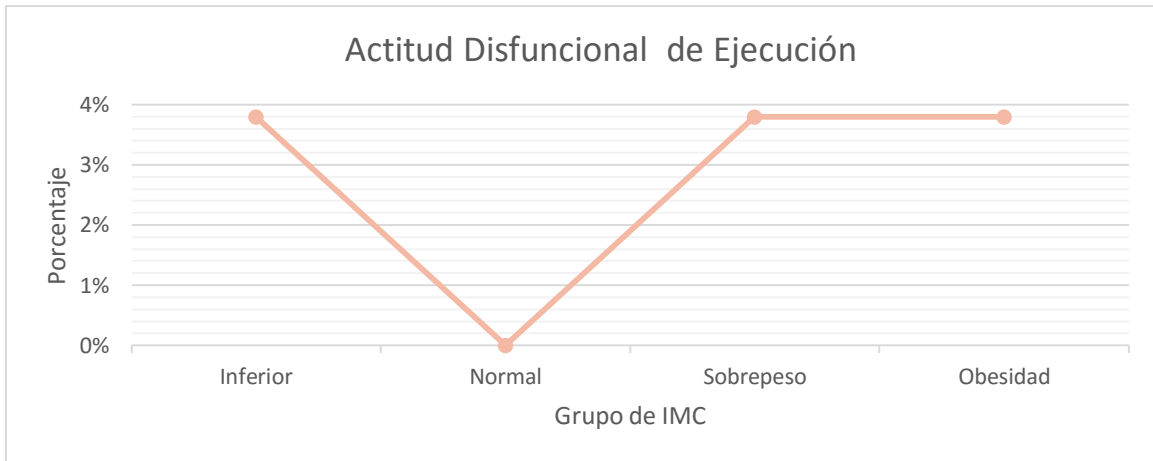


Figura 16. Porcentaje de la actitud disfuncional de Ejecución en cada grupo

La actitud disfuncional de Perfeccionismo se encuentra presente solo en el grupo de obesidad con un 3.8%, en los demás grupos no se presenta esta actitud.

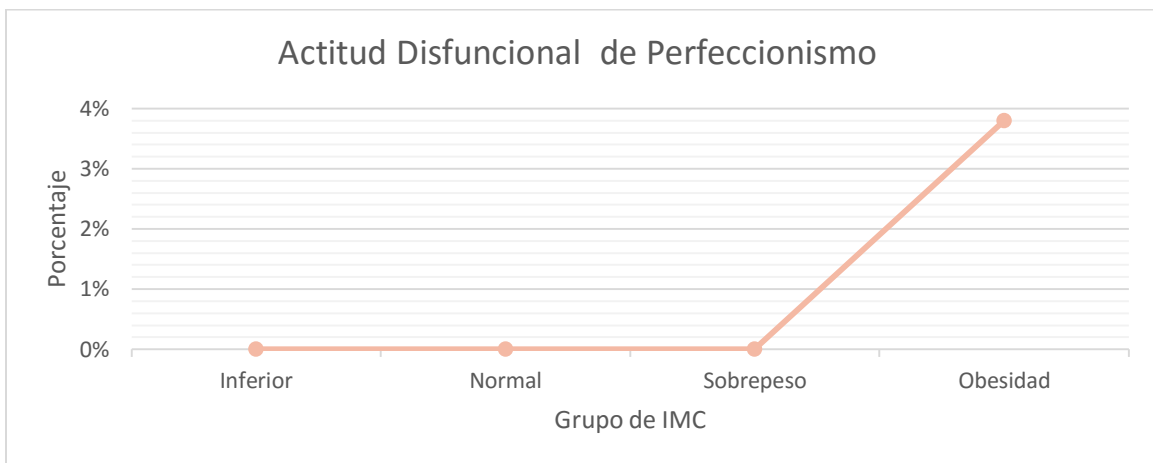


Figura 17. Porcentaje de la actitud disfuncional de Perfeccionismo en cada grupo

La actitud disfuncional de Derecho sobre los otros se encuentra con un mayor porcentaje de presencia en el grupo de las personas con IMC inferior con un porcentaje de 7.7%; en los demás grupos está presente con un menor porcentaje de 3.8%.

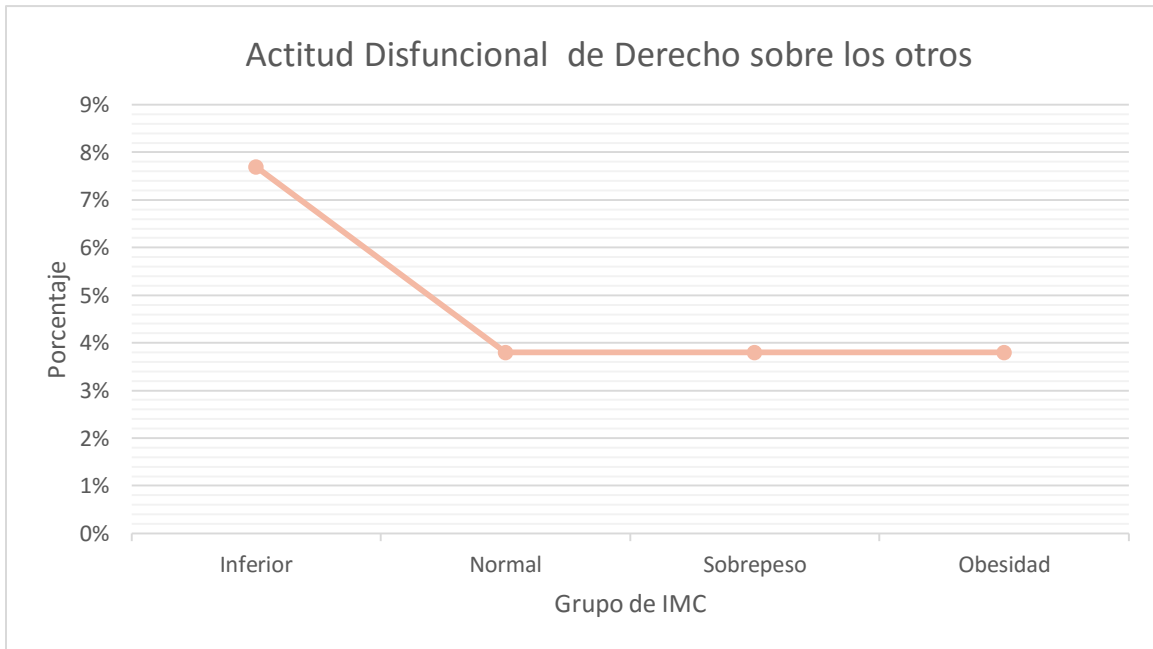


Figura 18. Porcentaje de la actitud disfuncional de Derecho sobre los otros en cada grupo

La actitud disfuncional de Omnipotencia está presente solo en el grupo de las personas con IMC inferior con un 3.8%, en los demás grupos no se presenta esta actitud.

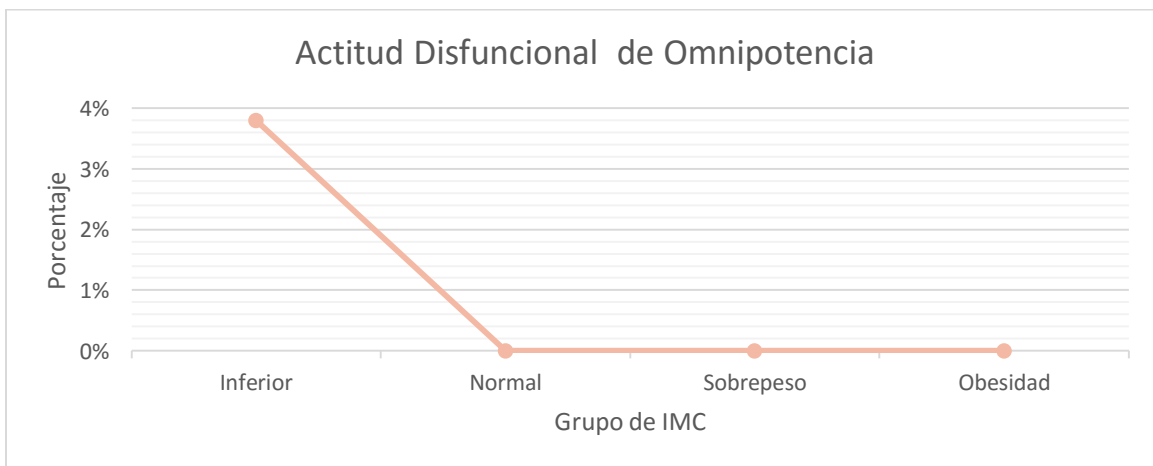


Figura 19. Porcentaje de la actitud disfuncional de Omnipotencia

De igual manera la actitud disfuncional de Autonomía está presente solo en el grupo de las personas con IMC inferior con un 3.8%, y en los demás grupos no se presenta esta actitud.

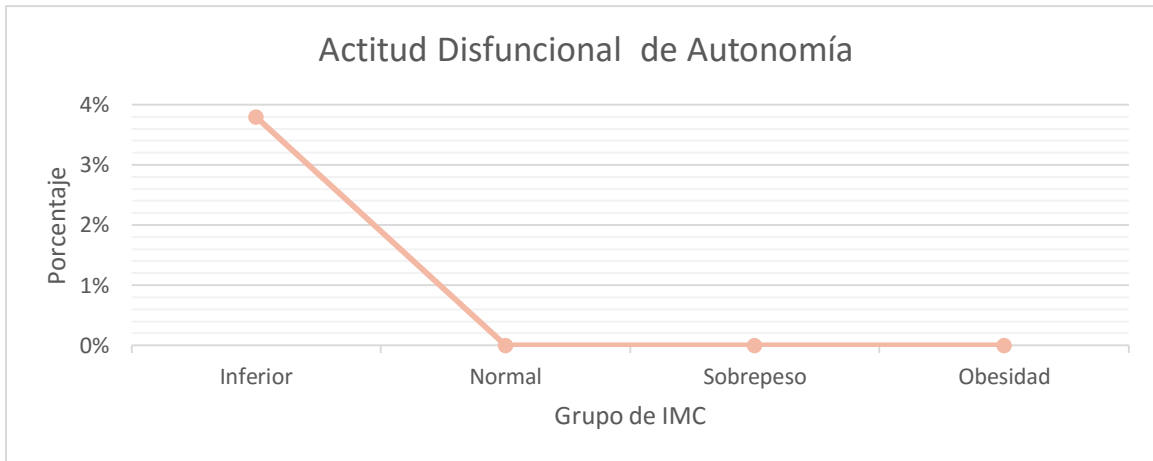


Figura 20. Porcentaje de la actitud disfuncional de Autonomía en cada grupo

Finalmente en la Figura 21 se muestran los esquemas que predominan específicamente en la población encuestada del grupo de obesidad (n=26) que es el grupo de interés; en el cual se encontró un nivel alto en el esquema disfuncional temprano de Autosacrificio con un 34.6%, seguido por los esquemas de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Inhibición Emocional, Estándares Inflexibles 1 e Insuficiente autocontrol/autodisciplina, cada uno con un 15.4%.

Respecto a las actitudes disfuncionales (Figura 22), se observa que tanto la actitud de Aprobación, Ejecución, Perfeccionismo y Derecho sobre los otros están presentes con un 3.8 % en cada una.

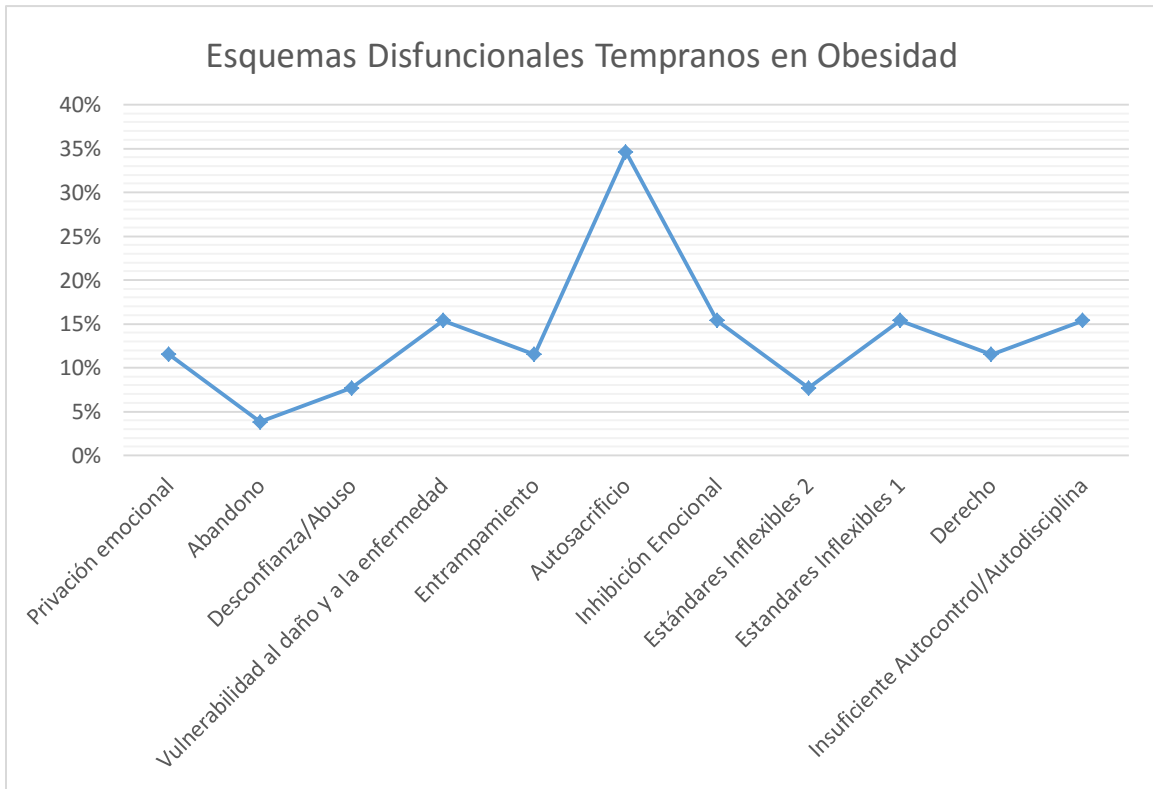


Figura 21. Esquemas disfuncionales en la obesidad

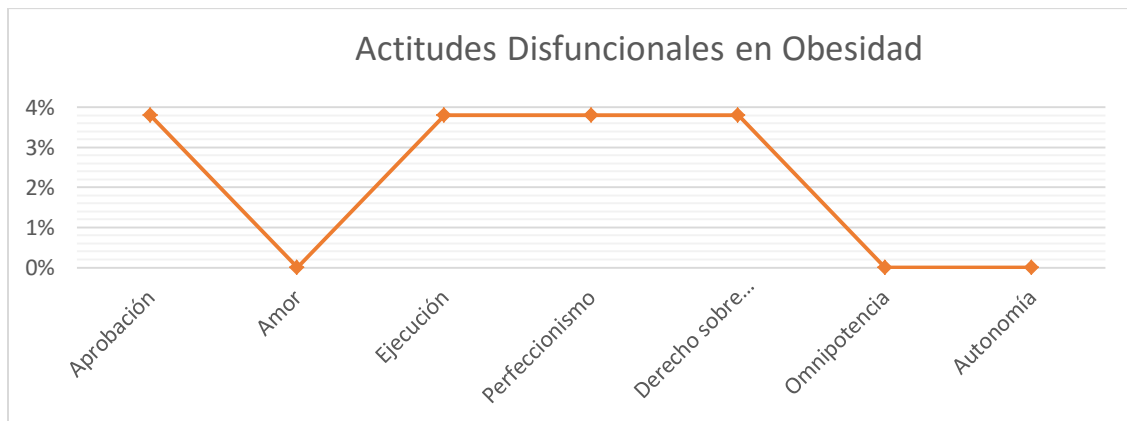


Figura 22. Actitudes disfuncionales en la obesidad

Al analizar los porcentajes de cada uno de los grupos de IMC con respecto a los esquemas y actitudes disfuncionales se tomaron los más significativos con el fin de hacer un análisis clínico de las variables:

Tabla 7.
Interpretación de esquemas disfuncionales-actitudes disfuncionales del grupo de IMC inferior

DOMINIOS	ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS	ACTITUDES DISFUNCIONALES	ESTILO DE AFRONTAMIENTO	INTERPRETACIÓN
DETERIORO EN LA AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO	Entrampamiento	Derecho sobre los otros	Se rinde al esquema	Establece relaciones cercanas con los demás, generalmente tiende a querer controlar o tomar la iniciativa de las acciones, suele tratar de imponer los puntos de vista con la idea de lo que es correcto para los demás.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Tiende a involucrar a las demás personas en sus logros y acciones por lo que su actuar estará en función al estado emocional de los otros, es decir que si los demás se sienten satisfechos con lo que esta persona ha logrado, se sentirá competente y satisfecha con lo que ha hecho y de sí mismo, o por otra lado si los demás se sienten incomodos o insatisfechos con el logro de la persona, esta sentirá que ha fracasado; de esta manera buscara que sus logros y su comportamiento estén dirigidos a un beneficio emocional para los otros y por lo tanto poderse conseguir un bienestar emocional propio.
		Omnipotencia	Se rinde al esquema	Suele se involucrarse fuertemente en la vida de las personas que considera cercanas, principalmente en el aspecto emocional, por lo que piensa que puede hacer cualquier cosa para que los demás pueda lograr un bienestar emocional.
		Autonomía	Se rinde al esquema	Considera que su estado emocional está en función de lo que ocurra en su contexto, con poco control de sus emociones y responsabiliza a los otros de estos estados emocionales, por lo tanto dejará su bienestar en función de las circunstancias.

DESCONEXIÓN/RECHAZO	Desconfianza/Abuso	Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Exige a los otros y se cree superior buscando controlar a los demás para evitar en la medida de lo posible el daño o abuso del que puede ser objeto, al final es parte de la inseguridad.
		Ejecución	Sobrecompensación	Al desconfiar de las personas de su alrededor, prefiere actuar sola en cualquier situación en la que se vea inmersa; de esta manera se esfuerza por mostrarse y ser competente en lo que realiza con el fin de evitar cualquier abuso o humillación.
		Omnipotencia	Sobrecompensación	Considera que para evitar el abuso y la desconfianza tiene los recursos necesarios para hacer frente a diversas situaciones e incluso pretende apoyar o ayudar a otros para que no la dañen en un futuro o para que ellos no sean dañados por terceros.
		Autonomía	Se rinde al esquema	Al igual que en el anterior se sentirá dependiente de las circunstancias, de los contextos y de las personas para determinar un estado emocional en particular con poco control de sí mismo y por lo tanto considera que su desconfianza es justificable de acuerdo al momento.
TENDENCIA AL OTRO	Autosacrificio	Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Tienen la creencia que como deja de hacer cosas para cubrir las necesidades de los demás tiene más derechos que los otros deben corresponder y pensando que merece más; además espera y exige gratificaciones y retribuciones por parte de los demás por lo que hace.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Su actuar está dirigido primeramente a saciar las necesidades de los otros, por lo que sus conductas estarán enfocadas a lo que piensa que para los demás es adecuado.
		Omnipotencia	Se rinde al esquema	Al igual que el anterior, la persona se siente responsable de satisfacer las necesidades de las demás personas antes que las propias por esta razón hará o dejará de hacer cosas pensando que es por el beneficio de los demás, además cree que debe decir a los otros lo que deben hacer para lograr un bienestar.

	Autonomía	Se rinde al esquema	En general la persona considera que si se autosacrifica, hace todo de su parte y mantiene a los demás bien estos retribuirán en un ambiente favorecedor para sentirse bien y de lo contrario el ambiente será negativo y repercutirá en su estado emocional de la misma forma.
--	-----------	---------------------	--

Tabla 8.
Interpretación de esquemas disfuncionales-actitudes disfuncionales del grupo de IMC normal

DOMINIOS	ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS	ACTITUDES DISFUNCIONALES	ESTILO DE AFRONTAMIENTO	INTERPRETACIÓN
TENDENCIA AL OTRO	Autosacrificio			
		Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Exige retribución y gratificación a los demás, se espera que si se hace algo por los demás los demás tendrán que hacer algo por uno, muy acorde con la ley del talión, “ojo por ojo y diente por diente”, algo muy común en nuestra cultura.
SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN	Estándares Inflexibles			
		Derecho sobre los otros	Se rinde al esquema	Al actuar conforme lo socialmente establecido, espera y exige que los demás realicen diversas conductas de lo que se debe y como se debe de hacer.

Tabla 9.
Interpretación de esquemas disfuncionales-actitudes disfuncionales del grupo de IMC sobrepeso

DOMINIOS	ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS	ACTITUDES DISFUNCIONALES	ESTILO DE AFRONTAMIENTO	INTERPRETACIÓN
LIMITES INADECUADOS	Derecho			
		Aprobación	Se rinde al esquema	Exige que los demás aprueben sus acciones y que consideren que lo que hace, siente o piensa es adecuado, es común considerar a estas personas con falacia de razón o de control.
		Amor	Se rinde al esquema	Exige a las demás personas a darles o mostrarles afecto y amor, en función de ello suele realizar acciones afectivas desbordadas o alteradas, suele ser obsesivos con las muestras de cariño o afecto.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Sus acciones estarán concentradas en demostrar una superioridad; cree firmemente que para conseguir sus objetivos puede hacer de todo sin importar los límites reales o pasar por encima de los demás, argumentando en todo momento que “el fin justifica los medios”; de esta manera sentirá que su actuar es correcto.
		Derecho sobre los otros	Se rinde al esquema	Por la misma creencia de ser superior a los demás, considera ser merecedora de privilegios especiales y que no está obligada a seguir reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual, por esta razón exige a los otros que cumplan con sus deseos, así como de recibir reconocimiento por lo que hace.

SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN

Estándares Inflexibles

Aprobación	Se rinde al esquema	Centra su atención a alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica.
Amor	Se rinde al esquema	Su actuar se rige por lo socialmente adecuado, de esta manera se valorará en función del amor y afecto que pueda obtener de las otras personas.
Ejecución	Se rinde al esquema	La forma de realizar las cosas para esta persona se basa en procedimientos establecidos y rígidos, creyendo en que si no se cumplen al “pie de la letra” fracasará y no conseguirá las metas propuestas. En general sus logros y acciones están dirigidos a alcanzar un nivel alto de desempeño sin importar su salud.
Derecho sobre los otros	Se rinde al esquema	Ya que esta persona hace las cosas conforme a lo socialmente establecido, creará que tiene más derechos que los otros y que los demás “deben o tienen que” recompensarlo por ese buen desempeño. Serán fácil presa de la ira.

Tabla 10.

Interpretación de esquemas disfuncionales-actitudes disfuncionales del grupo IMC obesidad

DOMINIOS	ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS	ACTITUDES DISFUNCIONALES	ESTILO DE AFRONTAMIENTO	INTERPRETACIÓN
TENDENCIA AL OTRO	Autosacrificio	Aprobación	Se rinde al esquema	Esta persona hará o dejará de hacer cosas para los demás con el fin de obtener la aprobación de las personas cercanas a ellas focalizándose primordialmente en el bienestar de los otros.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Se esfuerza por ser competente en lo que hace para poder satisfacer las necesidades de los otros.
		Perfeccionismo	Se rinde al esquema	Centra su atención a cualquier detalle para hacer las cosas a la perfección para los otros, ya que considera que el cometer algún error puede perjudicar fuertemente a los demás.
		Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Espera y exige gratificación de los otros por lo que hace o dejado de hacer por ellos.
SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN	Inhibición emocional	Aprobación	Se rinde al esquema	Esta persona supone que si no expresan sus emociones evitan ser rechazados por los demás.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Al reservar la expresión de sus emociones actuará de manera adecuada para los demás.
		Perfeccionismo	Se rinde al esquema	Al inhibir sus emociones actuará de manera perfecta para los demás y no recibirá alguna queja por parte de los otros.

SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN

Estándares Inflexibles	Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Al no expresar emociones considera que los demás no tienen derecho a reprocharles algo; asimismo espera gratificación y exige retribución por parte de los demás.
	Aprobación	Se rinde al esquema	Al igual que el anterior, se esforzará y estará atento a alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño con el fin de no ser rechazada y evitar la crítica.
	Ejecución	Se rinde al esquema	Para esta persona solo hay una manera de realizar las cosas para ser competente en sus tareas y alcanzar un alto nivel de desempeño; por lo que sus acciones se guiarán por un procedimiento rígido sin importar los sacrificios o consecuencias negativas personales.
	Perfeccionismo	Se rinde al esquema	Al igual que el anterior, su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios; por lo que se exige no cometer algún error en sus actividades, ya que de lo contrario se valorará de manera negativa y percibirá lo que hace como un fracaso.
	Derecho sobre los otros	Se rinde al esquema	Impondrá a los demás normas con la idea de que es la manera correcta para hacer las cosas, por otra parte espera que los otros los recompensen por hacer las cosas de una “manera perfecta”, con lo que se puede inferir que tiene una falacia de recompensa divina.

LIMITES INADECUADOS	Insuficiente autocontrol/ autodisciplina	Aprobación	Se rinde al esquema	Sera capaz de alterar sus actividades o romper disciplinas en función de la aprobación de los demás y dejará de hacer las actividades de autodisciplina en función de que aprueben sus acciones de manera un tanto autoindulgente.
		Ejecución	Se rinde al esquema	Misma al anterior, dará excusas para justificar sus comportamientos de pobre autocontrol, serán personas con diversos pretextos de que lo que hacen está bien por un actuar adecuado a las circunstancias.
		Perfeccionismo	Sobrecompensación	En múltiples ocasiones piensan que su pobre autocontrol se podrá compensar con un actuar perfecto y sin errores lo que pondría fin a sus problemas no obstante esta perfección al ser inalcanzable retribuye en justificar al esquema.
		Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Al ser limitado su autocontrol, tienen a exigir que los demás tengan consideración con ellos de tal manera que los demás tomen parte de sus problemas de autocontrol y faltas de disciplina, además de que piensan que los demás tienen la obligación de apoyarlos y facilitarles las tareas.
DETERIORO EN LA AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Aprobación	Evita el esquema	Para evitar un daño principalmente emocional busca hacer cosas con el fin de obtener la aprobación de las personas que lo rodean.
		Ejecución	Evita el esquema	Sabe que su actuar y logros solo lo conducen al daño.
		Perfeccionismo	Sobrecompensación	Al tener miedo al daño o a la enfermedad busca soluciones perfectas que al no existir termina por abandonar.
		Derecho sobre los otros	Sobrecompensación	Culpa a los demás del daño o enfermedad y exige atenciones desmedidas.

Mediante el análisis de correlación de Pearson se obtiene las relaciones significativas entre los Esquemas Disfuncionales Tempranos y las Actitudes Disfuncionales de cada grupo; en el cual se encontró lo siguiente:

La correlación entre Esquemas Disfuncionales Tempranos y Actitudes Disfuncionales de las personas con bajo peso, muestra correlaciones positivas entre Entrampamiento-Ejecución, Desconfianza/Abuso-Ejecución-Omnipotencia-Autonomía y Autosacrificio-Omnipotencia-Autonomía.

Tabla 11.
Correlación entre esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales del grupo IMC inferior

	Actitud Aprobación	Actitud Amor	Actitud Ejecución	Actitud Perfeccionismo	Actitud Derecho sobre los otros	Actitud Omnipotencia	Actitud Autonomía
Esquema Privación Emocional	---	----	----	----	----	----	----
Esquema Abandono	----	----	.396*	----	----	.403*	----
Esquema Desconfianza/Abuso	----	----	.404*	.393*	----	.429*	.441*
Esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	.675**	----	.584**	.556**	----	.458*	.471*
Esquema Entrampamiento	.404*	----	.514**	---	----	.415*	.477*
Esquema Autosacrificio	----	----	---	----	----	.539**	.472*

Esquema Inhibición Emocional	.538**	---	.401*	---	---	---	---
Esquema Estándares Inflexibles II	---	---	.395*	.419*	---	---	---
Esquema Estándares Inflexibles I	---	---	.431*	.558**	---	.658**	.470*
Esquema Derecho	---	.409*	.593**	.394*	---	.587**	.524**
Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	.393*	---	.453*	---	---	.614**	.501*

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

La correlación entre Esquemas Disfuncionales Tempranos y Actitudes Disfuncionales de las personas con peso normal, muestra correlaciones positivas entre Derecho-Ejecución.

Tabla 12.

Correlación entre esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales del grupo IMC normal

	Actitud Aprobación	Actitud Amor	Actitud Ejecución	Actitud Perfeccionismo	Actitud Derecho sobre los otros	Actitud Omnipotencia	Actitud Autonomía
Esquema Privación Emocional	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Abandono	---	---	.447*	---	---	---	.481*

Esquema Desconfianza/Abuso	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Entrampamiento	---	---	---	---	---	---	.479*
Esquema Autosacrificio	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Inhibición Emocional	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Estándares Inflexibles II	---	---	.407*	---	---	---	---
Esquema Estándares Inflexibles I	---	---	.435*	---	---	.418*	---
Esquema Derecho	---	---	.507**	---	---	.450*	---
Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	---	---	---	---	---	---	---

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

La correlación entre Esquemas Disfuncionales Tempranos y Actitudes Disfuncionales de las personas con sobrepeso, muestra correlaciones positivas entre Derecho-Ejecución y Estándares Inflexibles-Ejecución.

Tabla 13.
Correlación entre esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales del grupo IMC sobrepeso

	Actitud Aprobación	Actitud Amor	Actitud Ejecución	Actitud Perfeccionismo	Actitud Derecho sobre los otros	Actitud Omnipotencia	Actitud Autonomía
Esquema Privación Emocional	---	.443*	---	---	.512**	---	.504**
Esquema Abandono	---	.496**	.400*	---	.435*	---	.594**
Esquema Desconfianza/Abuso	---	---	---	---	---	.452*	---
Esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	---	---	---	---	---	.610**	---
Esquema Entrampamiento	---	---	.420*	---	---	.455*	---
Esquema Autosacrificio	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Inhibición Emocional	---	---	---	---	---	.452*	---
Esquema Estándares Inflexibles II	---	---	---	---	---	.632**	---
Esquema Estándares Inflexibles I	---	---	.423*	---	---	---	.431*
Esquema Derecho	---	---	.400*	---	---	---	---
Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	---	---	---	---	---	---	---

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

La correlación entre Esquemas Disfuncionales Tempranos y Actitudes Disfuncionales de las personas con obesidad, muestra correlaciones positivas entre Inhibición Emocional-Derecho sobre los otros, Estándares Inflexibles-Derecho sobre los otros, Insuficiente autocontrol/autodisciplina-Aprobación-Derecho sobre los otros y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad-Perfeccionismo-Derecho sobre los otros.

Tabla 14.
Correlación de esquemas disfuncionales tempranos y actitudes disfuncionales del grupo IMC obesidad

	Actitud Aprobación	Actitud Amor	Actitud Ejecución	Actitud Perfeccionismo	Actitud Derecho sobre los otros	Actitud Omnipotencia	Actitud Autonomía
Esquema Privación Emocional	---	---	---	---	---	---	---
Esquema Abandono	.411*	---	---	---	---	.411*	.481*
Esquema Desconfianza/Abuso	---	---	---	---	.394*	---	---
Esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	---	.533**	---	.433*	.628**	.678**	.566**
Esquema Entrampamiento	---	.441*	---	.460*	---	.407*	---
Esquema Autosacrificio	---	---	---	---	---	.482*	.516**
Esquema Inhibición Emocional	---	---	---	---	.460*	.411*	---

Esquema Estándares Inflexibles II	---	---	---	---	.412*	---	---
Esquema Estándares Inflexibles I	---	.444*	---	---	---	---	---
Esquema Derecho	.407*	.519**	---	.595**	.461*	.474*	.504**
Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	.544**	---	.394*	---	.575**	---	.501**

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

PERFIL DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD APARTIR DE UNA CONCEPTUALIZACION COGNITIVA

Se elabora y se propone el perfil cognitivo de las personas con obesidad a través de los esquemas disfuncionales más significativos: Autosacrificio, Inhibición Emocional, Estándares Inflexibles, Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina y Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, y su relación con las actitudes disfuncionales más significativas: Derecho sobre los otros, Aprobación, Ejecución y Perfeccionismo, que son los elementos cognitivos que influyen en el actuar de la obesidad.

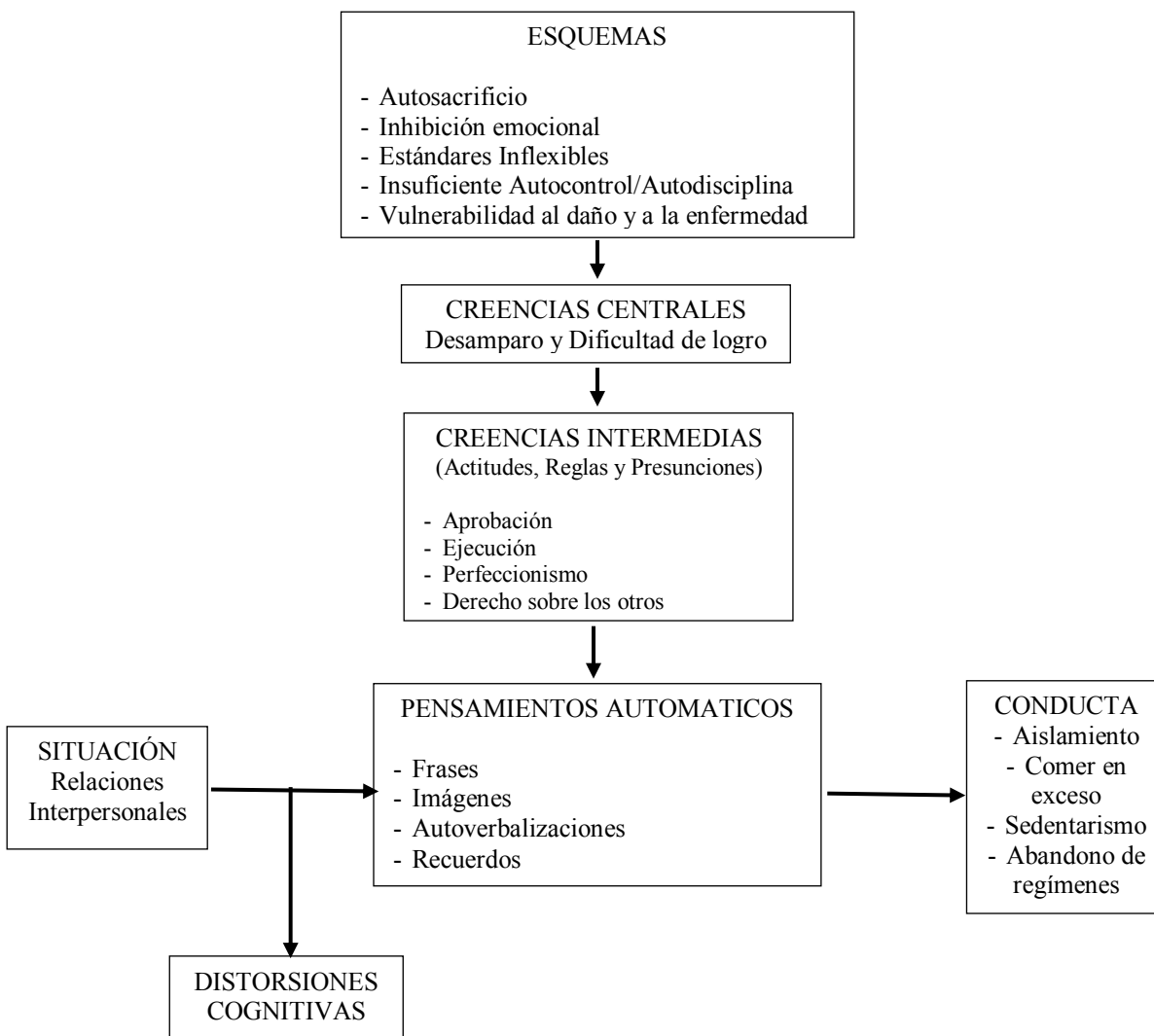


Figura 23. Esquema cognitivo general de la persona con obesidad

A partir de los resultados obtenidos se elabora el esquema cognitivo de la persona con obesidad asociado al esquema de Autosacrificio (Figura 24).

Este esquema al no correlacionar significativamente con alguna actitud en particular, hace uso de todas las actitudes sin llegar a identificar una como preferencial, por lo que su comportamiento se caracterizará por el hecho de estar excesivamente al pendiente de los demás; las creencias centrales para dicho esquema se asocia con el desamparo personal: *van a rechazarme, soy dependiente, no me respetan.*

En relación con la actitud de Aprobación probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en las que considere que los otros necesitan de él/ella para satisfacer sus necesidades; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases donde aprueba o justifica el abandono de sus prioridades con el objetivo de que no lo rechacen en un futuro y colocarse en una posición de aceptación, o imágenes en donde visualiza como rechazado; con esto su emoción sería de tristeza; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían; *es insoportable que los otros no me acepten; debo sacrificarme por los demás para satisfacer sus necesidades y no ser rechazado; si dejo a un lado lo que yo quiero o necesito por ayudar a los demás, no me rechazarán y seré parte de un círculo.* Al percibir alguna señal de desprecio por parte de los demás, la conducta de la persona con obesidad tenderá a aislarse y comer en exceso.

Tanto en la actitud de Ejecución como la de Perfeccionismo las situaciones que probablemente activen su conducta serán aquellas en donde los demás pidan de su ayuda para poder tener algún beneficio; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde se sobre exige por ser competente en lo que hace para los demás; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias, en el caso de la actitud de ejecución serían: *es terrible no ser competente en lo que otros necesitan; debo hacer todo para poder satisfacer las necesidades de quienes me rodea, sino me verán como un inútil; si no me esfuerzo por ser competente para satisfacer a los demás, terminare por estar solo.* Y en el caso de la actitud de perfeccionismo las creencias intermedias serían: *es inaceptable cometer errores; debo ser exigente conmigo mismo y estar atento a los*

detalles, para hacer las cosas correctamente en beneficio de los otros, de lo contrario no sirvo para nada; si cometo algún error, perjudicare a los demás y seré una mala persona.

La persona con obesidad suele exigirse excesivamente en el quehacer por los demás poniendo atención desmedida en los detalles para que así no haya lugar a un error; al no ser esto posible en todas las ocasiones, las emociones de la persona con obesidad serían enojo y frustración; por lo que sus conductas serán abandono de actividades, comer en exceso y aislarse.

Respecto a la actitud de Derecho sobre los otros, probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en donde no reciba alguna gratificación o recompensa por parte de los demás; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde se victimiza y responsabiliza a los demás por dejar de hacer sus cosas; ante esto las conductas asumidas serán comer en exceso y aislarse; y sus emociones enojo y tensión. A partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es horrible que no me agradezcan todo lo que hago por ellos; si yo me sacrifico por los demás, ellos deben sacrificarse también; las personas que no se sacrifican ni agradecen, no merecen ninguna consideración mía.* En este caso la persona con obesidad por lo general tiende a esperar y exigir que los otros muestren el mismo sacrificio hacia su persona y de esta manera se sentirá gratificado.

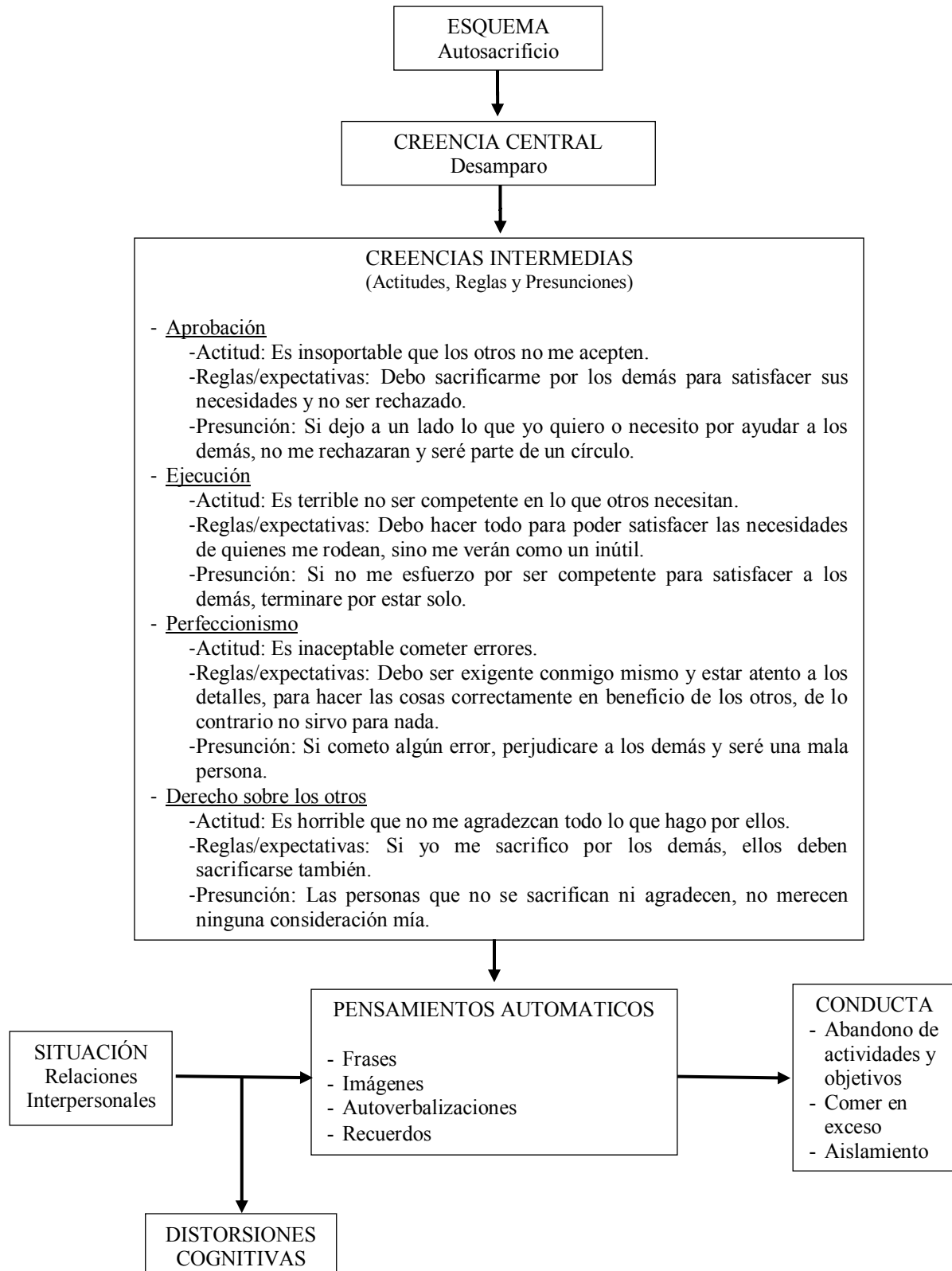


Figura 24. Conceptualización cognitiva sobre el esquema de Autosacrificio

A partir de los resultados obtenidos se elabora el esquema cognitivo de la persona con obesidad asociado al esquema de Inhibición emocional (Figura 25).

Este esquema correlaciona significativamente con la actitud de Derecho sobre los otros, por lo que probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en las que las personas cercanas hagan algún tipo de crítica o manifiesten sus emociones y/o sentimientos negativos hacia su persona; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases donde se dice que *los demás no tienen derecho a sentir eso por mí*; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es insoportable dejar que los demás manifiesten sus emociones negativas hacia a mí; las personas no deben expresar sus emociones negativas hacia a mí, si lo hacen son culpables de mi malestar; si yo inhibo mis emociones, los demás deben hacer lo mismo y expresarlo de otra forma*; mientras que su creencias centrales se asocian con el desamparo personal: *no me respetan, estoy indefenso, soy vulnerable*.

Al momento de no poder lograr el control sobre los otros, las emociones de la persona con obesidad serían enojo, tristeza y ansiedad; y ya que considera que no es correcto expresar dichas emociones, estas serán manifestadas en algo que considera que es socialmente aceptado como sería el comer o bien el aislarse de los demás.

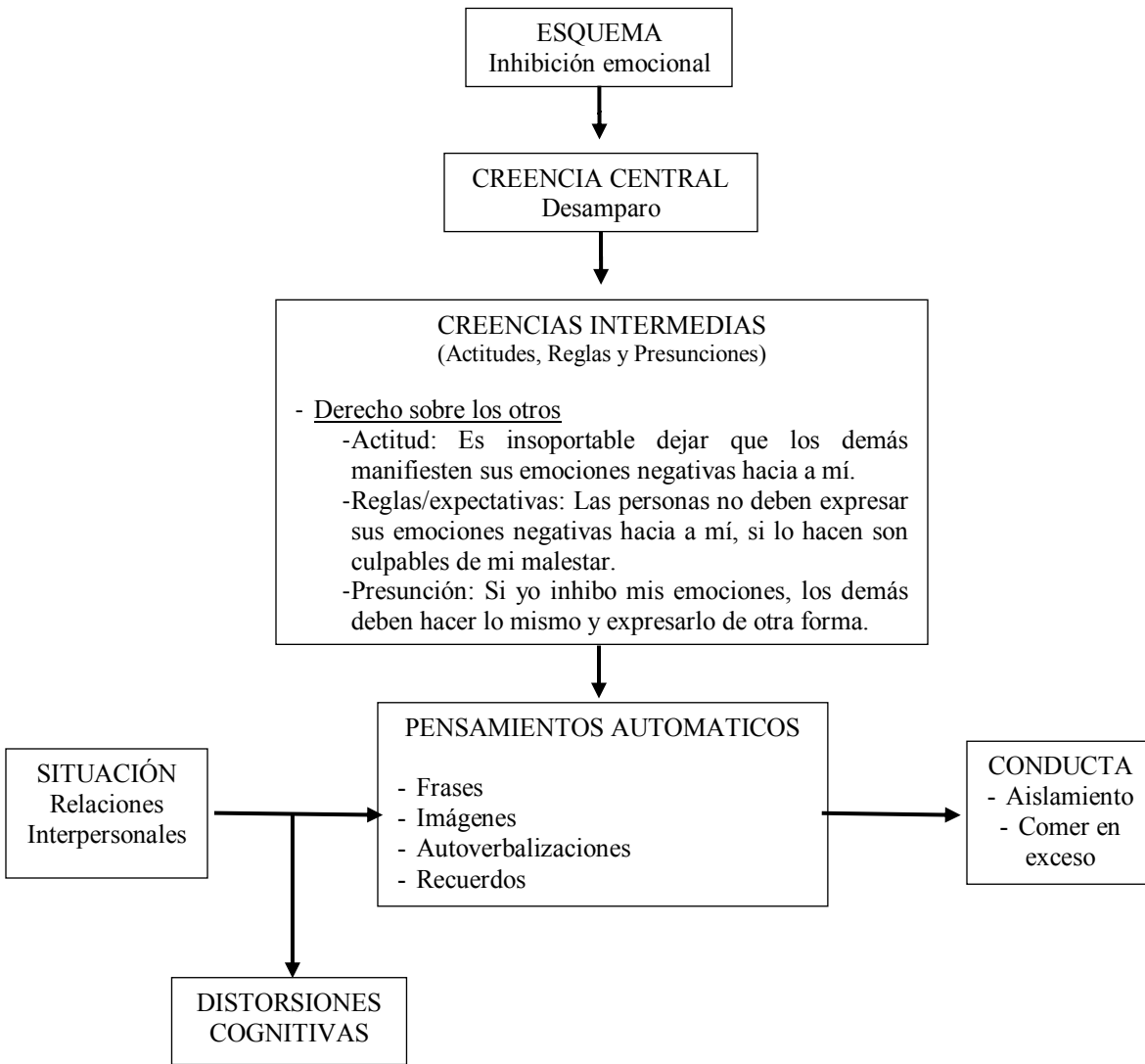


Figura 25. Conceptualización cognitiva sobre el esquema de Inhibición emocional

A partir de los resultados obtenidos se elabora el esquema cognitivo de la persona con obesidad asociado al esquema de Estándares inflexibles (Figura 26).

Este esquema correlaciona significativamente con la actitud de Derecho sobre los otros, por lo que probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en donde vea que las otras personas no se esfuerzan o realicen las cosas como él/ella lo hace; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde culpa a los demás por no hacer las cosas “bien” y los responsabilice de su fracaso; con esto sus emociones serían frustración y enojo, por lo que la conducta asumida será abandonar el régimen dietético o de ejercicio. A partir de ello podemos inferir que sus creencias

intermedias serían: *es inaceptable que las personas que quiero no sigan los procedimientos establecidos y no me ayuden a cumplirlos; las cosas se hacen solo de una manera y todos deben hacerlo así, sino no funcionará; si los demás no hacen las cosas como se deben, no me estarán ayudando a cumplir con lo establecido y serán los culpables de mi fracaso;* mientras que sus creencias centrales se asocian con el desamparo personal y la dificultad de obtención de logros: *soy dependiente, soy incapaz, no soy lo suficiente bueno, soy un inútil.* La persona con obesidad tiende a exigirse mucho para poder tener un buen desempeño, sin embargo piensa que por sí solo no lo podrá hacer, por ello generalmente actúa siempre en compañía de alguien, demandando que quien lo acompaña realice las cosas como se "debe", de esta manera se sentirá apoyado y motivado, de lo contrario terminará por abandonar.

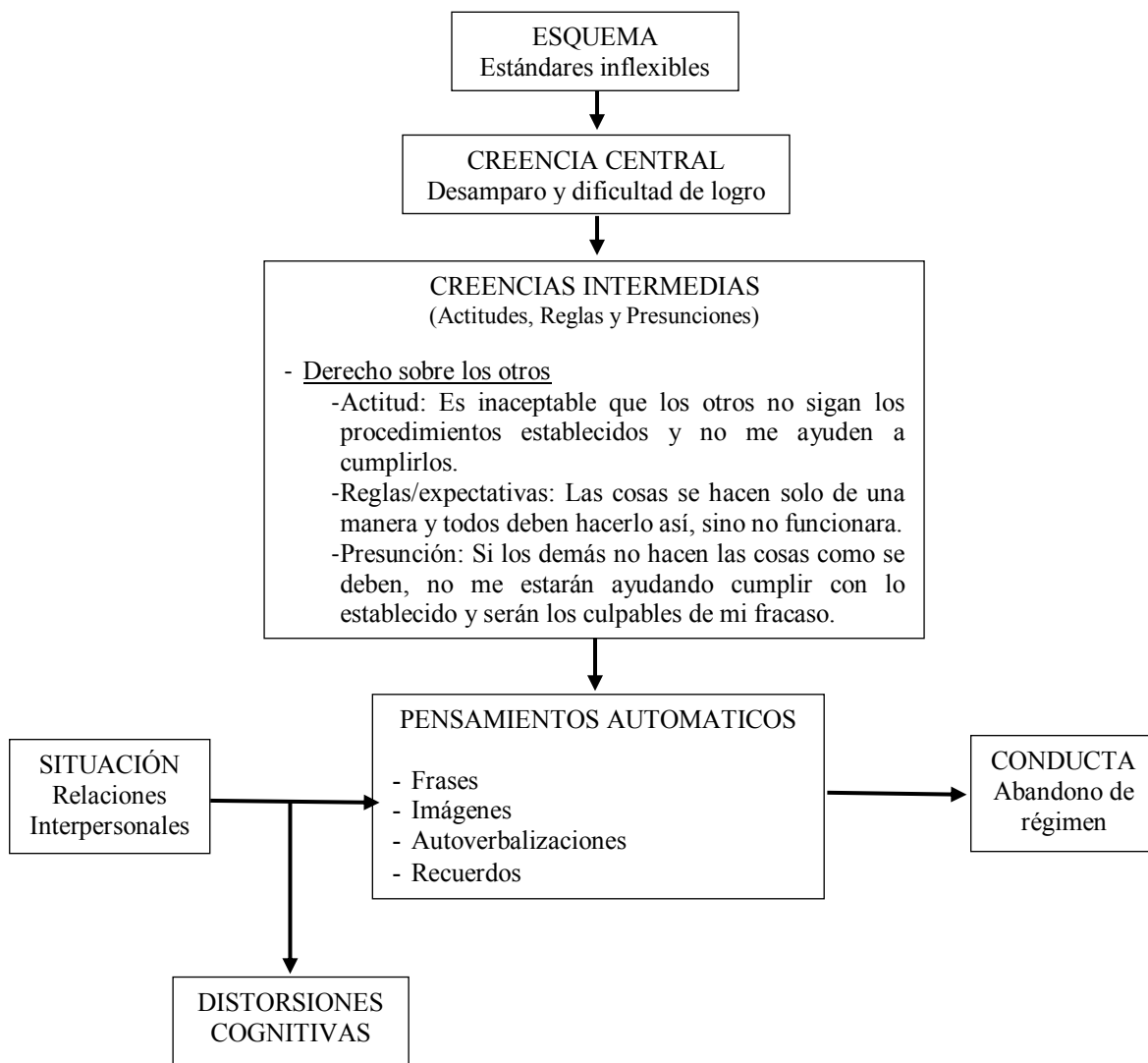


Figura 26. Conceptualización cognitiva sobre el esquema de Estándares inflexibles

A partir de los resultados obtenidos se elabora el esquema cognitivo de la persona con obesidad asociado al esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina (Figura 27).

Este esquema correlaciona significativamente con las actitudes de Aprobación, Ejecución y Derecho sobre los otros; las creencias centrales para dicho esquema se asocia con la dificultad de obtención de logros: *soy incompetente, soy ineficaz, soy inferior a los demás, no soy lo suficientemente bueno, soy un inútil.*

En relación con la actitud de Aprobación probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en las que las personas con las que se relaciona soliciten algo de él/ella; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases donde aprueba o justifica el abandono de sus actividades con el objetivo de que no lo rechacen en un futuro y colocarse en una posición de aceptación, o imágenes en donde visualiza el rechazo por no hacer lo que los otros le piden; con esto sus emociones serían de preocupación y angustia; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es terrible ser rechazado por los demás; para que los otros no me rechacen debo hacer lo que me pidan sin importar que altere mis actividades; si dejo de hacer mis actividades de autodisciplina para satisfacer a los demás, no me rechazarán.* La persona con obesidad estará al pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales y será muy sensible a las señales de afecto o desprecio de los demás, por ello es más fácil que altere sus actividades y abandone lo que esté realizando con tal de no ser rechazado.

En cuanto a la actitud de Ejecución las situaciones que probablemente activen su conducta serán aquellas en donde perciba algún obstáculo para lograr su propósito o en las que no observa un resultado o gratificación inmediata de lo que está haciendo; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde justifica el abandono de sus actividades, o imágenes en donde se visualiza dándose por vencido; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es inaceptable no conseguir lo que se quiere inmediatamente; debo obtener resultados positivos al instante, sino habré fracasado; si no consigo una meta, me frustraré fácilmente y abandonaré.* La persona con obesidad suele ponerse metas muy exigentes poniendo su valor en manos del

resultado conseguido o bien deseando tener resultados inmediatos, al no ser esto posible las emociones de la persona con obesidad serían enojo, tristeza y frustración; por lo que sus conductas serán el sedentarismo, abandonar el régimen dietético o de ejercicio y comer en exceso.

Respecto a la actitud de Derecho sobre los otros, probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en donde las personas que considera significativas no demuestren su apoyo hacia él/ella; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde responsabilice a los demás por su falta de motivación; ante esto las conductas asumidas serán abandono de actividades y sedentarismo; y sus emociones enojo y tensión estarían relacionadas directamente con sus pensamientos y frustraciones. A partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es horrible que mis seres queridos no me ayuden ni me impulsen a seguir con mis objetivos; los demás deben aceptarme como soy y deben facilitarme mis tareas; si no recibo de los demás ayuda, apoyo ni motivación, no tiene caso hacer algo pues no puedo hacerlo yo solo.* En este caso la persona con obesidad por lo general tiende a esperar y exigir que los otros les den el empuje para que hagan las cosas, ya que considera que por sí mismo no conseguirá los objetivos propuestos.

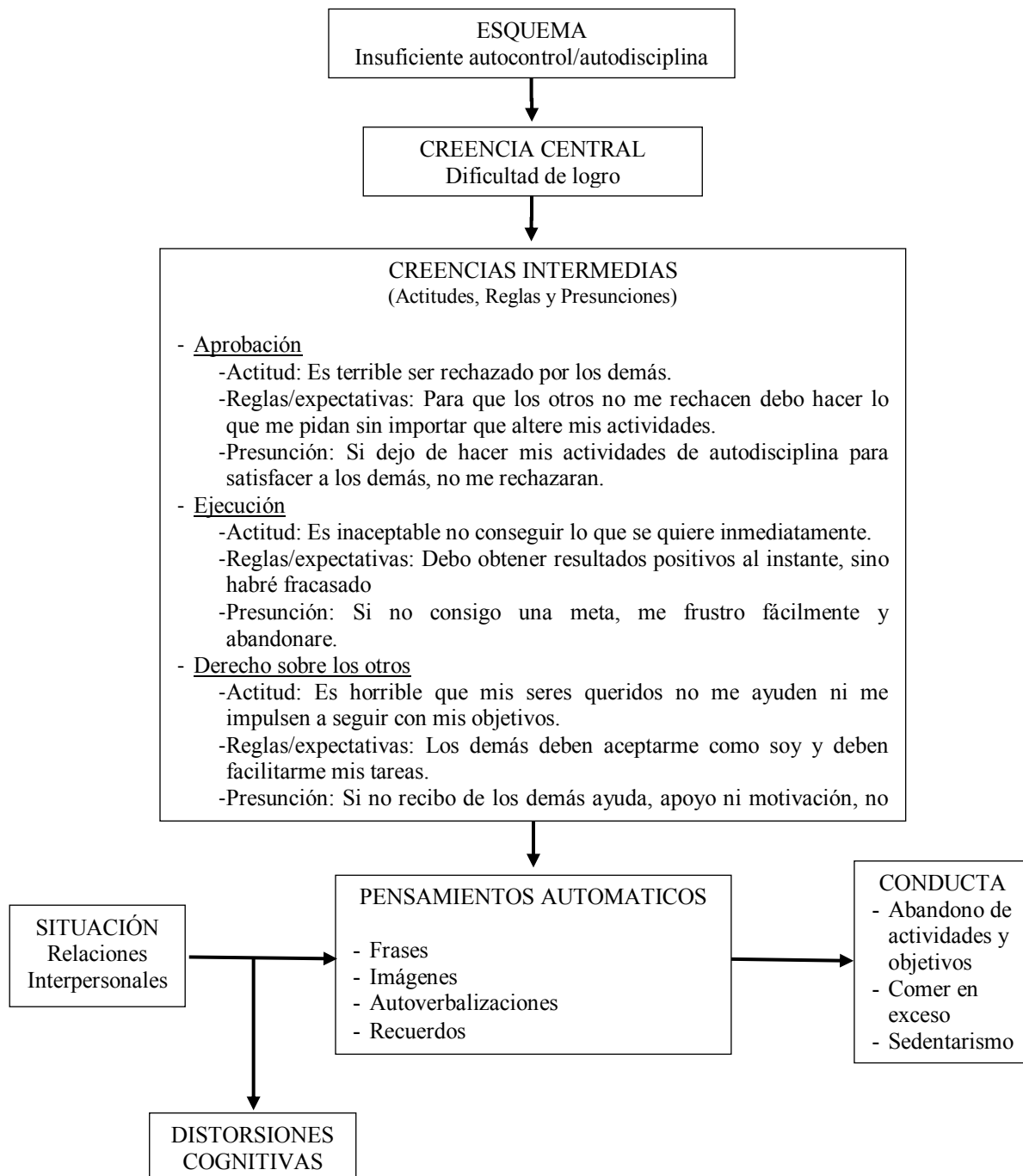


Figura 27. Conceptualización cognitiva sobre el esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina

A partir de los resultados obtenidos se elabora el esquema cognitivo de la persona con obesidad asociado al esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (Figura 28).

Este esquema correlaciona significativamente con las actitudes de Perfeccionismo y Derecho sobre los otros; por lo que las creencias centrales para dicho esquema se asocia con el desamparo personal: *estoy indefenso, soy vulnerable, estoy fuera de control.*

En relación con la actitud de Perfeccionismo probablemente las situaciones que activen su conducta serán aquellas en las que perciba un deterioro en su salud física; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían imágenes en las que se visualice totalmente imposibilitado para realizar sus actividades cotidianas; con esto sus emociones serían de preocupación, frustración e incertidumbre; a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es terrible estar enfermo y no poder hacer las cosas correctamente; debo encontrar soluciones perfectas para no tener algún daño o enfermedad; si sigo cometiendo errores y no soy estricto en mi plan, tendré enfermedades que no podré controlar.* La persona con obesidad al presentar alguna enfermedad como consecuencia de su estado físico y que observe que esta le esté impidiendo hacer actividades y seguir con su vida cotidiana, comenzará a buscar soluciones estrictas y exigentes para poder recuperar su salud, por lo que es común que su conducta sea el iniciar un periodo de abstinencia con un régimen alimentario y de ejercicio.

En cuanto a la actitud de Derecho sobre los otros las situaciones que probablemente activen su conducta serán aquellas en donde los otros no muestren tener alguna atención hacia su persona; los pensamientos automáticos que puede tener a partir de esta situación, serían frases en donde se dice que *los demás tienen que hacer su voluntad;* a partir de ello podemos inferir que sus creencias intermedias serían: *es horrible que no me ayuden sabiendo como estoy; los demás deben ayudarme y tenerme consideraciones, sino serán los culpables de que no salga de mi enfermedad; si mis seres queridos no están al pendiente de mí, no tendré a nadie que me ayude a recuperarme, yo solo no puedo.* La persona con obesidad creará que por las enfermedades que padece es merecedor de tener derechos que otros deben corresponder, por lo que si los demás no están ahí para él/ella, tendera a

victimizarse y a responsabilizar a los demás por su malestar; de esta manera será presa fácil de la ira y frustración.

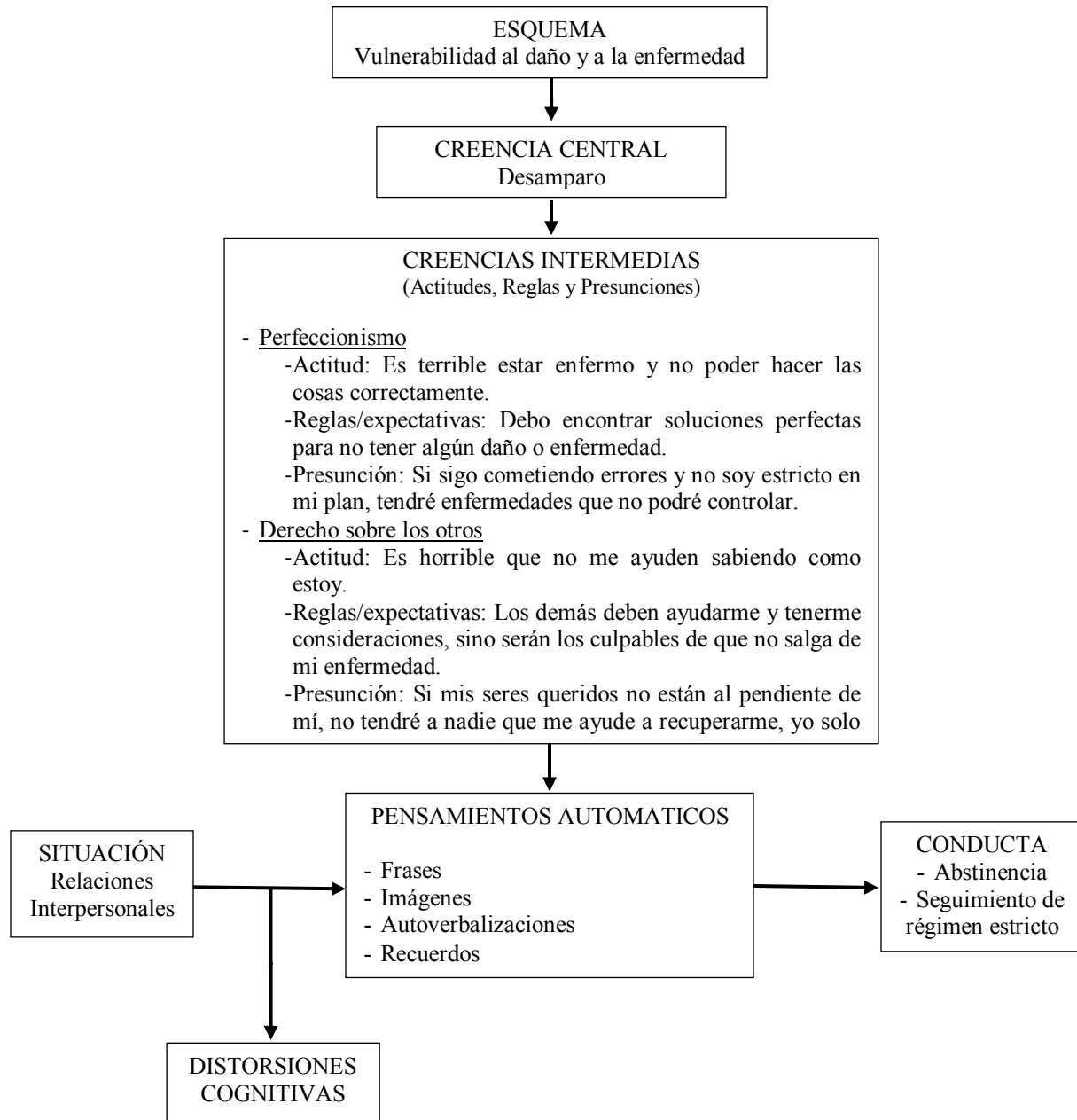


Figura 28. Conceptualización cognitiva sobre el esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Partiendo de lo que propone el modelo de la terapia cognitiva estándar de Beck, en donde las reacciones físicas, las emociones y las conductas de una persona están determinadas por la interpretación que el individuo le atribuye a las situaciones por las que está pasando, concebida por el contenido de los pensamientos y creencias (Beck, J., 2000), así como también de lo que propone la terapia centrada en esquemas de Young, en la cual las experiencias vividas durante la infancia no solo influyen en la percepción del individuo sobre sí mismo en relación al ambiente, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará ante diversos acontecimientos como resultado de su proceso cognitivo (Caro, Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2009); se encuentra que el grupo de IMC con obesidad en comparación con el resto de los grupos, presenta puntajes más altos en la mayoría de los esquemas disfuncionales tempranos y las actitudes disfuncionales evaluadas, lo que implica un estilo de vida más disfuncional en comparación con las personas de bajo peso, peso normal y sobrepeso, esta diferencia permite elaborar un perfil cognitivo de las personas con obesidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, pueden identificarse los esquemas más significativos que presentan las personas con obesidad, estos son: Autosacrificio, Inhibición emocional, Estándares inflexibles, Insuficiente autocontrol/autodisciplina y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. Estos datos se confirman con la investigación que han realizado Arango y Villegas (2013) en Colombia en el que a un grupo de personas diagnosticadas con obesidad le aplicaron el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-2 en conjunto con una escala para la medición de eventos vitales, en donde los esquemas disfuncionales tempranos que obtuvieron una puntuación significativa fueron el de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Estándares Inflexibles I, Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina y Autosacrificio, este último con mayor porcentaje; lo cual nos puede indicar que aún con las diferencias de culturas de cada país, específicamente en Latinoamérica, existen esquemas específicos en las personas con

obesidad que están influyendo en sobre sus conductas y emociones, y por lo tanto en su vida cotidiana.

Por otra parte es interesante emparejar estos resultados con lo descrito por Bravo et al. (2011) y Ruíz et al. (2010), que explican que las personas obesas tienen características o una serie de rasgos de personalidad que comparten entre ellos, los cuales son: actuar pasivamente, carecer de interés para pensar de manera crítica al no tener una mente inquisitiva, presentan alexitimia que es la incapacidad para expresar emociones, son inseguros al manifestar sus opiniones, tienden a perder rápidamente la paciencia, se disgustan fácilmente si las cosas van mal, se sienten ofendidos en mayor medida cuando los demás los critican, limitan su medio social y sus conocidos a unos cuantos y tienden a ser menos responsables con sus tareas. Todos estos rasgos de personalidad y de comportamiento pueden ser las manifestaciones directas de los esquemas mencionados anteriormente y actitudes que conforman el perfil cognitivo de las personas con obesidad.

Cada uno de estos esquemas al activarse, se presentan emociones que provocan un malestar en la persona que acorde con lo indicado por Cash (2002 como se citó en Aguilera et al., 2009) las más frecuentes en pacientes obesos son enojo, frustración, vergüenza, tristeza, temor e incertidumbre; por lo que de acuerdo con diversos autores como Bersh (2006) y Vázquez (2004), es común que al encontrarse la persona bajo fuertes estados afectivos tienden a excederse en la cantidad de comida que ingieren.

Con el fin de sobrellevar sus esquemas y evadir las emociones negativas que experimenta la persona con obesidad presenta actitudes disfuncionales que son utilizadas como estrategias de afrontamiento como:

1. Aprobación en la cual estará pendiente de obtener la aceptación de los otros, rechazando incluso sus deseos personales.
2. Ejecución en donde se esfuerza extremadamente por ser competente en sus tareas poniendo su valor personal en función al resultado conseguido.

3. Perfeccionismo se exigirá excesivamente no cometer errores en sus actividades y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí mismo.
4. Derecho sobre los otros demandando privilegios y derechos que los demás deben corresponder.

Sin embargo, es importante mencionar que no en todos los esquemas que presentan se hace uso de todas las actitudes mencionadas.

Con respecto al Autosacrificio, los resultados indican que es el esquema con mayor tendencia para las personas con obesidad; este esquema al no tener una correlación con alguna actitud en particular, hace uso de todas ellas; de esta manera al tener la actitud de aprobación tiende a rendirse al esquema por lo tanto no rechaza las peticiones por temor a ser desaprobado por las personas que considera importantes; situación similar ocurre con la actitud de ejecución, ya que todo lo que el individuo realice, se enfocará en el hacer para los demás. Para lograr cumplir con las actitudes de ejecución y aprobación emplea una actitud de perfeccionismo de esta manera le subyace una fuerte inseguridad buscando hacer las cosas a la perfección y sin cometer ningún error ya que piensa que perjudicará a los demás y terminarán por abandonarlo; por lo tanto, de acuerdo con lo que mencionan los autores Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales (2008), la obesidad podría ser vista como una muestra de generosidad, complacencia y bondad, tanto para las personas de normopeso como para las que lo padecen.

Una vez esforzándose en hacer las solicitudes y las actividades de una forma perfecta para lograr la aprobación de los demás, podrá activar la actitud de derecho sobre los otros exigiendo gratificación y reconocimiento a su autosacrificio; como dicha retribución al sacrificio que se hace es difícil que se logre en la totalidad de las veces, es común que las personas con este esquema sean presas de la molestia y activen otros esquemas.

En el esquema de Inhibición emocional al tener una correlación significativa con la actitud de derecho sobre los otros las personas con obesidad hacen una sobrecompensación ante el esquema ya que al no expresar ellos sus emociones considera que los demás no tienen

derecho a reprocharles; asimismo exige y espera que los otros también inhiban la manifestación de sus emociones negativas que tengan hacia su persona, siendo esto un factor hedonista.

Al momento de no poder lograr el control sobre los otros y sus emociones, en definitiva como es de pensarse son presas de reconocer la vergüenza y la ira, que son manifestadas en algo que considera que es socialmente aceptado como sería el comer; tal como lo explica Bersh (2006) la comida es empleada como un objeto en el cual se deposita cierto apego desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental, pues generalmente se recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen; lo cual hace que las personas recurran a comer en exceso como una estrategia maladaptativa para manejarlas, de esto se deriva la frase “las penas con pan son menos”. Todo esto facilita la expresión de otros esquemas; probablemente la Inhibición Emocional sea un estilo de afrontamiento de rendirse ante el esquema de Autosacrificio.

En cuanto al esquema de Estándares inflexibles debido a que se cree que solo hay una forma de hacer las cosas sin tomar en cuenta que hay otras alternativas, es común encontrar un pensamiento rígido referente a lo que hace y como lo hace, por ejemplo entorno al régimen dietético y el ejercicio, por lo que se esfuerza por realizarlo al pie de letra. Al tener una correlación significativa con la actitud de derecho sobre los otros exigen a los demás ese mismo patrón de comportamiento, asimismo considera que deberán apoyarlo, reconocerlo y recompensarlo por hacer las cosas a la perfección.

Si dicho reconocimiento y recompensa no se obtiene por parte de los otros la persona podría decepcionarse de sí misma y de los demás, pudiendo ser presas de ira y será muy probable que activen el esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina.

Referente a estos tres esquemas vistos, en un estudio realizado en México por Aguilera, Leija, Rodríguez y Lara (2008, como se citó en Aguilera et al., 2009), se encontraron promedios altos en el esquema de estándares inflexibles, abandono, autosacrificio, inhibición emocional y derecho en mujeres diagnosticadas con obesidad tipo I y II; al

realizar una intervención cognitiva-conductual, los esquemas que no disminuyeron y que se encontraron en este perfil fueron: estándares inflexibles, autosacrificio, inhibición emocional y derecho/ grandiosidad; si bien este último no se presentó en la muestra de la presente investigación, se puede comparar con la actitud de derecho sobre los otros que se observa en todos los esquemas. Estos resultados nos podrían indicar que tal vez hay una fuerte resistencia al cambio de estos tres esquemas debido a que en la cultura mexicana se tiende a hacer las cosas por el reconocimiento y la motivación por parte de los demás.

Con respecto al esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina, las personas con obesidad presentan la actitud de aprobación y derecho sobre los otros, con lo cual tiende a exigir que los demás principalmente las personas cercanas a ellos lo acepten tal como es, aprobando sus acciones y que tengan consideraciones hacia su persona; asimismo culpabiliza a los otros por no hacer las cosas ya que no recibe algún tipo de motivación, por lo tanto piensan que los otros tienen la obligación de apoyarlos, motivarlos y facilitarles las tareas.

De este modo este esquema puede ser el producto de cuando los otros esquemas en la vida real han fracasado, ya que al esperar de los demás algún tipo de reconocimiento o motivación y no recibirla, tenderá a frustrarse y percibirá como inalcanzables e imposibles las metas que se hubiera impuesto. Referente a esto Ruíz et al. (2010) exponen que dentro de los rasgos de personalidad de las personas con obesidad esta la presencia un locus de control externo puesto que percibe que el origen de su propio comportamiento es externo a él, considerando que todo ocurre como resultado del azar, del destino, la suerte o el poder y las desiciones de otros (culpabilizándolos por la falta de motivación), y que por ello no cree poder controlar nada mediante su propio esfuerzo y decisión.

Una segunda alternativa que pudiera surgir es que este esquema sea el básico para las personas con obesidad, conforme a lo que la literatura dice, donde son personas con un nivel bajo de autocontrol, originado posiblemente de su educación en la infancia, donde pudieron ser muy desatendidos o bien demasiado estrictos; por lo tanto los otros esquemas podrían ser sobrecompensaciones de este esquema, que incluso de acuerdo con Vázquez

(2004) es un punto de vista común tanto en áreas médicas como de la sociedad. La duración de este esquema puede durar un largo periodo, sin embargo al momento en que la persona con obesidad comience tener signos y síntomas de las enfermedades propias de su padecimiento, podrían activar el esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

El esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, tiene una correlación significativa con las actitudes de perfeccionismo y derecho sobre los otros en las personas con obesidad, por lo que tienden a sobrecompensar el esquema; ya que al tener miedo al daño o a la enfermedad constante por estar consciente de su estado físico, buscará nuevamente soluciones perfectas, infalibles, sin errores donde se exigirá a sí mismo nuevamente de manera exagerada, de igual forma lo hará con los otros, llegando al punto de culparlos y posteriormente exigirles atenciones desmedidas.

Es probable que el origen o la formación de estos esquemas se deriva del estilo de crianza de la persona con obesidad, el cual se considera es rígido; en donde de acuerdo con Sandoval (2009) la relación afectiva familiar es deficiente y compensatoria con la comida, se tienen altas expectativas de rendimiento a nivel individual, de competencia social, intelectual, académico, etc. de modo que exigen mucho a sus hijos, no favorecer la expresión de las emociones, sobre todo las consideradas inadecuadas, y donde hay una fuerte valoración del autosacrificio, donde quien consigue el poder es el que más se sacrifica por los demás. De esta manera en la etapa adulta es probable que la persona con obesidad manifieste diversos modos cambiando de uno a otro (Figura 29):

MODO DEL NIÑO

El niño enfadado: es el niño que no logra sus necesidades emocionales y reacciona con rabia.

MODO DISFUNCIONAL DE AFRONTAMIENTO

El sobrecompensador: lucha o devuelve los golpes tratando mal a los demás o comportándose de formas extremas para invalidar el esquema

MODO PATERNO DISFUNCIONAL

El padre exigente: empuja y presiona al niño para que alcance estándares muy elevados.

Figura 29. Modos de las personas con obesidad

Finalmente se infiere que el mantenimiento físico de las personas con obesidad se debe a un proceso cíclico de los esquemas que presenta la persona con obesidad (Figura 30).



Figura 30. Diagrama del proceso en las personas con obesidad

Explicando el diagrama el primer periodo se conformaría por la activación de los esquemas de Autosacrificio, Inhibición emocional y Estándares inflexibles que al ser demasiado estrictos, dogmáticos cargados de una sobre exigencia hacia sí mismo y a los demás resulta cansado y desgastante, será muy poco probable mantenerlo en la vida real dando lugar a un segundo periodo en donde las personas abandonan los esfuerzos previamente realizados y evitan momentáneamente los primeros esquemas tan rígidos y activan el esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina, lo cual podría ser durante un largo periodo; de esta forma ganan más peso, pierden condición y comienzan a presentar enfermedades y alteraciones metabólicas, que es cuando inician el tercer periodo representado por la activación de esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, lo cual va a motivar conductas por medio del miedo lo que lo hará regresar al primer periodo sobrecompensando; activándose nuevamente los esquemas de Autosacrificio, Inhibición emocional y Estándares inflexibles, volviendo a una rutina que pronto volverá a fracasar.

CONCLUSIONES

El estudio del problema de la obesidad se ha realizado a durante mucho tiempo, en donde se considera como una problemática biopsicosocial compleja ya que sus causas combinan factores genéticos, psicológicos, conductuales, culturales, etc. (Sandoval, 2009); sin embargo la mayoría de información existente al público acerca de la obesidad, se encuentra en los medios de comunicación en donde la información que manejan es incompleta, vaga y en algunos casos distorsionada.

Respecto a la intervención durante mucho tiempo estos problemas han sido tratados primordialmente en el área médica debido a las enfermedades que se presentan como consecuencia de estos padecimientos; sin importar o dejando en un segundo término los aspectos psicológicos del paciente, y cuando estos son tomados en cuenta generalmente se enfocan a la modificación de los hábitos de conducta y alimenticios o bien del cómo se siente en ese momento el paciente respecto a su padecimiento, por lo que la intervención psicológica llega a ser en ocasiones superficial, ya que no se trabaja directamente con la raíz del problema.

Con esta investigación se exponen los componentes cognitivos de las personas con obesidad que favorecen al mantenimiento de su estado físico, estos fueron evaluados e interpretados desde el modelo teórico de la terapia centrada en esquemas; de esta manera se establece un patrón específico de dinámica y contenido cognitivo particular para estas personas.

El obtener y delimitar un perfil cognitivo específico de las personas que presentan obesidad permite, en primer lugar conocer el motivo por el cual no mantienen un plan de tratamiento o abandonan el régimen dietético y de ejercicio. La idea que se ha tenido durante mucho tiempo sobre las personas con obesidad de ser alguien con poca disciplina y de ser quienes mantienen su estado físico como un acto voluntario, es correcta, y esto se debe principalmente a la serie de creencias, experiencias y enseñanzas que ha tenido a lo largo de su vida, las cuales van enfocadas a la satisfacción de los otros y a la exigencia de obtener reconocimiento de lo que hacen o dejan de hacer, por lo que su motivación la dejará en

manos de los otros, en vez de tener una personal; de esta manera mientras los demás lo apoyen y reconozcan su esfuerzo la persona seguirá motivado para realizar cualquier cosa, de lo contrario al no recibirlo se siente ofendido y tiende a ser menos responsables con sus tareas, de su apariencia física, hábitos y conductas alimenticias, y por lo tanto de su salud.

En segundo lugar puede proporcionar elementos a las perspectivas de los factores de riesgo familiares, sociales y culturales existentes en el origen y mantenimiento de la obesidad (Bravo et al., 2011); esto es importante ya que estos factores influyen fuertemente en la persona al interactuar con ellos, pues generalmente son los que modelan y refuerzan patrones específicos de pensamiento. Desde esta perspectiva al tener un enfoque integral de los elementos familiares, sociales y culturales que constituyen la identidad de una persona, y del mecanismo cognitivo distorsionado, ayudaría a comprender de una manera más sencilla la interacción disfuncional que tiene la persona con obesidad con los demás.

Finalmente el perfil cognitivo de la persona con obesidad permite en tercer lugar ampliar el marco de referencia en lo relacionado con la conexión que existe entre los aspectos psicológicos y la obesidad, con el propósito de innovar y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas para la intervención en el ámbito clínico con los pacientes con obesidad; estrategias que partiendo del modelo cognitivo se enfoquen principalmente en el trabajo directo con las cogniciones y emociones de la persona con obesidad, para que de esta manera a corto plazo se vea modificada la conducta de comer en exceso; y por otra parte nuevas estrategias que permitan conocer el origen del problema y la formación de los esquemas disfuncionales, los cuales han hecho que a lo largo de su vida mantenga conductas que no favorecen a su estado físico; logrando así que a mediano y largo plazo se consiga el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

De tal forma se plantea que el objetivo principal del tratamiento psicológico no será conseguir para el paciente el peso que desea sino romper el proceso cíclico entre los esquemas y las actitudes que conforman su perfil cognitivo; por otra parte se considera de manera general, que es necesario trabajar en principio con la actitud de derecho sobre los otros la cual es la que predomina en todos los esquemas, esto con la intención de que el

paciente comience a responsabilizarse de sus conductas y no depender del reconocimiento o apoyo de los que lo rodean para continuar con su tratamiento; para que posteriormente se trabaje con los esquemas. Con lo anterior se proponen los siguientes puntos para intervenir (Tabla 15):

Tabla 15.
Puntos de intervención para el tratamiento psicológico de las personas con obesidad

MODULO	OBJETIVOS
Psicoeducación	- Platicas informativas sobre la obesidad con el fin de hacer conciencia de la enfermedad.
Evaluación	- Identificar la etapa en la que se encuentra del perfil cognitivo.
Conceptualización	- Establecer el perfil individual, identificando los pensamiento automáticos y distorsiones cognitivas.
Autocontrol	- Reconocimiento de emociones. - Tener dominio de las emociones negativas, a través de técnicas de relajación o paro de pensamiento.
Reestructuración cognitiva	- Que el paciente aprenda a identificar y modificar sus distorsiones de acuerdo a su perfil individual, así como las actitudes, creencias centrales y esquemas; a través de técnicas cognitivas como: buscar evidencias y argumentosa favor y en contra y debate socrático.
Modificación de conducta	- Establecer nuevos repertorios conductuales.
Habilidades sociales	- Asertividad: Facilitar la expresión de emociones y opiniones hacia los demás, de una manera adecuada. - Solución de problemas: Búsqueda de alternativas para su conducta.
Prevención de recaídas	- Repasar lo aprendido en la terapia. - Tener sesiones de seguimiento: primero cada 2 semanas, posteriormente una cada mes y finalmente una cada año.

Limitaciones y sugerencias

Una de limitación de la investigación, fue que no se pudo indagar más acerca de la persona al momento de contestar los cuestionarios, debido a la falta de tiempo por parte del participante, de tal manera se desconoce si las personas del grupo de obesidad han hecho intentos por bajar de peso o cambiar sus hábitos.

Respecto a la aportación de este trabajo, no fue posible acceder a los otros componentes cognitivos como lo es los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, debido a que esto requiere un trabajo personalizado y en forma terapéutica, en donde el terapeuta analice y conceptualice cada caso de acuerdo al contexto social en el que se desarrolla la persona, así como de sus relaciones interpersonales, de manera que es necesario un mayor número de sesiones con cada participante; sin embargo al conocer los esquemas y las actitudes como estilos de afrontamiento identificados en este trabajo, proporciona una guía para el tratamiento de las personas con obesidad.

Para futuras investigaciones sobre este tema, se recomienda tomar en cuenta estos resultados, y hacer una evaluación más exhaustiva de los componentes cognitivos faltantes para que de esta manera se pueda ampliar y profundizar la conceptualización, para que posteriormente pueda realizarse un plan de tratamiento que facilite la intervención con las personas con obesidad.

REFERENCIAS

- Aguilera, V., Leija, G., Rodríguez, J. D., Trejo, J. I., & López, M. R. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 157-166.
- Aguilera, V., Leija, G., Rodríguez, J., Trejo, J., & López, M. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 157-166.
- Alatorre, A. (13 de 01 de 2014). Crece sedentarismo. *REFORMA*, págs. 1-2.
- Arango, C., & Villegas, M. (2013). *Esquemas Maladaptativos Tempranos y Eventos Vitales Presentes en un Grupo de*. Trabajo de Grado de Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana: Medellín, Colombia.
- Asociación Mexicana para las Naciones Unidas. (2010). *México, cuarto lugar mundial en obesidad infantil*. Obtenido de www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=31:articulo-2&catid=10:articulos
- Ballon, D., Gamble, N., & Wallwe-vintar, J. (2011). *Terapia cognitivo-conductual para individuos de origen latinoamericano*. Canadá: Centro de Adicciones y Salud Mental.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., & Rivera, J. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: Centro de Investigación en Nutrición y Saliud. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bas-Ramallo, F., & Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2009). *Terapias cognitivo-conductual: Antecedentes tecnicas*. Obtenido de revistaliberabit.com/.../RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes

- Bermudez, P. (2012). *Educación a los padres para la prevención de obesidad en niños bajo el modelo cognitivo-conductual*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México, D.F.: UNAM.
- Bertran-Vilá, M. (2010). Cultura alimentaria y obesidad. En J. García, M. Kaufer-Horwitz, & P. Arroyo, *La obesidad: Perspectiva para su comprensión y tratamiento* (págs. 51-56). México: Editorial Médica Panamericana.
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L., & Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 115-123.
- Bravo, A., Espinoza, T., Mancilla, L., & Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 115-123.
- Caballero, X. (2010). *Lineamientos para el tratamiento de la depresión femenina mediante la terapia cognitiva de Beck*. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala, Estado de México: UNAM.
- Caballo, V. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Carbonell, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado el 22 de Febrero de 2014, de http://www.miguelcarbonell.com/docencia/Encuesta_Nacional_de_Salud_y_Nutrici_n_2012.shtml
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Madrid, España: Desclée De Brouwer.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (Segunda edición ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Caro, I. (2013). *Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas: Una reflexión crítica*. Recuperado el 09 de Abril de 2014, de www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4199727
- Carrasco, F., Manrique, M., De la Maza, M., Moreno, M., Albala, C., García, J., . . . Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*, 972-981.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.

- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Tesis doctoral en Psicología. Facultat de Psicologia.: Valencia, España. Universitat de València.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. España: Desclée de Brouwer.
- Diéguez, M. (2014). *Terapia Interpersonal*. Obtenido de www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/.../dieguez-pres.pdf
- Elizalde, H., & Martínez, L. (2008). *Propuesta de un taller psicoeducativo, para el auto-manejo de la ansiedad, mediante la técnica cognitivo-conductual*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Insurgentes. : México.
- García, V. (2008). *Terapias cognitivas e integrativas para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad: ¿Hacia el sendero de la creatividad y unicidad?. Una revisión basada en las propuestas de Jeffrey Young y Marsha Linehan*. Tesina para la Licenciatura en Psicología. Facultad de Humanidades: Universidad de Belgrano: Buenos Aires, Argentina.
- García-García, E., Kaufer-Horwitz, M., Pardío, J., & Arroyo, P. (2010). *La obesidad: Perspectiva para su comprensión y tratamiento*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I., & Almaguer, P. (2009). *Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes*. Recuperado el 24 de Febrero de 2014, de Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n2/v7n2a632.pdf>
- Gutiérrez, H., Mariscal, M., Almanzor, P., Ayala, M., Gama, V., & Lara, G. (2011). *Sobrepeso y obesidad*. Recuperado el 12 de Marzo de 2014, de Diez problemas de la Población de Jalisco: Una Perspectiva Sociodemográfica: <http://coepojalisco.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/DiezproblemasJalisco.pdf>
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 63 - 70.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Evidencia para la política pública y prevención de obesidad*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2013, de www.insp.mx/epppo.html

- Juárez, M. (2007). *Afrontamiento del estrés desde las psicoterapias cognitivo-conductual y racional-emotiva (análisis comparativo)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Lafuente, M. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1490-1504.
- Lejía, G., Aguilera, V. R., Lara, E., Rodríguez, J. D., Trejo, J. I., & López, M. R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamiento en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 19-28.
- López, D. (2012). *Nefropatía asociada a la obesidad, en riñones de autopsias del Hospital General de México, realizadas en el año 2005 al 2010*. Tesis de posgrado en Medicina. Facultad de Medicina. Mexico, D.F: UNAM.
- López-Alarcón, M., & Rodríguez-Cruz, M. (2008). *Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial*. Recuperado el 24 de Febrero de 2014, de Medigraphic: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a3.pdf>
- López-Ridaura, R., Rivera, J., Lazcano, E., & Hernández, M. (2012). *La obesidad en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Mancera, N. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigida a usuarios del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. México, D.F.: UNAM.
- Martínez, B. (2002). *Tratamiento psicológico de la obesidad*. Recuperado el 01 de 04 de 2014, de www.jano.es/.../1v62n1419a1302674pdf.
- Méndez-Sánchez, N., Pichardo-Bahena, R., Guevara-González, L., & Uribe, M. (2002). Antecedentes históricos de la obesidad. En N. Méndez, *Obesidad: Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas* (págs. 1-4). México: Manual Moderno.
- Mercado, R., & Pérez, C. (2010). *Propuesta de un programa de modificación de conducta, basado en la terapia cognitivo-conductual, para jóvenes adultos que padecen obesidad y quieren bajar de peso*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. México, D.F.: Universidad Salesiana.
- Moral, J., & Meza, C. (2012). Predicción de alteración de conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 491 - 497.
- Moreno, A., & Toro, L. (2009). La television, mediadora entre consumismo y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(1), 46-52.

- Moreno, B., Cancero, E., & Garrido, M. y. (2000). Concepto y clasificación de la obesidad. En B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez, *Obesidad: La epidemia del siglo XXI* (págs. 110-123). Madrid: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 31 de Marzo de 2015, de www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es/index.html
- Padilla-Téllez, E., Ruiz, J., & Rodríguez-Orozco, A. (2009). Asociación depresión-obesidad. *Salud Pública de México*, 51(4), 275-276.
- Ponce, S. (2008). Nutrición, sobrepeso y obesidad: algunas consideraciones desde la perspectiva de la salud pública. *Revista Universidad de Sonora*, 7-10.
- Rieckmann, T. (2010). *Terapia Cognitiva-Conductual. Parte 1: Una Vision General*. Portland: Northwest Frontier Addiction Technology Transder Center.
- Rodríguez, E. (2009). *La Terapia Centrada en Esquemas de Jefferey Young*. Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Rodríguez, R. (2012). *Aplicación de un Programa Cognitivo Conductual en un Grupo de Personas Adultas con Sobrepeso u Obesidad*. Trabajo de Seminario para la Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala, Estado de México: UNAM.
- Rubio, M., Salas, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., . . . Martínez, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española Obesos*, 135-175.
- Ruíz, I., Santiago, M. J., Bolaños, P., & Jáuregui, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 1330-1348.
- Ruíz, I., Santiago, M., & Bolaños, P. J. (2010). *Obesidad y rasgos de personalidad*. Obtenido de www.tcsevillla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf
- Salvador, C. (2011). *Frecuencia de obesidad y factores relacionados en adultos de libertad 1º sección, Paraíso, Tabasco, 2008*. Tesis de Posgrado en Medicina. Facultad de Medicina. Paraíso, Tabasco: UNAM.
- Sandoval, P. (2009). *Aspectos psicológicos de la obesidad*. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de www.achinumet.cl/vii-curso.../Aspectos-Psicologicos_Psc_P_Sandoval.pdf

- Sandoval, P. (2009). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Recuperado el 22 de Febrero de 2014, de http://www.achinumet.cl/vii-curso.temuco/Aspectos-Psicologicos_Psc_P_Sandoval.pdf
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación Española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades Psicométricas y Clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(67), 708-750.
- Secretaría de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad*. México D.F.: Diario Oficial de la Federación.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Torres, I., & Zanabria, M. (2013). *Perfil del victimario desde una conceptualización cognitiva dentro del fenómeno bullying*. Tesis de Licenciatura en psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México, D.F.: UNAM.
- Torres, I., & Zanabria, M. (2013). *Perfil del victimario desde una conceptualización cognitiva dentro del fenómeno bullying*. Tesis de Licenciatura en psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM: México, D.F.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuales son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 136-142.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Medigraphic*, 86-90.
- Vlierbeghe, L., & Braet, C. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 342-351.
- Zuluaga, D. (2008). *La terapia cognitiva: Una visión general*. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de www.umanizales.edu.co/.../la%20terapia

ANEXOS

Anexo A. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG YSQ-L2 (DESARROLLADO POR YOUNG Y BROWN, 1990; ADAPTADO POR D. CASTRILLÓN, L. CHAVES, A. FERRER, N.H LONDOÑO, M. SCHNITTER, K. MAESTRE Y C. MARÍN., 2003)

Edad: ____ Sexo: M () F () Estado Civil: _____ Nivel máximo de estudios: _____
 Ocupación: _____ Estatura: _____ Peso: _____

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

		No me describe en nada	Me describe mínimamente	Me describe un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente
1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales						
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo						
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos						
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer						
5	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente						
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero						
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto periodo de tiempo						
8	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen						

9	Me preocupa muchísimo que las persona a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen						
10	Necesito tanto a las personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas						
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas						
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo						
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente						
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas						
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen						
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás						
17	Me preocupa volverme un indigente o vago						
18	Me preocupa ser atacado						
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina						
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente						
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno						
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables						
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio						
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca						
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros						
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo						
27	Me da vergüenza expresar mis						

	sentimientos a otros						
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo						
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones						
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden						
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo						
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo confortarme con lo "suficientemente bueno"						
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho						
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien						
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares						
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas						
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás						
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas						
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia						
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas						
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono						
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo						
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas						
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo						
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien						

Anexo B. ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (WEISSMAN Y BECK, 1978)

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

		Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Dudoso	Moderadamente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	Ser criticado hace que la gente se sienta mal					
2	Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas					
3	Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten					
4	Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo					
5	Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mi					
6	No puedo ser feliz si no me ama alguien					
7	Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz					
8	Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo					
9	Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante					
10	El aislamiento social conduce a la infelicidad					
11	Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida					
12	Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido					
13	Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no las tienen					
14	No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior					
15	Si fallo en mi trabajo soy un fracasado					
16	Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje					
17	Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno					
18	Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace					
19	Si cometo un error debo sentirme mal					
20	Si no tengo metas elevadas es posible que					

	acabe siendo un segundón					
21	Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo					
22	Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado					
23	Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos					
24	Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme					
25	Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato					
26	Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mi					
27	Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que lo he trastornado					
28	Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite					
29	Si alguien tiene dificultades emocionales o de comportamiento, es porque sus padres han fallado en algo importante					
30	Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo					
31	No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo					
32	No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria					
33	Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado					
34	Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda					
35	La gente señalada con la marca del éxito (aprobación social, fama, riqueza) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas					