

**Esquemas Maladaptativos Tempranos y Eventos Vitales Presentes en un Grupo de
Personas Adultas Diagnosticadas con Obesidad de Medellín, Colombia**

**Early Maladaptive Schemas and Life Events Present in a Group of Adults
Diagnosed with Obesity from Medellin, Colombia**

Cristina Arango-Restrepo

Mariana Villegas-Cuartas

Trabajo de Grado para Optar al título de Psicólogas

Asesora

Mg. Piedad L. López-Bustamante

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Medellín, 2013

Nota de Aceptación

Jurado

Medellín, mayo de 2013

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras asesoras Piedad Liliana López y Clara Gärtner G. por su colaboración y dedicación; y a las demás personas involucradas, que de una u otra forma hicieron posible la realización de éste trabajo de grado, a nuestros profesores por darnos las bases fundamentales que nos permiten hoy estar próximas a graduarnos como profesionales y por último a nuestras familias por su apoyo y comprensión.

Contenido

Introducción 11

Problema de Estudio 14

Pregunta de Investigación 16

Antecedentes 16

Objetivos 24

-Objetivo General 24

-Objetivos Específicos 24

Justificación 25

Referentes Teóricos 26

-Psicología de la Salud 26

-Obesidad 29

-Esquemas Maladaptativos Tempranos 33

-Eventos Vitales 41

Método 45

-Tipo de Investigación 45

-Población 45

- Muestra 45

-Criterios de inclusión 45

-Fases 46

-Fase de Pre-identificación 46

| | |
|--|-----------|
| - Fase de Identificación | 46 |
| -Variables | 48 |
| -Técnicas e Instrumentos | 50 |
| -Escala de Reajuste Social | 50 |
| -Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition | 52 |
| -Técnicas de Recolección de la Información | 55 |
| -Procedimiento | 55 |
| -Plan de Análisis de Información | 55 |
| -Consideraciones Éticas | 57 |
| Resultados | 61 |
| Discusión | 68 |
| Recomendaciones | 74 |
| Referencias | 75 |
| Anexos | 88 |

Lista de Tablas

- Tabla 1. Variables Demográficas 48
- Tabla 2. Variable Dependiente 48
- Tabla 3. Variables Independientes 49
- Tabla 4. Clasificación eventos vitales 51
- Tabla 5. Escala de intensidad 52
- Tabla 6. Estadísticos Descriptivos básicos y fiabilidad de la validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition en población Colombiana 54
- Tabla 7. Baremos Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana 55
- Tabla 8. Descriptivos variables sociodemográficas 60
- Tabla 9. Descriptivos variables sociodemográficas relacionadas con la obesidad 62
- Tabla 10. Descriptivos de peso, edad y estatura 63
- Tabla 11. Muestra según género 63
- Tabla 12. Muestra según estado civil 64
- Tabla 13. Muestra según escolaridad 64
- Tabla 14. Muestra según estrato socio-económico 65
- Tabla 15. Muestra según enfermedades 66
- Tabla 16. Resultado Escala de Reajuste Social 66
- Tabla 17. Descriptivos Esquemas Maladaptativos Tempranos 67
- Tabla 18. Resultados Esquemas Maladaptativos Tempranos 68

Lista de Figuras

Figura 1. Psicología y salud 26

Figura 2. Obesidad 29

Figura 3. Esquemas Maladaptativos tempranos [EMT] 33

Figura 4. Eventos Vitales 41

Lista de Anexos

- Anexo 1. Consentimiento Informado 84
- Anexo 2. Encuesta de Datos Generales 86
- Anexo 3. Escala de Eventos Vitales o Sucesos de Vida De Holmes y Rahe 88
- Anexo 4. Cuestionario de Esquemas de Young Ysq-L₂ 90

Resumen

Objetivo: describir los esquemas maladaptativos tempranos y eventos vitales presentes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad de Medellín, Colombia. **Método:** La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, alcance descriptivo transversal. Se utilizó una muestra seleccionada de forma aleatoria, el número total fue de 20 personas, sin distinción de sexo, residentes del departamento de Antioquia y diagnosticadas previamente con obesidad, esta muestra fue suministrada por la Fundación Gorditos de Corazón y la Clínica Universitaria Bolivariana. Los instrumentos de medición utilizados fueron el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos YSQL2 de Jeffrey Young validado en Colombia en 2005, la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967) y una encuesta de datos generales suministrada a los participantes. **Resultados:** Los esquemas con mayor puntuación fueron Autosacrificio, Estándares Inflexibles I, Vulnerabilidad al Daño y la Enfermedad. El 55% de los participantes presentaron un suceso vital importante durante el último año. **Conclusiones:** En la muestra estudiada los EMT de Estándares Inflexibles I, Vulnerabilidad al Daños y la Enfermedad y Autosacrificio fueron los más predominantes, los eventos vitales significativos durante el último año están presentes en más de la mitad de la muestra. Los datos sociodemográficos con mayor prevalencia en la muestra fueron el género femenino, el estrato socioeconómico medio o bajo y el nivel de escolaridad medio.

Palabras Clave: Obesidad, ,Sucesos Vitales, Esquemas Cognitivos, Psicología de la Salud

Abstract

Objective: The purpose of this study was to describe the early maladaptive schemes and vital events present in adults with obesity. **Methodology:** The investigation method employed was quantitative, no experimental with deduced and transversal scope. A random sample was taken with a total of twenty people, selected with no gender discrimination, and resided in the department of Antioquia with previously diagnosed obesity. This population test sample was provided by the Gorditos de Corazon Foundation and the Bolivariana University's Clinic. The tools used to analyze the population were Jeffrey Young's YSQL2 Early Maladaptive Schemes Questionnaire, validated in Colombia in 2005, the Holmes and Rahe's Social Readjustment Scale (1967), and a general data survey given to the participants. **Results:** The evidence of the following early maladaptive schemes were found present in the study: self-sacrifice, vulnerability to damage and sickness, and inflexible standards. In terms of vital events, a fifty-five percent of the population have experienced a significant incident in the last year. **Conclusions:** The most prevalent early maladaptive schemes in the sample studied was self-sacrifice, inflexible standards I and Damage and Illness Vulnerability. Over half of the sample have presence of vital significant events during the last year. The social demographic data with more prevalence was a female gender, the middle and low social economic classes and medium educational level.

Key Words: Cognitive Schemes, Vital Events, Obesity. Health Psychology

Introducción

La obesidad puede definirse como una acumulación anormal de grasa que afecta la salud de quien la padece y es el resultado de un desequilibrio energético entre la ingesta y el gasto de calorías (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Uno de los factores que influye actualmente, en la aparición de la obesidad es según la misma organización, el cambio en el estilo de vida relacionado con el consumo de comidas rápidas hipercalóricas ricas en azúcares, grasa (principalmente saturadas) bajas en fibra; asociado a una inactividad física.

Esta enfermedad es considerada actualmente como la epidemia del siglo pues afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y se espera que tenga un aumento significativo en los próximos.

Considerando lo anterior hay claridad sobre la gravedad de la enfermedad y la importancia de aportar a la lucha mundial contra ésta, desde la psicología es importante abordarla pues al hablar de enfermedades físicas como la obesidad, es importante tener en cuenta que existen factores ambientales, sociales y psicológicos que se relacionan con la enfermedad y hacen importante enmarcarse dentro del área de la psicología de la salud para su intervención (Moreno, 2006).

Aunque la obesidad es una enfermedad trabajada más desde la disciplina médica, no puede desconocerse la presencia de factores psicológicos, conductuales y culturales que traen como consecuencia problemas a nivel físico y emocional. Es por esto que se consideró importante trabajar variables psicológicas como son los Esquemas

Maladaptativos Tempranos y los eventos vitales en pacientes diagnosticados con obesidad.

Para encontrar la presencia de las variables psicológicas mencionadas se hace necesario la aplicación de dos instrumentos de medición, el Cuestionario de Esquemas YSQL-2 de Jeffrey Young, validado en Colombia (2005) (Ver Anexo. 4), la Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (1967) (Ver Anexo. 3) , y una encuesta de información general del paciente (Ver Anexo. 2) con el fin de lograr el objetivo propuesto.

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) según Young (1999) son temas estables, duraderos y disfuncionales en un alto grado, se desarrollan durante la infancia de los individuos y se elaboran en el transcurso del ciclo vital.

Los eventos vitales por su parte, son definidos por Holmes y Rahe (1967) como el “cambio en los patrones acostumbrados de vida, como resultado de vivir ciertas experiencias” (p. 217). Otros autores como Alvarado, Medina y Aranda (2002) los definen como “experiencias objetivas de cambio en la vida que exigen un proceso de reajuste en las conductas de las personas para lograr una adecuada adaptación”.

La presente investigación tuvo como objetivo describir los esquemas maladaptativos tempranos y eventos vitales presentes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad de la ciudad de Medellín, Colombia. Por medio de esta también se pretendía profundizar en el área de la psicología de la salud, en variables psicológicas que pudieran influir en la aparición, mantenimiento e incremento de una enfermedad medicamente tratable como es la obesidad en la que también intervienen factores psicológicos y ambientales.

Este estudio, se realizó como parte de un proyecto de investigación inscrito al Centro de investigación para el Desarrollo y la Innovación CIDI. Pertenece a la línea de genética del grupo ECCO (Emoción, Cognición y Comportamiento), y hace parte de la línea de investigación de psicología y salud del grupo de investigación GIP de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Problema de Estudio

La obesidad es considerada a nivel mundial como un problema de salud pública. Es definida por la OMS (2012) “como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (párr. 2). Utiliza para su clasificación el Índice de masa corporal (IMC), entendido como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) donde el sobrepeso es un IMC igual o superior a 25, y la obesidad un IMC igual o superior a 30.

En la actualidad según (OMS, 2010) “1000 millones de adultos sufren sobrepeso y más de 300 millones son obesos” (p. 2); lo más grave de estas cifras es que se estima que si no se actúa de manera inmediata el número de personas que la padecen podría aumentar y superar los 1500 millones en el 2015.

Se calcula que la obesidad causa aproximadamente 2.6 millones de muertes al año y que opuesto a lo que se pensaba anteriormente no solo afecta a países de altos ingresos sino que se encuentra también en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2010).

Esta enfermedad suele ser el resultado de un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas y en los últimos años ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial .

Considerando lo anterior hay claridad sobre la gravedad de la enfermedad y la importancia de aportar a la lucha mundial contra ésta, desde la psicología es importante abordarla pues al hablar de enfermedades físicas como la obesidad, es importante tener en cuenta que existen factores ambientales, sociales y psicológicos que se relacionan

con la enfermedad y hacen importante enmarcarse dentro del área de la psicología de la salud para su intervención (Moreno, 2006). La psicología de la salud definida como el “aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad” (Oblitas y Becoña, 2000, p. 9).

Se aborda un elemento del perfil cognitivo denominado esquemas y se hace mención principalmente a los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) definidos como estructuras estables y duraderas que surgen en la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida y generan malestar al sujeto (Young, 1999). Para la medición de la EMT se utiliza la validación del Cuestionario de Esquemas YSQ L2 (Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition, YSQ-L2. Young, 1995), en población colombiana (Castrillón, et al., 2005).

Pero no solo los EMT pueden estar relacionados con la obesidad, también es importante considerar si los eventos vitales pueden influir en la enfermedad. Los eventos vitales son conceptualizados por Holmes y Rahe (1967) como cambios en los patrones acostumbrados de vida que pueden tener relación con el inicio de una enfermedad o con el agravamiento de sus síntomas. En esta investigación se utilizara La Escala de Reajuste Social de (Holmes & Rahe, 1967) que busca identificar la magnitud de algunos eventos vitales que pueden causar o agravar el curso de una enfermedad.

La disciplina psicológica se ha preguntado por el efecto que tiene las vivencias estresantes en el funcionamiento del individuo, por las amplias consecuencias del estrés, por la influencia en el pensamiento y la conducta del individuo y por los problemas

psicopatológicos posteriores y la influencia directamente de problemas de tipo fisiológico y tratados médicamente como es la obesidad.

Considerando la importancia de la obesidad en la actualidad, el gran aumento en su prevalencia, su propagación a nivel mundial y las graves consecuencias que trae tanto a nivel físico como psicológico con éste trabajo se busca contribuir a la psicología de la salud ,teniendo siempre en cuenta, que los factores psicológicos cumplen un papel importante en todos los niveles de la enfermedad y que su estudio es un paso más en la búsqueda de una atención integral a los pacientes que sufren esta enfermedad y a aquellos que están en riesgo de padecerla. En este caso particular se abordarán los Esquemas Maladaptativos Tempranos y los Eventos Vitales como factores psicológicos que pueden aportar a la necesidad anteriormente mencionada.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los Esquemas Maladaptativos Temprano y Eventos Vitales más predominantes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad mórbida en la ciudad de Medellín, Colombia?

Antecedentes

Bravo, Espinosa, Mancilla y Tello (2011) en el estudio “Rasgos de Personalidad en Pacientes con Obesidad” buscaron analizar los rasgos de personalidad con mayor incidencia en una población mexicana con obesidad mediante el Inventario de la Personalidad de Gordon (1994). Los resultados indicaron que dichos sujetos manifiestan poco interés en las situaciones emocionantes, tienden a actuar pasivamente, carecen de

interés para pensar de manera crítica, al no tener una mente inquisitiva, tienden a perder rápidamente la paciencia, se sienten ofendidos en mayor medida cuando los demás los critican, la manera en la que trabajan es más lenta, tienen menos energía que los demás, son inseguros al manifestar sus opiniones, carecen de seguridad en sí mismos, son nerviosos, se disgustan fácilmente si las cosas van mal, no les interesa participar en actividades de grupo y limitan su medio social y sus conocidos a unos cuantos.

A partir de esto se concluyó que es fundamental trabajar de forma multidisciplinar con los pacientes obesos y manejar aspectos psicológicos como la ansiedad, la depresión y los rasgos de personalidad que se ven afectados debido a una autoimagen disminuida (Bravo, et al., 2011).

Guzmán y Lugli (2009) encontraron en el estudio “Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria” que el grado de obesidad no predice la satisfacción con la vida; las variables que sí lo hacen son la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal. En los 328 pacientes obesos estudiados que recibían tratamiento en Venezuela se determinó que la actitud hacia la apariencia física tiene un efecto directo significativo sobre percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal y un efecto indirecto sobre la satisfacción con la vida, comportándose como mediadora. Los hallazgos sugieren que lo que hace infeliz a las personas obesas es haber interiorizado un ideal estético inalcanzable para ellas. Ello se refleja en una susceptibilidad emocional a las burlas y en su insatisfacción con la imagen corporal.

Aguilera-Sossa, Leija-Alva, Rodríguez-Horeño, Trejo-Martínez y López-de la Rosa (2009) en el estudio “Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo

conductual”. Se utilizó un muestreo intencional no probabilístico. La muestra fueron 22 mujeres entre los 18 y 40 años. Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, forma larga autoaplicable (Young & Brown, 1990). El programa cognitivo conductual se realizó a lo largo de 14 sesiones con una duración de una hora a una hora y media más o menos. Se evidenció una baja entre las puntuaciones iniciales y finales de la mayoría de esquemas evaluados, exceptuando el esquema de desconfianza. Entre los esquemas que mostraron una diferencia estadísticamente significativa se encuentran: Deprivación emocional, abandono, inestabilidad emocional, , inestabilidad social y fracaso. Se llevó a la conclusión de que la reestructuración y modificación cognitiva a partir de un programa cognitivo conductual es importantes para cambiar diferentes alteraciones a nivel emocional y conductual como comer en exceso, comer por culpa, hábitos alimenticios inadecuados, ansiedad, angustia, poca asertividad, depresión y enojo.

Mujica, et al. (2009) en su estudio “Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca”, pretendían determinar el grado de concordancia entre el estado nutricional y la propia percepción del peso en adultos de la ciudad de Talca, así como las variables asociadas. Se seleccionaron aleatoriamente 1138 sujetos entre 18 y 74 años, a quienes se les hizo una encuesta personal estructurada con preguntas específicas, cuatro dibujos que representaban una de las siguientes categorías de estado nutricional: bajo peso, normal, sobrepeso y obeso y el test de simetría de Bowker.

A partir de esto se obtuvieron unos resultados que exponían que el nivel de subestimación indicado revela una significativa tendencia a la subestimación. Así, 44% de la población estudiada subestimó su peso, y tanto el nivel educativo como el nivel socioeconómico (NSE) intervienen en la percepción del propio peso, ya que las personas

con alto grado de escolaridad y mayor NSE tienden a tener una percepción más adecuada su peso . Se encontró que aproximadamente la mitad de la muestra tenía una autopercepción errónea de su peso causada en gran medida por la subestimación.

Estrada, de Gante y Hernández (2008) realizaron la investigación “Niveles de ansiedad y depresión en personas con sobrepeso y obesidad”. Para la recolección de información se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (1961), junto con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger & Díaz Guerrero (1975). Los resultados indicaron que la obesidad y el sobrepeso tienen una relación directa con la ansiedad, mientras que la depresión parece no tener relación con estas variables.

Ozier, Kendrick, Leeper, Knol y Burnham (2008) estudiaron el sobrepeso y la obesidad asociados con las emociones y el estrés en su investigación “Overweight and obesity are associated with emotion or stress relating eating and appraisal of ability and resources to cope” Los datos fueron recogidos en un estudio transversal utilizando “The eating an appraisal due to emotions and stress questionnaire”. La muestra fueron 882 personas de una universidad pública del sureste de Estados Unidos.

Entre los resultados se encontró que los participantes con puntuaciones más bajas en los cuartiles de estrés-emociones fueron 13.38 veces más vulnerables a padecer sobrepeso u obesidad, en comparación con las personas que obtuvieron mayores puntajes en éste cuartil .A partir de lo anterior se concluyó que el modelo de la comida y la apreciación debido a las emociones y el estrés constituye un modelo para explorar variables no tradicionales relacionadas con el comer en exceso. Además se sugirió la utilización de esta herramienta en investigaciones interdisciplinarias sobre obesidad y alimentación que se realicen en el futuro.

Ji-yeong, et al. (2007) realizaron un estudio transversal con 35 mujeres que buscaban tratamiento para la obesidad o el sobrepeso en siete clínicas de Seoul-Korea titulado “The Impacts of obesity on psychological well-being: A cross-sectional study about depressive mood and quality of life” con el cual pretendían evaluar si los individuos que acuden a clínicas en busca de tratamiento médico para la obesidad representan niveles comparables de depresión, psicopatología alimenticia, insatisfacción corporal y menor calidad de vida.

Los resultados indicaron que las mujeres bajo tratamiento para la obesidad presentaban mayores niveles de depresión , además mostraron mayores actitudes de desordenes alimenticios y comportamientos relacionados con éstos. El grupo control evidencio mayor calidad de vida y salud psicológica. Una de las conclusiones más importantes fue resaltar la importancia de tener presente durante el tratamiento que la combinación de intervenciones medicas y psicológicas para las mujeres obesas podrá evidenciarse en una más alta calidad de vida.

Carr, Friedman y Jaffe (2007) en el estudio “Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanism”, analizaron la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el afecto positivo y negativo, y evaluar sí esta relación está mediada por la salud física, la intrusión del peso en el funcionamiento físico y las interacciones interpersonales angustiantes. La muestra fue de 3.000 adultos de 25 a 74 años con obesidad. la obesidad se encontró asociada con afectos negativos y en menor frecuencia con afecto positivo. Estos patrones no difieren significativamente según la raza o el género.

Campos & Pérez (2007) en el estudio “autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres” pretendían evaluar la relación entre autoeficacia para bajar de peso y conflicto decisional, relevantes en el cambio de conductas y estilos de vida en mujeres en Chile de nivel socioeconómico bajo. Fue un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo – correlacional, con una muestra de 101 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 45 años con un nivel socioeconómico medio bajo o inferior. Se utilizaron los instrumentos: escala de conflicto decisional de O'Connor, Escala adaptada de nivel socioeconómico de Avendaño, Ramírez y Román (2003) y escala de autoeficacia para disminuir de peso. En los resultados se encontró que la mayoría de las mujeres presentaban un conflicto decisional y baja autoeficiencia para bajar de peso y se encontraron diferencias significativas en los rangos de autoeficacia, siendo estos menores en mujeres cuya educación no supera la educación básica.

Se concluyó que es fundamental la existencia de programas que tengan como objetivo aumentar la autoeficacia, ya que antes de iniciar tareas específicas orientadas a la disminución de peso se deben evitar experiencias que generen malestar y que dificulten en este aspecto.

Anderson, Rieger y Caterson (2006) publicaron la investigación titulada “A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects” con la que se buscaba determinar las posibles correlaciones entre los esquemas maladaptativos y los individuos obesos.

La muestra utilizada fueron 52 adultos obesos que participaban en un tratamiento de pérdida de peso y 39 adultos de peso normal, quienes completaron el cuestionario

estandarizados de autoinforme diseñado para evaluar las actitudes y comportamientos respecto a la alimentación y el peso “Questionnaire on Eating and weight Patterns-Revised and Binge Eating Scale” , el cuestionario para evaluar esquemas maladaptativos tempranos “Young Schema Questionnaire –Short Version”, el cuestionario para evaluar alteraciones del estado de ánimo “Profile of mood States-Adolescents” y el cuestionario que evalúa respuestas socialmente deseables “Balanced Inventory of Desirable Responding”.

Se encontró que los pacientes obesos muestran una gravedad mayor de los esquemas maladaptativos que los sujetos control de peso normal. En el grupo de obesos hubo correlaciones positivas entre la severidad de las puntuaciones en esquemas maladaptativos y las posibles alteraciones del estado de ánimo y las puntuaciones de problemas alimenticios. Los hallazgos sugieren que la obesidad puede estar asociada a una mayor severidad de los esquemas maladaptativos, al menos entre las personas obesas que han recibido tratamiento.

Alvarado, Guzmán y González (2005) publicaron un estudio titulado “Obesidad: ¿Baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad”, en el que buscaban evaluar en pacientes con obesidad de la Universidad de Monterrey, México la eficacia de una intervención psicológica. Se utilizó un diseño cuasiexperimental, la muestra fueron 24 personas como Grupo de Control y un grupo de estudio de 10 personas (9 mujeres y 1 hombre) con edades entre 25 y 65 años que hacían parte del programa de control de peso.

Como herramienta de medición se utilizó el inventario de autoestima de coopersmith y se aplicaron algunas técnicas cognitivo-conductuales. Se encontró que

en el grupo de estudio todos los sujetos tuvieron un peso final menor que el peso inicial, lo que no ocurrió en el grupo control y en cuanto a la autoestima, se obtuvo un incremento significativo en dicha variable. Se concluyó entonces que gracias a las técnicas cognitivo-conductuales se puede lograr una reducción mayor de peso que en intervenciones basadas en información; también se afirma que la autoestima de los personas pertenecientes al estudio mejoró una vez finalizó la intervención psicológica.

Castrillón, et al. (2005) realizaron la “Validación del Young Schema Questionnaire Long Form Second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana” . La muestra fue de 1419 estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. Los datos obtenidos validan la existencia de un modelo de once factores en el cuestionario Young Schema Questionnaire Long Form Second Edition para la ciudad de Medellín. La prueba tubo una consistencia interna de 0.91 total y los factores oscilaron entre 0.71 y 0.85.

Bruner, et al. (1994) realizaron un estudio el cual llamaron “ Escala de Reajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe en México”, tenía como propósito determinar los valores de la Unidad de Cambio de Vida (LCU’s) para la Escala de Reajuste Social, empleando una muestra mexicana contemporánea. Dicho estudio tenía dos intenciones capacitar la investigación epidemiológica en este país empleando la escala de Holmes y Rahe y establecer un punto de referencia para en el futuro realizar comparaciones con otras culturas latinoamericanas.

Se tomó una muestra de 422 universitarios (199 mujeres y 223 hombres) con edades comprendidas entre los 18 y 38 años, provenientes de tres diferentes universidades de la ciudad de México y de una del interior del país. Como instrumento de medición se empleó una versión de la escala de reajuste social.

Se concluye de los resultados la semejanza con los datos obtenidos en el estudio original de Holmes y Rahe. Solo se presentaron discrepancias relativamente menores debido a diferencias culturales.

Objetivos

Objetivo general. Describir los esquemas maladaptativos tempranos y los eventos vitales presentes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad en Medellín, Colombia.

Objetivos específicos. Describir los eventos vitales que afectaron el último año a la persona obesa.

Identificar la presencia de esquemas maladaptativos en el dominio Desconexión-Rechazo en adultos diagnosticados con obesidad.

Enumerar la presencia de esquemas maladaptativos tempranos en el dominio de límites insuficientes en los obesos.

Identificar cuáles esquemas maladaptativos tempranos del dominio autonomía-desempeño están presentes en la obesidad.

Describir qué esquemas maladaptativos tempranos están presentes en el dominio de tendencia al otro de adultos diagnosticados con obesidad.

Identificar la presencia de esquemas maladaptativos tempranos en el dominio de sobrevigilancia de adultos diagnosticados con obesidad.

Justificación

La motivación para estudiar los esquemas maladaptativos tempranos y eventos vitales presentes en personas adultas con obesidad, está dada a partir de los resultados encontrados en los que se puede evidenciar cómo desde la psicología es posible aportar al estudio de causas, consecuencias, métodos de promoción y prevención de esta enfermedad, teniendo en cuenta que esta patología es multicausal por lo que se hace relevante profundizar en las variables psicológicas implicadas en la misma.

En cuanto al impacto social se permite aportar al mejoramiento de la calidad de vida de personas con obesidad, teniendo muy presente que según datos oficiales de la OMS (2012) la obesidad es una enfermedad en aumento y que contrario a lo que se pensaba anteriormente no solo afecta a los países desarrollados sino que en la actualidad también es un problema de salud pública en países subdesarrollados como el nuestro.

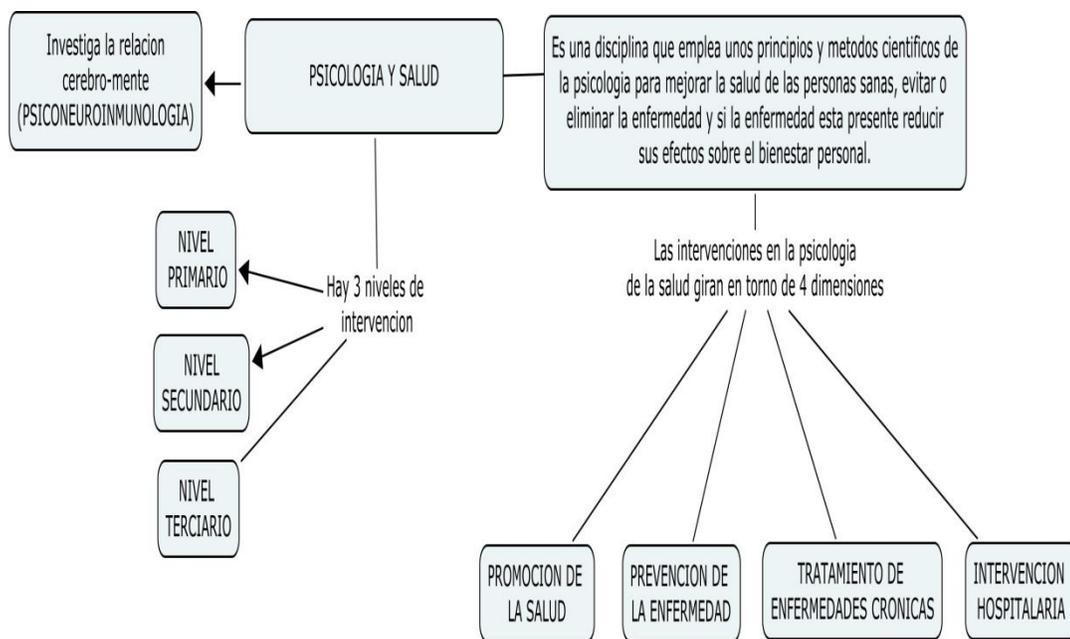
A nivel académico, se aporta tanto a la psicología como a otras ciencias de la salud que permiten entender no solo componentes físicos sino también emocionales y mentales. Desde nuestro contexto se hace necesario profundizar en las variables psicológicas de enfermedades con un alto incremento en la prevalencia como esta, para poder así responder al modelo integral de salud que incluye además lo psicológico y lo social.

En relación al proceso de formación como psicólogas, es importante esta temática actual y de alto impacto y buscar la relación entre la salud física y mental, donde se presenta la oportunidad de desarrollar una investigación que implique la posibilidad de un trabajo integral y que nutra los aportes investigativos y de conocimiento.

Referente Teórico

Psicología y salud. A continuación se encontrará una breve recopilación teórica sobre los aspectos más relevantes de la Psicología de la Salud y su importancia dentro de la concepción integral de salud que se maneja hoy a nivel mundial.

Figura 1. Psicología y salud



Nota: Arango y Villegas (2012).

Hoyos y Rincón (2010) plantean que los factores psicosociales de la persona afectan directa o indirectamente la condición de enfermedad o la propensión a esta. Es así como creencias, estados emocionales, hábitos de vida saludables o no saludables, estilos de afrontamiento, entre otros, pueden influir de forma significativa en la evolución y tratamiento de una enfermedad, median en la capacidad del paciente para

comprenderla, establece una relación terapéutica propicia con el agente de salud, asimila y cumple con el tratamiento y colabora para lograr una condición favorable de su condición de salud.

La psicología de la Salud puede definirse como el estudio de la relación entre factores psicológicos y la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Es una disciplina que emplea los principios y métodos científicos de la psicología para mejorar la salud de las personas sanas, evitar o eliminar la enfermedad y si la enfermedad ya está presente reducir sus efectos sobre el bienestar personal (León, et al., 2004).

La psiconeuroinmunología es un término importante para la psicología de la salud y representa “la ciencia transdisciplinaria que investiga las interacciones entre el cerebro (mente-conducta) y el sistema inmune y sus consecuencias clínicas” (p. 1) Busca explicar la interacción de la neuroendocrinología y la inmunología como factores importantes tanto en el mantenimiento de la salud como en los diferentes procesos que buscan combatir la enfermedad (Salomón, 2001).

Existen tres niveles de intervención en salud; el nivel primario orientado a “evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de agentes causales y factores de riesgo” el secundario encaminado a “detener o controlar el progreso de una enfermedad” y el terciario en el cual se evita, retarda o reduce la aparición de las secuelas de un problema de salud (Redondo, 2004 p. 10).

Hoyos & Rincón (2010) afirman que las intervenciones de la psicología de la salud giran en torno a cuatro dimensiones; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la evaluación y tratamiento de enfermedades crónicas y la intervención

hospitalaria. La promoción de la salud se refiere a todos aquellos comportamientos y actitudes que buscan promover la salud y reducir la propensión a la enfermedad. En la actualidad busca fomentar estilos de vida saludables donde se integran el bienestar físico, espiritual y emocional de la persona, en el que cada vez se toma más consciencia sobre la importante participación que tienen las conductas poco saludables en la etiología de muchas enfermedades o en el curso de las mismas .

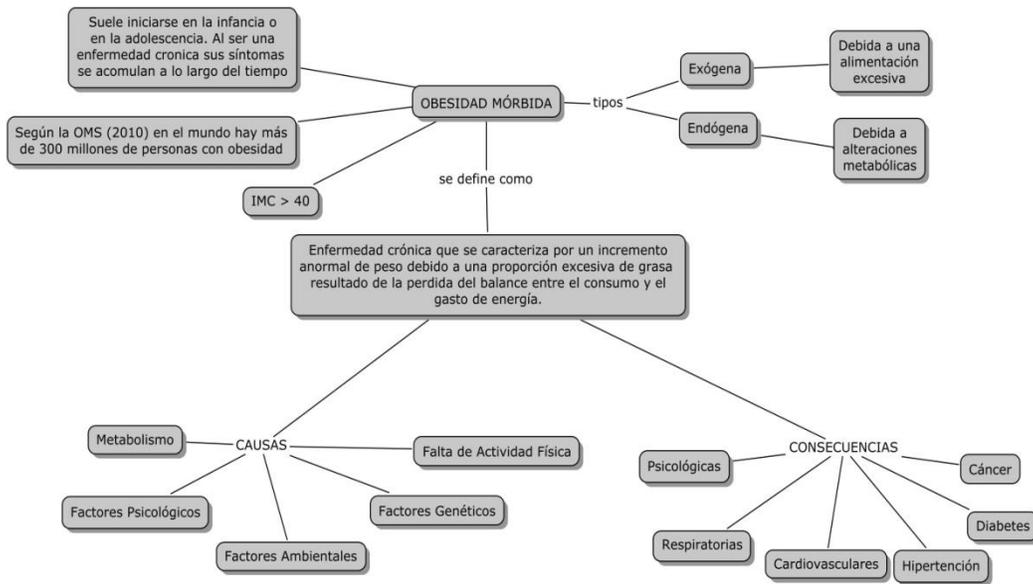
La prevención de la enfermedad abarca las intervenciones que tienen como objetivo evitar el desarrollo de una enfermedad. Incluye no solo la reducción de los factores de riesgo sino también la detención de su avance y la atenuación de sus consecuencias

La evaluación y el tratamiento de enfermedades crónicas por su parte, incluye la evaluación y diferentes intervenciones sobre los elementos biopsicosociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, buscando alcanzar un mayor impacto de los tratamientos sobre la patología y su evolución.

Por último la intervención hospitalaria envuelve todos los factores relacionados con la evaluación e intervención de los componentes biopsicosociales que participan en proceso de hospitalización. Buscan intervenir sobre un ser humano integral y entender una nueva concepción de salud donde los aspectos físicos interactúan de forma permanente con los psicológicos, conductuales, sociales, culturales, económicos y espirituales.

Obesidad. A continuación se encontrara una breve conceptualización teórica sobre los aspectos más relevantes de la obesidad, sus causas o factores que intervienen en su aparición y desarrollo y las consecuencias que puede traer a quienes la padecen.

Figura 2. Obesidad



Nota: Arango y Villegas (2012).

La obesidad es según la OMS (2012) una enfermedad metabólica, en la que el índice de masa corporal (IMC) tiene un valor mayor o igual a 30, es definida como una acumulación anormal de grasa que puede afectar 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, Garrido & Rodríguez, 2000).

Según estudios realizados “el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8

millones de personas adultas por esta razón. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de las cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad” (OMS, 2012, párr. 7).

La obesidad pasa a convertirse en mórbida cuando las personas se encuentran entre un 50 y 100% por encima de su peso corporal ideas. También el tener un índice de masa corporal por encima de 39 es un factor que permite determinar este tipo de obesidad. Esta condición produce numerosas consecuencias en el organismo como diabetes, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, depresión, cáncer, entre otras. (Ayala 2009)

Según la causa, la obesidad puede ser de dos tipos endógena y exógena. La endógena provocada por problemas endocrinos y metabólicos (hipotiroidismo, problemas con la insulina, disfunción de alguna glándula endocrina, entre otros) y la exógena causada por los hábitos de cada persona (como inadecuado régimen de alimentación y hábito de vida sedentario). La endógena es menos común, entre un 5 y 10% , en cambio la exógena es la más común, ya que entre un 90 y un 95% de las personas que la padecen se debe a esta causa (Ríos, 2010).

En la obesidad están implicados factores genéticos o hereditarios (predisposición familiar a la obesidad), ambientales (entorno de la persona, nivel de actividad física, dieta, ejercicio y estilos de vida) , psicológicos (aburrimiento, ansiedad, estrés, depresión y los sentimientos de baja autoestima que pueden llegar hacer que la persona coma en exceso o no se ejercite lo suficiente) y metabólicos (alteraciones en el almacenamiento y síntesis de los triglicéridos, aumento en la eficiencia para degradar los

hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, inhibición en la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo) (Causas de la obesidad mórbida, 2012).

Rodríguez (2003) habla de la existencia de mutaciones individuales con implicaciones en la obesidad del gen de la leptina y su receptor, el cual cumple un rol regulatorio del apetito (favoreciendo la sensación de saciedad) y de la actividad física por medio de la activación de termogénesis (mayor gasto energético) a nivel hipotalámico; también se debe a síndromes mendelianos en los que la obesidad es una manifestación clínica como Prader-Willi, Wilson-Turner, entre otros.

Según Martínez, et al. (2009) “la predisposición genética en la obesidad está relacionada tanto con la ingesta alimentaria como con el gasto energético” (p. 19). Sin embargo es difícil saber si la obesidad se debe a una predisposición genética o simplemente la continuación de una tradición familiar. Es así como la etiología de la obesidad en cuanto el factor genético o hereditario se mantiene como un hecho de estudio, siendo probable que, dicha enfermedad obedezca más a una interacción genético ambiental.

Los factores ambientales están relacionados con el aprendizaje social y familiar, las tradiciones familiares, el estatus socioeconómico y la disponibilidad alimentaria, son determinantes en la estructuración de los hábitos alimenticios (Arteaga, 1997).

Por otro parte existen factores de índole psicológico que pueden influir en el riesgo de la obesidad y conllevan a dificultades emocionales, entre los que se destacan

relaciones afectivas y familiares deficientes, imagen negativa del cuerpo, ansiedad y estrés, aburrimiento y vida rutinaria, depresión y aislamiento entre otros (Arteaga, 1997). Kaplan y Kaplan, (como se cita en Vásquez, 2004) propuso también que “la sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad” (p. 26).

Esta enfermedad no solo trae consecuencias físicas como “hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, dificultades respiratorias, trastornos de la vesícula, reducción de la capacidad pulmonar” (p. 230), apnea del sueño, problemas metabólicos , sino también consecuencias a nivel psicológico y socio afectivo , ya que la “obesidad constituye hoy uno de los mayores estigmas sociales, con el consiguiente costo psicológico; disminución del autoestima, del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia” (p.230), así como aumento de los niveles de ansiedad, rechazo de la imagen corporal, síntomas depresivos y trastornos del estado del ánimo.

A nivel social las personas que padecen de obesidad, son solitarias y se aíslan socialmente, temiendo al rechazo de los demás y rechazándose a sí mismo y a su imagen corporal lo que hace que en muchas situaciones estas personas tengan mayor vulnerabilidad a padecer trastornos depresivos (Hernández y Sánchez, 2007).

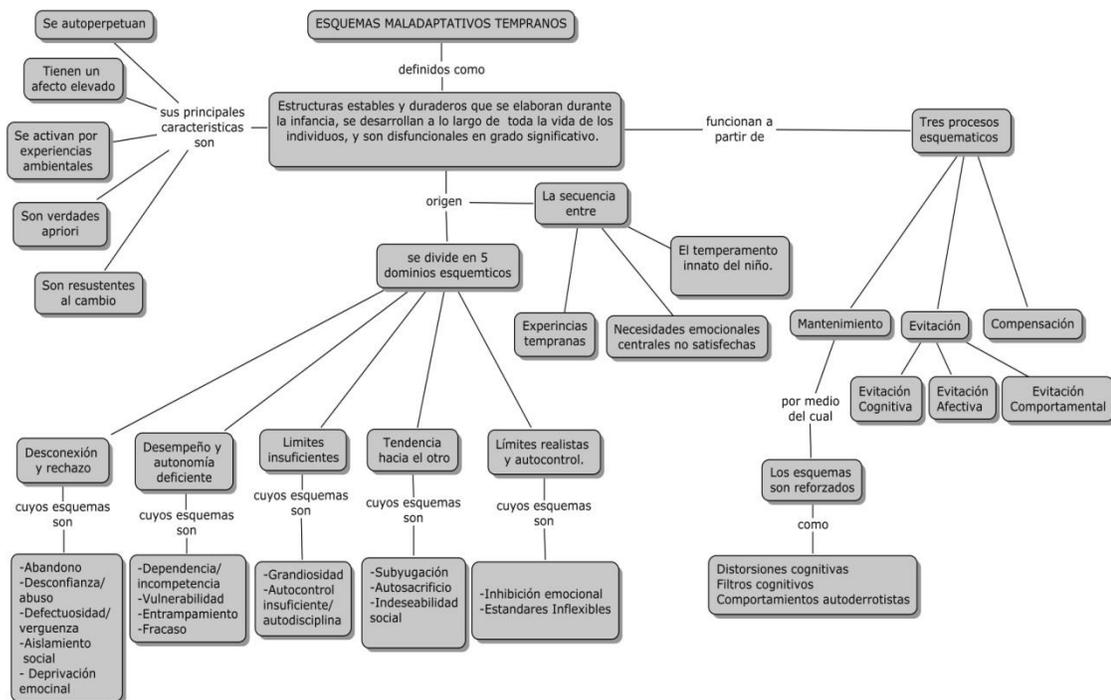
También puede traer consecuencias a nivel emocional en las relaciones de pareja, “ la mayor parte de los problemas que pueden aparecer en una relación de pareja relacionados con la obesidad tienen que ver con la autoestima de la persona afectada por el exceso de peso. Si esa persona no tiene una autoestima equilibrada y vive acomplejada por sus kilos de más, trasladara esa inseguridad a la relación. Así, es probable que se comporte de forma posesiva y que aparezcan los celos, ya que tiene

miedo de no atraer a su pareja y que ésta encuentre a otra persona y la abandone”
 (Influencia de la obesidad en las relaciones de pareja, s. f, párr. 1).

Esquemas Maladaptativos Tempranos [EMT].

A continuación se hace una conceptualización teórica sobre los Esquemas Maladaptativos Tempranos, definiendo cada uno de los dominios y esquemas que hacen parte de la Teoría Centrada en Esquemas de Jeffrey Young.

Figura 3. Esquemas Maladaptativos tempranos [EMT].



Nota: Arango y Villegas (2012).

El concepto de esquema maladaptativo temprano (EMT) es el núcleo central de la terapia centrada en esquemas propuesta por Jeffrey Young (1994) como una ampliación del modelo de la terapia cognitiva a corto plazo de Beck (1979). Se encuentra enmarcado dentro de la psicología cognitiva para quien el hombre es un procesador activo de la realidad y gira alrededor de la perspectiva del procesamiento de la información (PPI,) que constituye un “modelo que permite estudiar los mecanismos que anteceden y explican lo que el sujeto piensa, siente y hace” (Riso, 1992, p. 16). El PPI está compuesto por tres pilares fundamentales que son: esquemas, procesos y productos. (Londoño, Aguirre, Echeverri & Naranjo, 2012).

Los esquemas maladaptativos, hacen parte de la unidad informacional de los esquemas, lo cuales son definidos por Young (1999) como estructuras estables y perdurables en el tiempo, las cuales generan altos niveles de malestar, son disfuncionales en grado significativo y se elaboran durante la infancia del individuo. Se puede decir que estos esquemas son “plantillas” a través de las cuales los sujetos procesarán posteriormente la información (Caballo, 1998).

Son creencias incondicionales acerca de la persona en relación con el entorno. Se desarrollan a temprana edad, forman el autoconcepto del individuo y la concepción que este tiene de su ambiente. Son verdades a priori que están implícitas y se consideran irrefutables, son auto perpetuados por el individuo por lo cual son altamente resistentes al cambio y son significativamente disfuncionales . Están estrechamente relacionados con altos niveles de afecto y son activados por eventos o información relevante en el ambiente para el esquema particular. Son el resultado de la interacción entre el

temperamento innato del individuo y sus relaciones o experiencias disfuncionales con las personas más cercanas durante sus primeros años de vida. (Young, 1999)

Los procesos esquemáticos son aquellos procesos dentro del individuo que explican el funcionamiento de los esquemas maladaptativos tempranos propuestos por Young. Se producen dentro del campo cognitivo, afectivo y comportamental (siento, pienso, actúo) y son de mantenimiento, evitación y compensación (Young, 1999).

El proceso de mantenimiento, alude a aquel proceso mediante el cual los esquemas maladaptativos tempranos son reforzados. Incluyen las distorsiones cognitivas y obedecen a la rigidez. Los filtros cognitivos y los comportamientos autoderrotistas son los principales mecanismo de mantenimiento del esquema que los perpetúan y los hacen cada vez menos flexibles (Young, 1999).

La evitación por su parte se relaciona con los altos niveles de afecto (ira, ansiedad, culpa y/o tristeza) que se desprenden de los esquemas maladaptativos tempranos y que son desagradables para el individuo. Puede manifestarse a nivel cognitivo, afectivo y comportamental de forma voluntaria o automática.

El cognitivo son todos los intentos que realiza el sujeto para bloquear imágenes, pensamientos o todo tipo de información que podría remitir al esquema; el afectivo para bloquear sentimientos que son detonados por el esquema y el comportamental para evitar situaciones o momentos en su vida que podrían llegar a activar algún esquema indeseable (Young, 1999).

Por último el proceso de compensación esquemática referido a aquellos intentos del individuo para sobrecompensar los EMT'S adoptando comportamientos opuestos a

aquellos relacionados con el esquema. Pueden ser funcionales a cierto nivel (Young, 1999).

Los esquemas maladaptativos tempranos se dividen por dominios esquemáticos, estos son: desconexión y rechazo, desempeño y autonomía deficiente, límites insuficientes, tendencia hacia el otro y supervigilancia e inhibición. Cada uno de estos dominios representa un reto que el niño debe alcanzar para alcanzar un nivel de desarrollo psicológico adecuado (Young, 1992)

Desconexión y Rechazo. Comprende la creencia de que las necesidades propias de cuidado, estabilidad, seguridad, empatía, respeto y aceptación no serán satisfechas de forma adecuada. (Young, 1992). Comprende los siguientes esquemas:

Deprivación emocional. 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 apoyo emocional suficiente. (Young, 1992).

Abandono/inestabilidad. Es la creencia de que la persona perderá de forma inminente a las personas significativas o cercanas. La persona siente que las relaciones de apego de acabarán. Se presenta en niños que pasaron por divorcio o la muerte de los padres o que han tenido padres inconsistentes en su atención (Young, 1992).

Desconfianza/abuso. Creencia de que los demás lo humillarán, se aprovecharán o les harán daño. Se presenta en cuando en los primeros años de vida la persona fue víctima de abusos o malos tratos por parte de sus padres o personas cercanas (Young, 1992).

Defectuosiad/vergüenza. Creencia de que se es defectuoso o imperfecto, lo cual genera un sentimiento de vergüenza y la creencia de que si las demás personas se acercan lo notarán y se alejarán. Se presenta en familias con padres críticos, donde los hijos se sintieron no dignos de ser amados. (Young, 1992)

Aislamiento social. Creencia de que la persona está aislada, es diferente a los otros y no hace parte de ningún. Suele presentarse cuando sienten que ellos o sus familias son diferentes de las demás personas (Young, 1992).

Desempeño y Autonomía deficientes. Creencias acerca de sí mismo y el ambiente que generan la percepción de que no son capaces de separarse, sobrevivir y ser exitosos de forma independiente (Young, 1992). A este dominio pertenecen los siguientes esquemas:

Vulnerabilidad al daño y la enfermedad. Creencia de que la persona tiende a experimentar catástrofes inminentes de diferentes tipos (médicas, financiera, emocionales o externas a la persona) 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 (Young, 1992).

Entrampamiento emocional y/o inmaduro. Este esquema se evidencia es una excesiva cercanía y dependencia emocional hacia una o varias de las personas significativas para el sujeto, lo cual afecta el desarrollo personal y social. Implica la creencia de que el individuo no puede sobrevivir o ser feliz sin el de la otra persona (Young, 1992)

Fracaso Creencia de que uno no es capaz de desempeñarse de la forma correcta o tan bien como sus semejantes, la persona tiene a sentirse estúpidos, ignorantes o sin talentos. 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 (Young, 1992)

Dependencia/Incompetencia. Creencia de que la persona es incapaz de afrontar las responsabilidades del día a día de forma competente y autónoma. Generalmente, los padres no propiciaron ambientes de independencia y no les generaron seguridad en ellos mismos (Young, 1992).

Límites Insuficientes. Falta en los límites internos y responsabilidad hacia as demás personas o hacia metas planteadas lo cual genera dificultades para respetar los derechos de los otros, ayudarlos y hacer compromiso so fijarse metas (Young, 2012). A este dominio pertenecen los siguientes esquemas:

Grandiosidad/derecho. Creencia de que es capaz de hacer, decir o tener lo que quieran inmediatamente, sin considerar los límites o consecuencias que genere en otras personas. Puede surgir cuando las familias son muy indulgentes con sus hijos y no les enseñan lo que es socialmente adecuado (Young, 1992).

Insuficiente autocontrol o autodisciplina. Incapacidad para tolerar la frustración de no alcanzar objetivos ante lo cual no restringen la expresión de impulsos o sentimientos. Se presenta cuando los padres no enseñan a sus hijos a tener un autocontrol adecuado o les propician u ambiente de disciplina (Young, 1992).

Tendencia hacia el otro Atención excesiva en los deseos, sentimientos y necesidades de los demás, a expensas de los propios, para ganar el cariño y aprobación,

mantener el vínculo o evitar la retaliación (Young, 1992) . A este dominio pertenecen los siguientes esquemas:

Subyugación. Creencia de que uno debe soportar el control de otros para evitar consecuencias indeseadas, piensan que deben someterse para no ser rechazados o recibir malos tratos. Se presenta en personas que en su infancia tuvieron padres fue muy controladores (Young, 1992).

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(Young, 1992).

Búsqueda de aprobación y reconocimiento. Atención excesiva en la obtención de aprobación, 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 (Young, 1992).

Sobrevigilancia e Inhibición. Atención excesiva en la supresión de sentimientos, decisiones e impulsos y en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas acerca del desempeño y la conducta socialmente aceptada. Por lo cual las personas con este esquema sueles sacrificar la felicidad, la expresión propia y las relaciones cercanas. (Young, 1992). A este dominio pertenecen los siguientes esquemas:

Inhibición emocional. Creencia de que uno debe inhibir emociones e impulsos para evitar hacer daño a los demás o evitar una pérdida de autoestima, un sentimiento de vergüenza, venganza o abandono. Tienden a ser personas rígida y poco espontaneas. Se

presenta cuando los padres inhiben la expresión abierta de los sentimientos (Young, 1992).

Estándares Inflexibles. Este tiene dos creencias relacionadas. Creencia a que no importa lo que la persona haga, nunca va a lograr ser lo suficientemente bueno y siempre deberá esforzarse más. También son personas centradas excesivamente en valores como el estatus, la riqueza y el poder, a expensas de otros valores como la interacción social, la salud, la tranquilidad o la felicidad. Los padres de estas personas nunca se mostraron satisfechos y el amor que le daban a sus hijos estaba condicionado a un buen desempeño (Young, 1992).

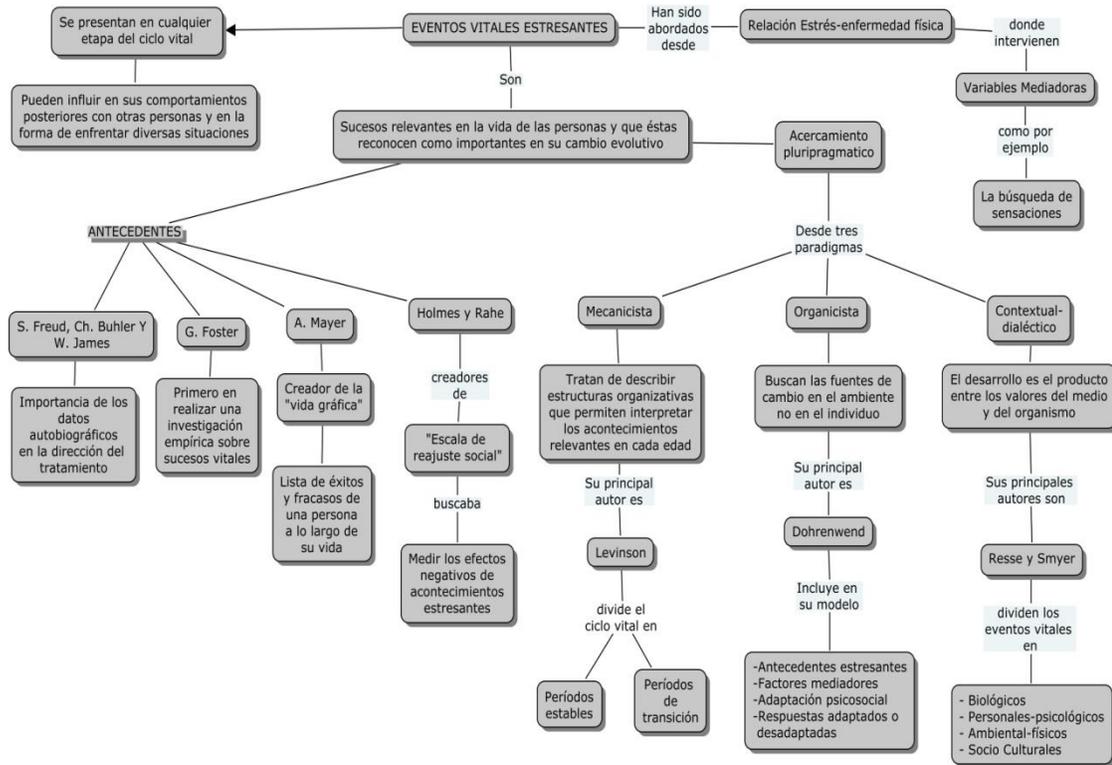
Condena. Creencia de que las personas deberían ser castigadas fuertemente cuando cometen errores. Implica la tendencia a ser de mal carácter, intolerante, e impaciente cuando se encuentran con personas que no comparten esos altos estándares. (Young, 1992).

Negatividad/ Pesimismo. Concentración excesiva en aspectos negativos de la vida como la enfermedad, muerte, dolor o conflicto. Tienden a minimizar los aspectos positivos y a maximizar negativos(Young, 1992).

Eventos Vitales

A continuación se encontrará una breve recopilación teórica de diferentes autores y diferentes perspectivas que han trabajado el concepto de eventos vitales

Figura 4. Eventos Vitales



Nota: Arango y Villegas (2012)

A lo largo de la vida los seres humanos pasan por situaciones que consideran relevantes y decisivas que producen cambios en los comportamientos, en las formas de relación con los otros y en las formas de enfrentarse a ellas. Es así como la muerte o la enfermedad de una persona cercana, los cambios drásticos en el estilo de vida y las buenas o malas experiencias, por citar algunos ejemplos, pueden ser factores determinantes en el proceso de cambio evolutivo (Salvador, s.f).

Uno de los primeros autores en destacar la importancia de los eventos vitales en la vida del individuo fue Mayer (1951, citado por Salvador, s.f) para quien “el sujeto debería pasar por una serie de sucesos que dejaban importantes influencias tanto positivas como negativas en la salud” (p. 2) y desarrolló un instrumento que le permitía recoger toda esta información llamado “vida gráfica” o historia de éxitos y fracasos, utilizado en distintos contextos.

Otros autores como Holmes y Rahe (1967) pretendieron medir el valor estresante que se atribuía a acontecimientos vitales importantes que podían tener relación con el inicio de una enfermedad o con el agravamiento de sus síntomas y lo denominaron Reajuste Social; el cual es definido por la intensidad y la duración del cambio en los patrones acostumbrados de vida, como resultado de vivir ciertas experiencias.

La aproximación científica a los eventos vitales es pluripragmática, se incluyen diferentes aportes de los paradigmas organicista, mecanicista y contextual dialectito (Salvador, s.f.). Para el paradigma organicista el ser humano es un todo, activo y organizado. Bajo esta concepción se trata de describir estructuras organizativas que permitan a la psicología la interpretación evolutiva de los acontecimientos relevantes en cada etapa del desarrollo, destacando según Levinson et al., (1974, como se cita en Salvador, s.f) dos tipos de períodos a lo largo del ciclo vital: estables y de transición.

Para la concepción mecanicista los orígenes del cambio está el ambiente más que en el propio organismo. Desde este paradigma se conciben los sucesos vitales como condiciones previas a las conductas. Cabe destacar el aporte de Dohrenwend (1978, como se cita en Salvador, s.f), quien afirmó que la anticipación de una situación estaba

determinada por las características de la situación o naturaleza de los eventos. Para los mecanicistas el punto central es el papel de los sucesos como antecedentes de las respuestas resultantes (relaciones antecedente- consecuente) y su principal tarea es aislar las causas que producen ciertos efectos.

La concepción contextual dialéctica es la que más aportes ha realizado a este tema y consideran el desarrollo como producto de los valores del medio y del organismo, siendo el cambio evolutivo un efecto de los acontecimientos externos que contribuyen a modificar el estado del organismo a través del tiempo.

Entre los autores más importantes en esta concepción cabe destacar a Reese y Smyer (1983, citados por Salvador, s.f), quienes señalan que las categorías de los eventos vitales son el contexto o espacio vital en el que se producen, el dominio o área de funcionamiento afectada y las fuentes o causas de los sucesos. También hacen referencia a los tipos de sucesos vitales donde se incluyen los biológicos, los personales psicológicos, ambientales-físicos, y socio-culturales.

Baltes (1985 citado por Salvador, s.f) por su parte clasifica los eventos vitales en tres tipos: los normativos de edad, referidos a determinantes biológicos y ambientales que se relacionan directamente con la edad cronológica, los normativos históricos, que pueden definirse como acontecimientos o normas generales experimentadas por una unidad cultural dada su concesión con el cambio biosocial y los no normativos referidos a determinantes ambientales y biológicos que no son generales.

Al igual Baltes y Brim (citados por Salvador, s.f) proponen dos categorías de eventos vitales: los sucesos individuales como aquellos que ejercen una influencia directa sobre el individuo que los experimenta y secundaria sobre los seres que son

significativos para dicho individuo; Y los sucesos culturales que son aquellos experimentados como parte del curso de la vida y afectan a un gran número de personas.

Los sucesos vitales tienen una relación estrecha con el estrés y la enfermedad. El estrés es definido por Lazarus y Folkman (como se cita en Paula, 2007), como "una relación particular entre el individuo y el entorno evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (p. 48). Para Moreno (2007,) el estrés puede afectar la salud de diferentes formas, ya sea influyendo en el curso de una enfermedad, o en su desarrollo, agravamiento o recuperación, interfiriendo en el tratamiento, constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud, aumentando la frecuencia de conductas nocivas (como fumar o beber alcohol en exceso) y generando respuestas fisiológicas que en ocasiones pueden relacionarse con el problema.

Método

Tipo de Investigación

El estudio está enmarcado en un enfoque cuantitativo, no experimental, alcance descriptivo transversal empírico-analítico. Es de corte descriptivo pues se busca describir la presencia de esquemas maladaptativos tempranos y eventos vitales en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad mórbida en la ciudad de Medellín.

El diseño de investigación es no experimental (transversal descriptivo) pues no se realiza una manipulación intencional de las variables independientes (esquemas maladaptativos y eventos vitales) (Ver Tabla. 3) para ver su relación con la variable dependiente (obesidad) (Ver Tabla. 2).

Es un diseño transversal descriptivo pues se recopilan datos en un momento único e indagan la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

Población.

Fueron 20 adultos, sin distinción de sexo, residentes en el departamento de Antioquia que hayan sido diagnosticados con obesidad y que cumplieron los criterios de inclusión.

Muestra

No probabilística, intencional por disponibilidad de sujetos; lo cual indica que la muestra no es seleccionada de forma aleatoria por lo cual no es posible garantizar la representatividad de la muestra ni tampoco hacer generalizaciones.

Criterios de inclusión

- Adultos
- Residentes en el Departamento de Antioquia
- Los participantes de la investigación fueron adultos, residentes en el Departamento de Antioquia,
- Con un diagnóstico previo de obesidad
- Capaces de leer y responder la prueba de forma autónoma
- Participación voluntaria
- Firmar el consentimiento informado

Para recolectar la muestra se contactó la fundación Gorditos de Corazón y la Clínica Universitaria Bolivariana para iniciar el proceso de selección de la muestra y se contó con el aval de la investigación proporcionado por el comité de ética de la Universidad Pontificia Bolivariana, teniendo en cuenta que este es un requisito para acceder a los pacientes.

Fases

Fase de pre-identificación. Con la fundación Gorditos de Corazón se llevó a cabo la recolección de la información de los pacientes diagnosticados con Obesidad y se solicitó el consentimiento de la Fundación para invitar a sus pacientes a hacer parte del estudio de forma voluntaria. Por parte de la Clínica Universitaria Bolivariana se identificaron pacientes que estaban en proceso para la Operación de Bypass Gástrico y la clínica estuvo de acuerdo en que éstos fueran invitados a participar de forma voluntaria. En esta fase tiene cabida pacientes a conveniencia, es decir con posibilidad de contactar.

Fase de Identificación. De la fase anterior, por parte de la fundación Gorditos de Corazón resultó una lista que contiene los datos personales de los pacientes, a quienes se contactó cuando participaban en las actividades de la Fundación y se les invitó a participar en el estudio. Por parte de la Clínica Universitaria Bolivariana se contactó a los pacientes en las reuniones informativas sobre la cirugía de Bypass Gástrico y se realizó el mismo procedimiento anteriormente mencionado. En el caso de las personas que aceptaron participar en el estudio se les pidió leyeran y firmaran el consentimiento informado y se les hizo entrega del paquete de pruebas psicológicas (YSQ-L2, SRRS y encuesta de datos personales) y se aplicaron los instrumentos a los pacientes

Para la recolección de la muestra se realizó especial énfasis en que la participación era voluntaria y que los resultados obtenidos eran confidenciales y utilizados para fines académicos. Todo esto estaba respaldado por el consentimiento informado que debían firmar las personas que aceptarían voluntariamente participar en el estudio.

Variables

Tabla 1. Variables Demográficas

| Nombre | Definición | Tipo | Indicador |
|-------------------------|--|-------------|--|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona cada uno de los periodos en que se divide la vida | Cualitativo | 20 a 60 años de edad |
| Sexo | Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer | Cualitativo | 0. Masculino 1. Femenino |
| Estado civil | Situación en que se encuentra conviviendo un ciudadano. | Cualitativo | 0. Soltero 1. Casado y unión libre 3. Separado 4. Viudo |
| Escolaridad | Relativo al nivel educativo de un individuo | Cualitativo | 1. Básica secundaria 2. Media vocacional 3. Técnico 4. Tecnólogo 5. Profesional 6. Especialista |
| Estrato Socio-económico | Jerarquía de distribución de bienes y de oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad. | Cualitativo | 1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco 6. Seis |

Tabla 2. Variable Dependiente

| Nombre | Definición | Tipo | Indicador |
|----------|--|--------------|-----------------------------|
| Obesidad | La obesidad se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por un incremento anormal de peso debido a una proporción excesiva de grasa resultado de la pérdida del balance entre el consumo y el gasto de energía. | Cuantitativo | 0. Ausencia 1. Presencia |

Tabla 3. Variables Independientes

| Nombre | Definición | Tipo | Indicador |
|--|--|--------------|---|
| Esquemas Maladaptativos Tempranos | Creencias estables, duraderas y disfuncionales desarrolladas en la Infancia y elaboradas a lo largo de la vida del individuo | | |
| Abandono | Creencia de que los otros son inestables emocionalmente e indignos de confiar para prodigar apoyo y vinculación. | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Insuficiente autocontrol/ autodisciplina | Dificultad para controlar las propias emociones, limitar su expresión y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas. | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Desconfianza/ abuso | Creencia de que los otros te lastimaran, abusarán, mentirán humillarán o engañarán. | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Privación Emocional | Creencia de que lograr un grado normal de apoyo emocional no será posible | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | Creencia que se dirige a la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Autosacrificio | Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los a expensas de la propia satisfacción. | Cuantitativo | 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |

| | | | |
|---------------------------|--|--------------|---|
| Estándares Inflexibles I | Creencia de que el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares altos de conducta y dirigidos a evitar la crítica. | Cuantitativo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Estándares Inflexibles II | Autoexigencia y perfeccionismo como descripción de sí mismo, sin ningún tipo de consecuencia negativa. | Cuantitativo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Inhibición Emocional | Contención acciones y sentimientos espontáneos para evitar la desaprobación de los demás. | Cuantitativo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Derecho | Creencia de que la persona es superior, tiene derechos especiales y e no está obligado por las reglas de la interacción social habitual. | Cuantitativo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |
| Entrampamiento | Creencia de no poder sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona. | Cuantitativo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente falso de mí. 2. La mayor parte falso de mí. 3. Ligeramente más verdadero. 4. Moderadamente verdadero 5. La mayor parte verdadero 6. Me describe perfectamente |

Técnicas e instrumentos

Escala de reajuste social.

Nombre original. Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Autores. Thomas Holmes y Richard Rahe (1967)

Aplicación. Individual o colectiva.

Duración.: De 3 a 5 minutos

Ámbito de aplicación. Adolescentes y adultos.

Finalidad: Busca estimar la magnitud de algunos eventos vitales que se sospeche que anteceden al inicio de una enfermedad o agravan el curso de una enfermedad establecida.

La escala cuenta con 43 situaciones que abarcan las áreas de salud, trabajo, hogar/familia, personal/social, financiera (Ver Tabla. 4) . Cada episodio tiene una puntuación denominada unidad de cambio vital (LCU), que va de 100 en los acontecimientos más graves (muerte del cónyuge) a 11 en los menos relevantes (leves transgresiones de la ley). La persona completa la escala según los acontecimientos del último año. Para la calificación se debe hacer una suma de los LCU de los acontecimientos vitales señalados y si la sumatoria es mayor de 150 se considera que la persona está en riesgo de padecer una enfermedad o agravar el curso de una ya presente. (Ver Tabla. 5).

Tabla 4. Clasificación eventos vitales

| Ítems | Preguntas del Cuestionario que corresponden al ítem |
|------------------|---|
| Salud | 6,11 |
| Trabajo | 8, 18, 22, 30 |
| Hogar - familia | 1, 2, 3, 4, 5, 9, 12, 14, 19, 23, 26, 39 |
| Persona - Social | 7, 10, 13, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43 |
| Financiero | 16, 20, 21, 37 |

Tabla 5. Escala de intensidad

| Escala Intensidad | Acontecimiento | Valor promedio |
|-------------------|---------------------------------------|----------------|
| 1 | Muerte del cónyuge | 100 |
| 2 | Divorcio | 73 |
| 3 | Separación matrimonial | 65 |
| 4 | Encarcelamiento | 63 |
| 5 | Muerte de familiar cercano | 63 |
| 6 | Accidente o enfermedad grave | 53 |
| 7 | Boda | 50 |
| 8 | Pérdida del empleo | 47 |
| 9 | Reconciliación conyugal | 45 |
| 10 | Jubilación | 45 |
| 11 | Enfermedad de la familia | 44 |
| 12 | Embarazo | 40 |
| 13 | Problemas sexuales | 39 |
| 14 | Nuevo miembro en la familia | 39 |
| 15 | Reajuste profesional | 39 |
| 16 | Cambio del nivel económico | 38 |
| 17 | Muerte de un/a amigo/a íntimo/a | 37 |
| 18 | Cambio de actividad en el trabajo | 36 |
| 19 | Disputas con el cónyuge | 35 |
| 20 | Adquisición de deuda hipotecaria | 31 |
| 21 | Falta de pago de préstamo | 30 |
| 22 | Cambio de función en el trabajo | 29 |
| 23 | Marcha de un hijo o hija | 29 |
| 24 | Problemas con la ley | 29 |
| 25 | Logro personal importante | 28 |
| 26 | Comienzo/cese del trabajo del cónyuge | 26 |
| 27 | Comienzo/final del curso escolar | 26 |
| 28 | Cambio de condiciones de vida | 25 |
| 29 | Reajuste de hábitos personales | 24 |
| 30 | Disputa con el jefe | 23 |
| 31 | Cambio de horario | 20 |
| 32 | Cambio de domicilio | 20 |
| 33 | Cambio de colegio | 20 |
| 34 | Cambio de actividad recreativa | 19 |
| 35 | Cambio de actividad eclesiástica | 19 |
| 36 | Cambio de actividad social | 18 |
| 37 | Adquisición de pequeño préstamo | 17 |
| 38 | Cambio de horas de sueño | 16 |
| 39 | Cambio en las reuniones de familia | 15 |
| 40 | Cambio de hábitos alimentarios | 15 |
| 41 | Vacaciones | 13 |
| 42 | Navidad | 12 |
| 43 | Infracción legal menor | 11 |

Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2).

Validada en Población Colombiana.

Nombre original. Young Schema Questionnaire-Long Form, 2nd Edition

Autor. Jeffrey Young (1990)

Adaptación. D. Castrillon, L Chaves, A. Ferrer, N.H Londoño, M. Schnitter, K. Maestre y C. Marín. (2005)

Aplicación. Individual o colectiva.

Duración. 30 minutos aproximadamente

Ámbito de aplicación. Adolescentes y adultos.

Finalidad. Evaluación de Esquemas Maladaptativos Tempranos. Consta de 45 ítems y evalúa 11 esquemas.

Presenta una escala de calificación tipo Likert de 1 a 6 con las siguientes valoración: Completamente falso de mí (1), La mayor parte falso de mí (2), Ligeramente más verdadero que falso (3), Moderadamente verdadero de mí (4), La mayor parte verdadero de mí (5) y Me describe perfectamente (6).

Para el análisis de consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los factores. La prueba tuvo una consistencia interna de 0.91 total y los factores oscilaron entre 0.71 y 0.85.

A continuación se muestran los valores estadísticos de los diferentes factores (Ver Tabla. 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 (Ver Tabla. 7)

Tabla 6. Estadísticos Descriptivos básicos y fiabilidad de La validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana

| Factores | Estadísticos Descriptivos | | Fiabilidad |
|---|---------------------------|------------------------|------------|
| | Media (DT) | Percentiles (25-50-75) | |
| 1. Abandono | 16.09 (7.47) | 10-14-21 | 0.80 |
| 2. Insuficiente autocontrol/autodisciplina | 13.13 (6.16) | 8-12-16 | 0.85 |
| 3. Desconfianza/abuso | 13 (6) | 8-12-17 | 0.73 |
| 4. Deprivación Emocional | 11.03 (5.01) | 7-10-13 | 0.73 |
| 5. Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 10.34 (5.53) | 6-9-14 | 0.74 |
| 6. Ato sacrificio | 11.85 (4.98) | 8-11-15 | 0.78 |
| 7. Estándares Inflexibles I | 9.29 (4.76) | 5-8-12 | 0.82 |
| 8. Estándares Inflexibles II | 9.17 (4) | 6-9-12 | 0.79 |
| 9. Inhibición Emocional | 6.17 (3.49) | 3-5-8 | 0.79 |
| 10. Derecho | 6.55 (3.11) | 4-6-8 | 0.74 |
| 11. Entrampamiento | 4.42 (2.58) | 2-4-6 | 0.71 |

Nota. DT = Desviación Típica

Tabla 7. Baremos Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana

| Factor | Preguntas | DS | LI | Media | LS |
|--|------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| Factor 1: Abandono. | 5 a 7,9 a11 | 7.47 | 8.6 | 16.09 | 23.6 |
| Factor 2: Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina. | 40 a 45 | 6.16 | 7 | 13.13 | 19.3 |
| Factor 3: Desconfianza/Abuso. | 12 a 16 | 6 | 7 | 13 | 19 |
| Factor 4: Privación Emocional. | 1 a 4 y 8 | 5.01 | 6 | 11.03 | 16 |
| Factor 5: Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad. | 17 a 20 | 5.53 | 4.8 | 10.34 | 15.9 |
| Factor 6: Autosacrificio. | 23 a 26 | 4.98 | 6.9 | 11.85 | 16.8 |
| Factor 7: Estándares Inflexibles 1. | 33 a 36 | 4.76 | 4.5 | 9.29 | 14.1 |
| Factor 8: Estándares Inflexibles 2. | 30 a 32 | 4 | 5.2 | 9.17 | 13.2 |
| Factor 9: Inhibición Emocional. | 27 a 29 | 3.49 | 2.7 | 6.17 | 9.7 |
| Factor 10: Derecho. | 37 a 39 | 3.11 | 3.4 | 6.55 | 9.7 |
| Factor 11: Entrampamiento. | 21 y 22 | 2.58 | 1.8 | 4.42 | 7 |

Nota. DS = Desviación. LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior

Técnicas de recolección de información.

Se realiza una aplicación individual de los instrumentos. Los investigadores están en capacidad de responder a las dudas que surjan en distintos momentos y a ofrecer la información que se requiera.

Procedimiento

Plan de análisis de la información.

La recolección de la información se hizo por parte de las investigadoras del proyecto, quienes están capacitadas en la aplicación y estandarización de los instrumentos.

Durante la recolección de la información, las encuestadoras realizaron una introducción con el fin de explicar los objetivos de la investigación y enfatizan en los

conceptos de autonomía de cada individuo para participar en el estudio, además de su confidencialidad y de la reserva en el manejo de la información que consignarán en el instrumento. Para asegurar la calidad de la información, los datos incluidos en la encuesta serán revisados por el grupo investigador responsable.

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. El acceso a los archivos de información tanto física como magnética estará restringido a las investigadoras del estudio.

Se hizo en primer lugar 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), posición (C1, 2 y 3), dispersión (desviación estándar), mientras que las variables cualitativas se interpretaron a través de medidas de frecuencia (proporciones).

En una segunda etapa se llevó a cabo los respectivos cruces de variables con el fin de buscar asociación estadística entre la variable dependiente (Obesidad) y las demás variables de interés. El análisis bivariado se realizará por medio de medidas de asociación, a saber, X^2 y OR con sus respectivos IC 95%. Se asumirá significancia estadística si el valor de probabilidad es menor de 0.05.

Consideraciones Éticas

Debido a que esta propuesta investigativa se basó en el análisis de resultados de pruebas psicológicas administradas con anterioridad por el equipo investigador, esta fase del estudio es considerada de Riesgo mínimo, según la Resolución 8430 de 1983 del Ministerio de Salud de Colombia.

El estudio se ajusta a los principios de beneficencia, no maleficencia, respeto/autonomía y justicia.

Valor de la investigación. La importancia de este estudio radica en comparar los esquemas maladaptativos tempranos y los eventos vitales presentes en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad en la ciudad de Medellín Colombia; lo cual permitirá a las investigadoras desde una orientación cognitiva, analizar las variables que se involucran en éste fenómeno. El valor de tipo social se da a partir de diferentes aproximaciones a la problemática de esta patología, considerado a nivel mundial como un problema de salud pública que afecta directamente la salud física y mental de las personas.

Validez Científica. Se basa en la aplicación, evaluación y análisis de pruebas psicológicas, las cuales serán manipuladas exclusivamente por parte de profesionales de psicología calificados para tal fin; lo que permitirá un análisis objetivo de los datos suministrados en pro de la rigurosidad metodológica del trabajo. Los instrumentos a utilizar son reconocidos y aceptados por la comunidad científica y validados para este tipo de población (ver el apartado – Instrumentos- del Método).

Selección equitativa del sujeto. La selección de la muestra se propone de manera no probabilística, intencional por disponibilidad de sujetos , dando cumplimiento a los parámetros definidos para tal: relación con la finalidad de la investigación (personas adultas con un diagnóstico previo de obesidad residentes de la ciudad de Medellín - Colombia); oportunidad de participar en el estudio (el grupo de personas diagnosticadas con obesidad que asisten a programas donde se promueven hábitos de vida saludables dirigidos a este tipo de población que se realizan en la institución donde se llevará a cabo el estudio; la institución dio su aval para la realización del estudio); selección de participantes en condiciones de beneficiarse con los resultados de la investigación (para este grupo de personas los beneficios están dados desde una perspectiva científica, social y académica, como aporte a la comprensión de una patología tan común como es la obesidad y las consecuencias para la salud no solo física sino también mental de quienes la padecen).

Proporción Favorable de Riesgo-Beneficio. La interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada .El grupo investigador ha considerado que ninguno de los participantes del estudio está en situación de riesgo debido a que, en el momento de la investigación el grupo con diagnóstico previo de obesidad, se encuentra en proceso de intervención tanto médica como psicológica.

Consentimiento Informado. Toda investigación con seres humanos, como el presente estudio, sigue los lineamientos de la resolución 008430 de 1993, según el artículo 5. “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (República de Colombia Ministerio de Salud, 1993, p. 1). El equipo de investigadoras se compromete a cumplir los principios éticos de beneficencia, justicia y dignidad humana; por lo anterior, asume el compromiso de no utilizar los datos del estudio en contra de los participantes, proteger la identidad de estos. Los resultados de la investigación serán utilizados únicamente con fines académicos e investigativos.

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, esta investigación se clasifica como de Riesgo Mínimo debido a que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en la aplicación de instrumentos psicológicos como lo son el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos YSQL2 de Jeffrey Young validado en Colombia en 2005, y la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967). Con estas pruebas, no se pretende manipular las conductas ni intervenir en la salud física de los participantes, por lo que esta investigación no representa riesgo físico, sin embargo, podría representar riesgo de tipo psicológico debido a que se pueden activar aspectos de índole personal que generen malestar.

Para prevenir y controlar los posibles riesgos derivados de esta investigación, se realizaron las siguientes acciones: Proteger la confidencialidad de la información con el fin de respetar el derecho a la privacidad; por lo cual toda publicación de resultados se dará de manera general a las instituciones participantes. Además fue necesario realizar

el consentimiento informado de manera escrita a los participantes, dicho consentimiento fue firmado por cada participante después de que se le explicó en qué consistía y con qué fin se estaba realizando dicha investigación.

Respeto a los sujetos inscritos.

La selección de los participantes fue a disponibilidad de los mismos, teniendo en cuenta que todas persona adulta que cumplieran con los criterios de inclusión, pudieron hacer parte de la investigación de manera voluntaria.

Resultado e Impacto Esperado.

Dar a conocer a estudiantes y profesionales de Psicología la presencia que tienen los esquemas maladaptativos tempranos y en un grupo de personas adultas diagnosticadas con obesidad. El propósito de esta investigación es ampliar el marco de referencia en lo relacionado con la conexión que existen entre aspectos psicológicas y la obesidad, para así poder buscar nuevas pautas de manejo e intervención psicoterapéutica para trata esta patología.

Resultados

Tabla 8. Descriptivos variables sociodemográficas

| | | Frecuencias | Porcentaje |
|--------------|------------------------------------|-------------|------------|
| Sexo | Masculino | 1 | 5,0 |
| | Femenino | 19 | 95,0 |
| Estado Civil | Soltero | 6 | 30,0 |
| | Casado | 7 | 35,0 |
| | Unión libre | 5 | 25,0 |
| | Separado | 1 | 5,0 |
| | Viudo | 1 | 5,0 |
| Escolaridad | Básica secundaria | 4 | 22,2 |
| | Media vocacional | 10 | 55,6 |
| | Técnico | 4 | 22,2 |
| | Tecnólogo | 0 | ,0 |
| | Profesional | 0 | ,0 |
| | Especialista | 0 | ,0 |
| Estrato | 1 | 1 | 5,0 |
| | 2 | 5 | 25,0 |
| | 3 | 7 | 35,0 |
| | 4 | 4 | 20,0 |
| | 5 | 2 | 10,0 |
| | 6 | 1 | 5,0 |
| Ocupación | Ama de casa | 8 | 38,1 |
| | Auxiliar de enfermería | 1 | 4,8 |
| | Auxiliar de gestión de inventarios | 1 | 4,8 |
| | Cobradora | 1 | 4,8 |
| | Confeccionista | 1 | 4,8 |
| | Empleado público | 1 | 4,8 |
| | Enfermera | 1 | 4,8 |
| | Estilista | 1 | 4,8 |
| | Médica | 1 | 4,8 |
| | Pensionada | 1 | 4,8 |
| | Pintora | 1 | 4,8 |
| | Repostera | 1 | 4,8 |
| | Retirado fuerzas militares | 1 | 4,8 |

Tabla 9. Descriptivos variables sociodemográficas relacionadas con la obesidad

| | | Frecuencias | Porcentaje |
|--------------------------------|--|-------------|------------|
| Antecedente familiar | 1,00 | 4 | 57,1 |
| | 2,00 | 3 | 42,9 |
| | | 5 | 23,8 |
| Profesional que lo diagnosticó | Endocrinólogo | 1 | 4,8 |
| | Endrocrinólogo | 1 | 4,8 |
| | Médico | 6 | 28,6 |
| | Médico internista | 2 | 9,5 |
| | Médico Internista | 1 | 4,8 |
| | Neurologo | 1 | 4,8 |
| | Nutricionista | 4 | 19,0 |
| Tipo de obesidad | 1 | 2 | 12,5 |
| | 2 | 7 | 43,8 |
| | 3 | 7 | 43,8 |
| | | 4 | 19,0 |
| Enfermedades diagnosticadas | Apnea del sueño, Fibromialgia, Espondiloartropatía, Mialgia crónica, Vértigo crónico | 1 | 4,8 |
| | Asma, Rinitis alérgica | 1 | 4,8 |
| | Diabetes Mellitus, Dislipidemia, | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión arterial, Glaucoma, Artrosis | | |
| | Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial. | 1 | 4,8 |
| | Diabetes, Hipertensión | 1 | 4,8 |
| | Dislipidemia, Ovarios poliquísticos | 1 | 4,8 |
| | Dislipidemia. | 1 | 4,8 |
| | Enfermedad tiroidea, Hipertensión arterial | 1 | 4,8 |
| | Enfermedad tiroidea, Rinitis | 1 | 4,8 |
| | Enfermedad vascular, enfermedad tiroidea, hipertensión arterial. | 1 | 4,8 |
| | Hiperaldosteronismo primario, apnea del sueño, hígado graso, hipertensión arterial | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión arterial | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión arterial, dislipidemia | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión arterial, Enfermedad tiroidea. | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión arterial. | 1 | 4,8 |
| | Hipertensión, artrosis | 1 | 4,8 |
| Migraña, Depresión | 1 | 4,8 | |

Tabla 10. Descriptivos de peso, edad y estatura

| | N válido | Media | Desviación típica | Mínimo | Máximo |
|----------|----------|-------|-------------------|--------|--------|
| Edad | 20 | 43 | 13 | 20 | 59 |
| Peso | 20 | 93,6 | 12,4 | 69,0 | 120,0 |
| Estatura | 20 | 1,6 | 0,1 | 1,5 | 1,8 |
| IMC | 20 | 37,51 | 3,63 | 28,70 | 42,70 |

Nota. N=Número de la muestra

En el estudio se muestra como las personas se ubicaron entre 20 y 59 años, con estaturas entre 1.50 y 1.80, un peso desde 98 Kg hasta 120 Kg y un IMC entre 28,70 y 42,70. (Ver Tabla. 10)

Análisis descriptivo de la muestra

El tamaño de la muestra de esta investigación fue de 20 personas (n=20) mayores de edad residentes de la ciudad de Medellín, quienes fueron diagnosticadas con Obesidad por médicos tratantes. (Ver Tabla. 8).

Agrupación de la muestra según género

En la muestra el porcentaje de mujeres fue de 95% (n=19) y el de hombres de 5% (n=1). (Ver Tabla. 11)

Tabla 11. Muestra según género.

| Variabes | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| Hombres | 1 | 5% |
| Mujeres | 19 | 95% |
| Total | 20 | 100% |

Agrupacion de la muestra según estado civil.

La variable del estado civil se distribuyó de la siguiente manera: Soltero con un 30% (n=6); Casado siendo esta la categoría más predominante con un 35% (n=7); Unión Libre con un 25% (n=5); Separado con un 5% (n=1) y Viudo con un 5% (n=1). (Ver Tabla. 12).

Tabla 12. Muestra según estado civil

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Soltero | 6 | 30% |
| Casado | 7 | 35% |
| Separado | 5 | 25% |
| Viudo | 1 | 5% |
| Unión libre | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |

Agrupación de la muestra según escolaridad

En la muestra la variable escolaridad se dividió en: Básica Secundaria en un 22% (n= 4); Media Vocacional, siendo esta la categoría más predominante con un 55% (n=10); y Técnico con un 22% (n=4) de la muestra. El 1% de la muestra faltante no respondió a la variable de escolaridad. (Ver Tabla. 13).

Tabla 13. Muestra según escolaridad

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Básica Secundaria | 4 | 22% |
| Media Vocacional | 10 | 55% |
| Técnico | 4 | 22% |
| Total | 18 | 99% |

Agrupación de la muestra según Estrato Socio-económico

En la muestra la variable de estrato socio-económico apunta que un 5% (n=1) de los participantes pertenece a estrato 1; un 25% (n=5) pertenece a estrato 2; un 35% (n=7) de los participantes pertenecen a estrato 3, siendo este el más predominante; un 20% (n=4) pertenece a estrato 4; un 10% (n=2) de los participantes pertenecen a estrato 5; y un 5% (n=1) pertenece a estrato 6. (Ver Tabla. 14).

Tabla 14. Muestra según estrato socio-económico

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Estrato 1 | 1 | 5% |
| Estrato 2 | 5 | 25% |
| Estrato 3 | 7 | 35% |
| Estrato 4 | 4 | 20% |
| Estrato 5 | 2 | 10% |
| Estrato 6 | 1 | 5% |
| Total | 20 | 100% |

Agrupación de la muestra según enfermedades físicas.

Se observa una predominancia en la variable de Hipertensión Arterial con 55% (n=11) siendo esta la variable más predominante; seguida de las variables Diabetes Mellitus con un 15 % (n=3), Dislipidemia con un 20% (n=4), Enfermedad Tiroidea con un 20% (n=4), Apnea del Sueño con un 10 % (n=2), Artrosis con un 10% (n=2), otras enfermedades con un 70% (n=14). (Ver Tabla. 15).

Tabla 15. Muestra según enfermedades

| VARIABLES | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Hipertensión Arterial | 11 | 55% |
| Diabetes Mellitus | 3 | 15% |
| Dislipidemia | 4 | 20% |
| Artrosis | 2 | 10% |
| Enfermedad Tiroidea | 4 | 20% |
| Apnea del Sueño | 2 | 10% |
| Otras Enfermedades | 14 | 70% |

Eventos Vitales

Se encontró que el 55 % de las personas encuestadas presentan riesgo de padecer una enfermedad o de agravar el curso de esta si ya la padece. El 45% no presenta riesgo de padecer una enfermedad. (Ver Tabla. 16).

Tabla 16. Resultado Escala de Reajuste Social

| | | Frecuencia | % |
|-----------------|--|------------|------|
| Sucesos Vitales | Sin riesgo | 9 | 45,0 |
| | Riesgo de padecer una enfermedad o desarrollarla | 11 | 55,0 |

Esquemas Maladaptativos tempranos

En la población encuestada (n=20) se encontró el esquema maladaptativo temprano (EMT) de Autosacrificio en un nivel alto, con un porcentaje del 60% (n=12). Por su parte el esquema de Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad presento el mismo porcentaje en los niveles medio y bajo, con un 40% (n=8) en ambos casos. El esquema

de Estándares Inflexibles I también presento un 40% (n=8) en el nivel alto. (Ver Tabla. 18).

La mayoría de los EMT presentó un nivel medio, entre ellos se encuentran: Abandono con un 55% (n=11), Insuficiente autocontrol/autodisciplina con 65% (n=13), Desconfianza abuso con un 70%(n=14), Deprivación emocional con un 45% (n=9), Estándares Inflexibles I con un 60% (n=12) , Estándares inflexibles II con 55% (n=11), Inhibición emocional con un 65% (n=13), Derecho con un 80% (n=16) y Entrampamiento con un 65% (n=13). (Ver Tabla. 18).

Tabla 17. Descriptivos Esquemas Maladaptativos tempranos

| | Media | Desviación típica | Mínimo | Máximo |
|---|-------|-------------------|--------|--------|
| Abandono | 15,70 | 9,00 | 6,00 | 32,00 |
| Insuficiente autocontrol/ Autodisciplina | 16,35 | 6,45 | 6,00 | 30,00 |
| Desconfianza/Abuso | 12,50 | 5,84 | 5,00 | 29,00 |
| Privación Emocional | 11,75 | 6,84 | 5,00 | 29,00 |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 13,30 | 7,40 | 4,00 | 24,00 |
| Autosacrificio | 17,90 | 5,15 | 4,00 | 24,00 |
| Estándares inflexibles 1 | 13,95 | 5,28 | 5,00 | 24,00 |
| Estándares inflexibles 2 | 11,30 | 4,71 | 3,00 | 18,00 |
| Inhibición emocional | 7,70 | 4,59 | 3,00 | 17,00 |
| Derecho | 6,30 | 2,41 | 3,00 | 11,00 |
| Entrampamiento | 5,90 | 3,85 | 2,00 | 12,00 |

Tabla 18. Resultados Esquemas Maladaptativos Tempranos

| Indicador | Bajo | Medio | Alto | Total |
|--|------------|------------|------------|--------------|
| Abandono | 20% (n=4) | 55% (n=11) | 25% (n=5) | 100% (n=20) |
| Insuficiente autocontrol/autodisciplina | 5% (n=1) | 65% (n=13) | 30% (n=6) | 100% (n=20) |
| Desconfianza/abuso | 20% (n=4) | 70%(n=14) | 10% (n=2) | 100% (n=100) |
| Deprivación Emocional | 30% (n=6) | 45% (n=9) | 25% (n=5) | 100% (n=20) |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 20% (n=4) | 40% (n=8) | 40% (n=8) | 100% (n=20) |
| Autosacrificio | 5% (n=1) | 35% (n=7) | 60% (n=12) | 100% (n=20) |
| Estándares Inflexibles I | 0% (n=0) | 60% (n=12) | 40%(n=8) | 100% (n=20) |
| Estándares Inflexibles II | 15% (n=3) | 55% (n=11) | 30% (n=6) | 100% (n=20) |
| Inhibición Emocional | 0% (n=0) | 65% (n=13) | 35% (n=7) | 100% (n=20) |
| Derecho | 10% (n=20) | 80% (n=16) | 10% (n=20) | 100% (n=20) |
| Entrampamiento | 0% (n=0) | 65% (n=13) | 35% (n=7) | 100% (n=20) |

Discusión

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en la investigación. Se llevó a cabo un análisis de los resultados a partir de los antecedentes teóricos y las diferentes investigaciones que pudieran apoyarlos o contrastarlos.

Los datos sociodemográficos coinciden en algunas de sus variables con estudios realizados en el tema. Uno de ellos es “Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza” (Alvares, Goez & Carreño, 2012), tanto en relación al estrato socioeconómico como a la escolaridad; según el cual “la obesidad es mayor en personas de estrato bajo y medio” (p. 103), esta información coincide con los resultados del presente estudio, donde se encontró que el 65% (n=13) de la población encuestada pertenece a los estratos 1, 2 y 3 y solo el 15% (n=3) pertenece a los estratos 5 y 6. Además que plantean que la obesidad tiene mayor prevalencia en personas con un nivel de escolaridad equivalente a primaria y secundaria y menor en personas con títulos universitarios, y en los datos del estudio se evidencia que ninguno de los participantes tenía un nivel de escolaridad equivalente a una tecnología, carrera universitaria o especialización y solo el 22.2 % (n=4) tenía un nivel de escolaridad equivalente a técnico.

En la variable género, los datos concluyentes muestran que el 95% (n=19) de los participantes son mujeres, datos que coinciden con la información de la OMS (2012), según la cual a nivel mundial es mayor la prevalencia de mujeres obesas que de hombres. Estos datos también son coherentes con los resultados obtenidos en la

Encuesta Nacional de Situación Nutricional publicada en el año 2012 en Colombia, según la cual tanto la obesidad como el sobrepeso son más prevalentes en las mujeres,(55,2%) que en hombres (45,6%).

En cuanto a las enfermedades relacionadas con la obesidad, los datos encontrados se ajustan con la información dada también por la OMS (2012), según la cual las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos del aparato locomotor son algunas de las principales causas de muerte relacionada con la obesidad, en estas tres categorías mencionadas anteriormente se pueden encontrar las cuatro enfermedades que obtuvieron una mayor puntaje en este estudio. Esta información también está relacionada con la dada por la Revista Colombia Medica (2002), la cual nombra la diabetes, la hipertensión arterial, los trastornos endocrinos, los trastornos respiratorios y la artritis como algunas de las consecuencias de padecer obesidad.

Esta información es importante ya que como se mencionó en los elementos teóricos e investigativos, existe un alto predominio de enfermedades relacionadas con la obesidad, lo que indica que la mayoría de las personas encuestadas tiene riesgo de agravar el curso de las enfermedades que ya padece o de adquirir nuevas enfermedades.

Respecto a Eventos Vitales los resultados revelan que el 55 % de la muestra tienen riesgo de padecer una enfermedad o agravar el curso de una que ya padezcan, dado que durante el último año han pasado por uno o varios sucesos vitales importantes que han impactado de manera significativa su vida y han generado un cambio en sus comportamientos, relaciones y estilos de afrontamiento.

La influencia de eventos vitales estresante sobre la aparición y curso de la obesidad es complementada por el abordaje del tema que realizan Cabello y Zuñiga

(2007) en su investigación “Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico” para quienes “la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores” (p. 185) y quienes hallaron también que “cambios en el estilo de vida están relacionados con el surgimiento de la obesidad durante la etapa de la adolescencia y en la edad adulta” (p. 185).

Los datos obtenidos en este estudio se aproximan también a los resultados del estudio Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales (Carrasco, Gómez & Staforelli, 2009) quienes señalaron que el 64% de los adolescentes participantes en su investigación relaciona el sobrepeso con algún acontecimiento importante de su vida. Los acontecimientos más representativos fueron duelos, accidentes de familiares, enfermedades de personas cercanas y cambios en su sistemas de vida (ciudad o colegio principalmente).

En cuanto a los esquemas maladaptativos tempranos, los datos obtenidos señalan que el esquema de autosacrificio fue el que mayor puntuó, con un porcentaje del 60% (n=12) , lo que indicaría que los encuestados tienden a centrarse de forma excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los otros dejando a un lado sus propias necesidades. Este EMT hace parte del dominio de Tendencia hacia el otro, el cual se basa en la atención excesiva a los sentimientos y deseos de los otros a expensas de las propias necesidades buscando ganar el amor y la aprobación de quienes lo rodean. Suele involucrar supresión y falta de conciencia de la ira.

Estudios anteriores han indicado la presencia de rasgos de personalidad que pueden estar relacionados con este esquema como son la tendencia a actuar pasivamente,

la falta de interés en pensar de forma crítica y la inseguridad al momento de manifestar sus opiniones (Bravo, et al, 2011).

Estos resultados se complementan con los obtenidos en el estudio “Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual” (Aguilera, et al ,2009) donde después de realizar un tratamiento cognitivo conductual a mujeres obesas se observó que el esquema de autosacrificio había tenido una disminución muy pobre en su puntuación comparándolo con otros esquemas y aunque en la investigación anteriormente nombrada no se hace alusión al respecto, el hecho de que este esquema presentará una baja disminución después del tratamiento podría indicar que su nivel es alto y que se presenta una fuerte resistencia al cambio.

Otro esquema que tuvo una puntuación significativa fue vulnerabilidad al daño y enfermedad con un porcentaje del 40% (n=8) en alto, esto indicaría que una cantidad importante de las personas que participaron en el estudio tienden a anticipar catástrofes inminentes y a tener la sensación de que no podrá prevenirlas ni controlarlas, tendencia que podría explicarse por la alta comorbilidad y posibles complicaciones médicas de una enfermedad crónica como la obesidad.

Con un 40% (n=8) en alto, otro esquema donde se encontraron datos interesantes fue Estándares Infelxibles I, éste EMT hace referencia a la creencia de que la persona debe hacer grandes esfuerzos y alcanzar estándares altos de desempeño para evitar la crítica; hace parte del dominio de Sobrevigilancia e Inhibición en cual representa una tendencia atención excesiva s suprimir los sentimientos, pensamientos o impulsos propios, o en la cumplimiento estricto de reglas y expectativas socialmente aceptadas.

Las personas con este EMT tienden a sacrificar su propia felicidad, su tranquilidad, sus interacciones sociales y su autoexpresión, ésta última esta también relacionada con el esquema de inhibición emocional en el cual de profundiza más adelante.

El EMT de abandono presento resultado similares a los anteriores, con un alto porcentaje de la muestra en niveles medio con un 55% (n=11) y un porcentaje de 25% (n=5) en nivel alto, estos datos se pueden relacionar con autores como Carrasco, Gómez y Staforelli (2009) quienes encontraron en su estudio un predominio de padres emocionalmente fríos, indiferentes y negligentes en las personas con obesidad que participaron en su estudio. La información anterior se relaciona directamente con la teoría de Young (1999) según la cual las personas son propensas a desarrollar esquemas maladaptativos tempranos en el dominio de Desconexión y Rechazo, al cual hace parte el EMT de Abandono, cuando no reciben suficiente amor, respeto y atención por parte de sus padres o cuidadores primarios.

Por último el esquema de Insuficiente autocontrol/autodisciplina evidencio también resultados para analizar, pues solo el 5% (n=1) de la población participante en el estudio puntuó bajo en este esquema, y el sobrante 95%(n=19) se encontró entre los puntajes medio y alto. Esta relación entre obesidad y autocontrol ha sido previamente estudiada por autores como Delgado, et al. (2012) para quienes el aumento en el índice de masa corporal está relacionado y con bajos niveles de flexibilidad cognitiva pues estas características podrían aumentar la propensión de los sujetos a excederse en la cantidad de comida que ingieren cuando están bajo fuertes estados afectivos.

En cuanto a la relación entre Esquemas Maladaptativos Tempranos y obesidad se puede concluir que el grupo de adultos diagnosticados con obesidad estudiados

presentan una tendencia a presentar una concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los a expensas de la propia satisfacción, la creencia de que el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares altos de conducta y dirigidos a evitar la crítica y la tendencia a anticipar a que se dirige a la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables.

En cuanto a los eventos vitales se concluyó que la presencia de sucesos significativos durante el último año pueden estar relacionados con el desarrollo de la obesidad y la presencia de estos puede aumentar el riesgo de padecerla o al presencia de enfermedades relacionadas con esta patología.

Respecto a los datos sociodemográficos se concluyó que el hecho de ser mujer, pertenecer a un estrato socioeconómico medio o bajo y tener un nivel de escolaridad medio podrían ser factores que riesgo que aumenten la probabilidad de padecer obesidad.

Recomendaciones

El alcance de éste estudio no permitió conocer a profundidad los eventos vitales más comunes en la muestra. Se sugiere para futuros estudios profundizar en este aspecto y contar una muestra más amplia

Dado que la selección de la muestra fue a conveniencia y el número de participantes no fue lo suficientemente significativo, se sugiere para futuros estudios contar con una muestra significativa que permita hacer generalizaciones.

Referencias

Aguilera-Sossa, V.R., Leija-Alva, G., Rodríguez-Horeño, J.D., Trejo-Martínez, J.I. y

López-de la Rosa, M.R. (2009). Evaluación de cambio de Esquemas

Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un

tratamiento cognitivo-conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*,

18(2), 157-166. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80412409005>

Alvarado, R., Medina, E. & Aranda, W. (2002). El efecto de variables psicosociales

durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido.

Revista Médica de Chile, 130 (5), 561-568. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872002000500012&script=sci_

[arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872002000500012&script=sci_arttext)

Alvarado, A.M, Guzmán, E. & González, M.T. (2005). Obesidad: ¿baja

autoestima intervención psicológica en pacientes con obesidad?. *Psicología y*

salud. Recuperado de

<http://lapsicologiaysalud.blogspot.com/2010/09/obesidad-baja->

[autoestimaintervencion.html](http://lapsicologiaysalud.blogspot.com/2010/09/obesidad-baja-autoestimaintervencion.html)

Álvarez, L.S, Goez, J.D, Carreño, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a

la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Gerencia y políticas de*

salud, 11(23), 98-110.

- Anderson, K., Rieger, E. & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 245-252. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905002874>
- Argibay, J. C. (2009). Muestra en Investigación Cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(1), 13-29. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v13n1/v13n1a01.pdf>
- Arteaga, A. (1997). Etiopatogenia de la obesidad. *Boletín de la Escuela de Medicina: Universidad Católica de Chile*, 26(1), 0-0. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/EtiopatogeniaObesidad.html>
- Ayala, M.R.T. (2009). Obesidad: problemas y Soluciones. Alicante: Editorial Club Universitario. Recuperado de: http://books.google.es/books?id=BStJiQqJIJ0C&hl=es&source=gbs_navlinks_s_s
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L.N. & Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963010>
- Bruner, C.A., Acuña, L., Gallardo, L.M., Atri, L., Hernández, L., Rodríguez, W., Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRSS) de Holmes y Rahe en México. *Revista latinoamericana de psicología*, 26(2), 253-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80526204>

- Caballo, V. E. (1998). *Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- Cabello, M. L. & Zuñiga, J.G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/543/1/OBESIDAD.pdf>
- Campos, S. & Pérez, J.C. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista chilena de nutrición*, 34(3). doi: 10.4067/S0717-75182007000300004
- Causas de la obesidad mórbida (2012). En Sano y Saludable: Obesidad Morbida. Recuperado en: <http://www.obesidadmorbida.org/cat/causas/3>
- Carr, D., Friedman, M.A. & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4 (2007) 165–177. Recuperado de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/778.pdf>
- Carrasco, D., Gómez, E. & Staforelli, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia Psicológica*, 27(1), 143-149. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art14.pdf>
- Castrillón, D.A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C., Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form – second edition (ysq- 12) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*: 37 (3), 541-560. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a07.pdf>

- Delgado, E., Rio, J.S., Gonzalez, E., Compoy, C., Verdejo, A. (2012) BMI Predicts Emotion-Driven Impulsivity and Cognitive Inflexibility in Adolescents With Excess Weight. *Obesity*, 20(8), 1604-1610.
- Estrada, G., de Gante, J. & Hernández, A. (2008). Niveles de ansiedad y depresión en personas con sobrepeso y obesidad. Recuperado de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Ansiedad%20Depresi%C3%B3n%20Sobrepeso_04_CS0_PSIC_PICSJ_D.pdf
- Hernández, N. A. & Sanchez J. C. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo: Conductual Para Trastornos De La Salud. Recuperado de: <http://www.google.com.co/search?hl=es&tbo=p&tbn=bks&q=isbn:1597542156>
- Encuesta Nacional de Situación Nutricional - Georeferenciado. (2012). En <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/61>
- Guzmán, R. & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma psicológica*, 16(2), 37-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131004.pdf>
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2) 213-218. Recuperado de <http://s3.amazonaws.com/files.posterous.com/tksogt/QQfFOA2iu4W7YSd7FnO9nFPgyA32dI9hU0IUHkNzdrxoWYDVlyskesYB17FM/sdarticle.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJFZAE65UYRT34AOQ&Expires=1360705946&Signature=Unnu%2F5mkBFMEpjjDz5t6PYkmWEg%3D>

Hoyos, G. & Rincón, H.G. (2010). Psicología de la salud: aspectos generales. En Velásquez, J.D. & Rincón-Hoyos, H.G. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (p.365). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Influencia de la obesidad en las relaciones de pareja. (s. f). GuiaObesidad.com.

Recuperado en: <http://www.guiaobesidad.com/node/60>

Ji-yeong, K., Dong-jae, O., Tae-young, Y., Joong-myung, C., & Bong-keun, C. (2007). The Impacts of Obesity on Psychological Well-being: A cross-sectional study about depressive mood and quality of life. *Journal of preventive medicine and public health*, 40(2):191-195. Recuperado de <http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0056JPMPH/jpmph-40-191.pdf>

León, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. & Herrera, I.M., (2004).

Psicología de la salud y calidad de vida. Barcelona: Editorial

UOC. Recuperado de

<http://books.google.com.co/books?id=esM3UUnq9kcC&printsec=frontcover&dq=2004+Psicolog%C3%ADa+de+la+salud+y+calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ei=dV6OUf7-Moai8gTG6YGYBg&sqi=2&ved=0CDIQ6AEwAQ>

Londoño, L. F., Aguirre, D. L., Echeverri, V., Naranjo, S. C. (2012). Esquemas maladaptativos tempranos presentes en estudiantes del grado décimo y once que han tenido contrato pedagógico disciplinar en la institución José María Bernal de Caldas, Antioquia. (Tesis de pregrado, Universidad LaSallista).

Recuperado de:

http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/662/1/ESQUEMA_S_MALADAPTATIVOS_TEMPRANOS.pdf

López Pell, F. A., Rondón, J. M., Alfano, S. M. & Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptados y afectividad positiva y negativa.

Ciencias Psicológicas 6(2), 149-173. 03Recuperado de:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v6n2/v6n2a05.pdf>

Martinez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2009). Causas de obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 31(3), 17-27. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5465>

Miguel, P.E., & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Acimed*; 20(4), 84-92. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v20n4/aci061009.pdf>

Moreno, B., Cancer, E., Garrido, M. & Rodríguez, P. (2000). Concepto y clasificación de la obesidad. . En Moreno, B., Monereo, S., Alvarez, J. (Ed.), *Obesidad la epidemia del siglo XXI* (pp. 110-123). Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de: http://books.google.com.co/books/about/Obesidad.html?id=mLj0qJkQ3fwC&redir_esc=y

Moreno, A. (2007). Estrés y Enfermedad. *Frontera dermatológica*, 1, 17 – 20.

Recuperado de <http://www.masdermatologia.com/>

Moreno, B. (2006). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. Recuperado de:

<http://books.google.com.co/books?id=ZqALCoIGo5sC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Mujica, V., Leiva, E., Rojas, E., Díaz, N., Icaza, G. & Palomo, I. (2009).

Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca.

Revista médica de Chile, 137, 76-82. Recuperado de

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n1/art11.pdf>

Oblitas, L.A & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdez Editores.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). 10 datos sobre la obesidad.

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Obesidad y sobrepeso.

Organización Mundial de la Salud – Centro de Prensa. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Ozier, A.D., Kendrick, O.W., Leeper, J.D. Knol L.L. y Burnham, J. (2008).

Overweight and obesity are associated with emotion or stress relating eating

and appraisal of ability and resources to cope. *Journal of the American*

dietetic association, 108(1), 49-56. Recuperado de [https://und.edu/health-](https://und.edu/health-wellness/healthy-und/nutrition-eades-stress-related-eating-bev.pdf)

[wellness/healthy-und/nutrition-eades-stress-related-eating-bev.pdf](https://und.edu/health-wellness/healthy-und/nutrition-eades-stress-related-eating-bev.pdf)

Paula, I. (2007). No puedo más!: intervención cognitivo-conductual ante

sintomatología depresiva en docentes. Madrid: Walters Kluwer España.

Recuperado de:

http://books.google.com.co/books?id=Jm_g7SvRn6UC&printsec=frontcover

&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false

Prieto, I. R., Fernández, M. S., Ríos, P. B., & Lobera, I. J. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (12), 1330-1348.

Recuperado de: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:n6QRxoKgzkgJ:scholar.google.com/+obesidad+impulsividad+&hl=es&as_sdt=0,5

Redondo, P. (2004). *Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>

Ríos, D., (2010). Obesidad en México. *Epidemiología*, 27, 1-5

Rodriguez, E. (2009). La Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young.

Avances en Psicología Latinoamericana, 17(1), 59-74. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>

Rodríguez, S. (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14(2), 0-0. Recuperado de:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end06203.htm

Riso, W. (1992). *Depresión: avances recientes en cognición y procesamiento de la información*. Medellín: Ediciones Graficas Limitadas.

Salomón, G.F. (2001). Psiconeuroinmunología: synopsis de su historia, evidencia y consecuencias. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001:

Mesa Redonda: Psicósomática, 1-19. Recuperado de

<http://www.centropsicologiapinto.com/upload/psicoimmunolog%C3%ADa.pdf>

Salvador, M. (s.f). *La investigación sobre los sucesos vitales como marco de referencia para el cambio evolutivo*. Recuperado de:

<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/invest.pdf>

Vásquez, V. (2004). ¿Cuáles 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), 137-141.
Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>

Young, J. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego. Academic Press, Inc.

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*, Barcelona: Sarasota.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 1

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, actuando en nombre propio, declaro que he sido invitado a participar voluntariamente y sin ningún ánimo de lucro o beneficio secundario, del estudio que lleva por nombre “Facetas de personalidad, eventos vitales y esquemas maladaptativos presentes en personas adultas con obesidad mórbida”, avalada por la Universidad Pontificia Bolivariana con el direccionamiento de la Psicóloga Magíster Piedad Liliana López Bustamante acompañada de las estudiantes Cristina Arango Restrepo, Leidy Katherine Álvarez Muñeton, Hernán Darío Lotero Osorio, Andrea Carolina Pérez Gaviria, Tatiana Patricia Ruíz Benjumea y Mariana Villegas Cuartas.

Dicho trabajo hace parte de un macroproyecto de investigación titulado “Variabilidad genética y factores psicológicos presentes en personas con Obesidad mórbida, cuyo investigador principal es la Bióloga Isabel Cristina Ortiz y un equipo de coinvestigadores, del cual hace parte la directora del trabajo de grado nombrada anteriormente.

Declaro que he sido informado ampliamente sobre los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella para facilitar el conocimiento en el campo de la Psicología de la Salud en una enfermedad médica como es la Obesidad.

Las facetas de personalidad, entendidas como patrones de comportamiento únicos y relativamente estables de una persona, los esquemas maladaptativos tempranos como las “plantillas” a través de las cuales el individuo procesa posteriormente la información y forman el autoconcepto y la concepción que se tiene del ambiente” y los eventos vitales como aquellas “experiencias de cambio que le exigen a la persona un proceso de reajuste en sus conducta y que le permitan obtener una adecuada adaptación”

Su participación en esta investigación no implica beneficios directos para usted, sin embargo, la información que usted nos suministre será utilizada para realizar propuestas de intervención que mejoren la atención integral de todos los usuarios. Esto significa

también que usted no recibirá ningún beneficio económico por responder a las pruebas. Su participación no le generará ningún costo, por este motivo el equipo de investigación le suministrará las pruebas que usted deberá contestar.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente entre una hora y media a dos horas. Algunas de las preguntas pueden causar malestar en el entrevistado, si usted no desea responderlas, está en toda la libertad de negarse a hacerlo o puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin dar explicaciones al respecto, lo cual no tendrá ninguna consecuencia para usted.

Ninguna persona diferente al equipo investigador tendrá conocimiento de los resultados que arrojen las pruebas que usted responda, ya que estas son totalmente confidenciales, sólo tendrá acceso a la información el equipo. Usted podrá solicitar una retroalimentación de su proceso, y una vez finalizada la investigación, se le dará a conocer los resultados obtenidos.

Su identidad será protegida, ya que en ninguna de las publicaciones, ponencias o algún otro tipo de divulgación de la información obtenida se hará referencia a los nombres de los participantes. Los resultados de la investigación sólo serán utilizados con fines académicos

Acepto participar en la investigación de la siguiente manera:

1. Contestando objetivamente una serie de preguntas formuladas en los cuestionarios.
2. Aceptando que los resultados de las evaluaciones sean utilizadas en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato, la identidad.
3. Entiendo que en caso de detectarse una dificultad que pueda afectar su estabilidad psicológica y física, seré informado ampliamente y los investigadores me recomendarán el tratamiento adecuado más no asumirán los gastos del mismo.
4. No se recibirá dinero por parte de los investigadores.
5. Todas las evaluaciones clínicas realizadas serán gratuitas.
6. Se reserva la confidencialidad aún cuando no sean publicados los resultados.

Esta investigación contempla parámetros establecidos en la resolución No 008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos.

Participante (firma y N° de cedula)

Investigador (firma y N° de cedula)

ENCUESTA DE DATOS GENERALES
Anexo 2

Los datos que usted consignará en este formulario serán de estricta confidencialidad. No se requiere nombre con el fin de conservar la privacidad de su identidad.

Las preguntas de las diferentes pruebas están impresas por lado y lado de la hoja. Tenga cuidado para no dejar de contestar alguna de ellas.

En caso de querer saber sus resultados es importante que se aprenda el número con el que va enumerado su paquete de pruebas.

SU NÚMERO ES: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado Civil:

- _____ Soltero
- _____ Casado y/o Unión libre
- _____ Separado
- _____ Viudo

Escolaridad:

- _____ Básica Primaria
- _____ Básica secundaria
- _____ Pregrado
- _____ Postgrados

Ocupación: _____

Cuál es su índice de Masa Corporal: _____

Qué profesional lo diagnosticó como Obeso: _____

Qué tipo de Obesidad tiene: _____

Año en el que fue diagnosticado como obeso mórbido. _____

Enfermedades Físicas Relevantes _____

Enfermedades Psicológicas o Psiquiátricas _____

Medicamentos utilizados _____

**ESCALA DE EVENTOS VITALES O SUCESOS DE VIDA DE HOLMES Y
RAHE
Anexo 3**

A continuación encontrará un listado con una serie de acontecimientos estresantes. Si usted ha pasado durante **el último año** por alguna de las 43 situaciones enumeradas a continuación señale con una X.

| | Acontecimiento | X |
|----|---------------------------------------|---|
| 1 | Muerte del cónyuge | |
| 2 | Divorcio | |
| 3 | Separación matrimonial | |
| 4 | Encarcelamiento | |
| 5 | Muerte de familiar cercano | |
| 6 | Accidente o enfermedad grave | |
| 7 | Boda | |
| 8 | Pérdida del empleo | |
| 9 | Reconciliación conyugal | |
| 10 | Jubilación | |
| 11 | Enfermedad de la familia | |
| 12 | Embarazo | |
| 13 | Problemas sexuales | |
| 14 | Nuevo miembro en la familia | |
| 15 | Reajuste profesional | |
| 16 | Cambio del nivel económico | |
| 17 | Muerte de un/a amigo/a íntimo/a | |
| 18 | Cambio de actividad en el trabajo | |
| 19 | Disputas con el cónyuge | |
| 20 | Adquisición de deuda hipotecaria | |
| 21 | Falta de pago de préstamo | |
| 22 | Cambio de función en el trabajo | |
| 23 | Marcha de un hijo o hija | |
| 24 | Problemas con los suegros | |
| 25 | Logro personal importante | |
| 26 | Comienzo/cese del trabajo del cónyuge | |
| 27 | Comienzo/final del curso escolar | |
| 28 | Cambio de condiciones de vida | |
| 29 | Reajuste de hábitos personales | |
| 30 | Disputa con el jefe | |
| 31 | Cambio de horario | |
| 32 | Cambio de domicilio | |
| 33 | Cambio de colegio | |
| 34 | Cambio de actividad recreativa | |
| 35 | Cambio de actividad eclesial | |

| | | |
|----|------------------------------------|--|
| 36 | Cambio de actividad social | |
| 37 | Adquisición de pequeño préstamo | |
| 38 | Cambio de horas de sueño | |
| 39 | Cambio en las reuniones de familia | |
| 40 | Cambio de hábitos alimentarios | |
| 41 | Vacaciones | |
| 42 | Navidad | |
| 43 | Infracción legal menor | |

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG YSQ-L₂

D. Castellón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter
(2003)

Universidad de San Buenaventura-Medellín (Colombia)

Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.

Anexo 4

INSTRUCCIONES

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 de acuerdo con las siguientes categorías.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Completamente falso de mí | La mayor parte falso de mí | Ligeramente más verdadero que falso | Moderadamente verdadero de mí | La mayor parte verdadero de mí | Me describe perfectamente |

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

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

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más que prefieran. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | SI alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Me da gran dificultad confiar en la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1 Completamente falso de mí | 2 La mayor parte falso de mí | 3 Ligeramente más verdadero que falso | 4 Moderadamente verdadero de mí | 5 La mayor parte verdadero de mí | 6 Me describe perfectamente |
|--------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 17 | Me preocupa volverme un indigente o vago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Me preocupa ser atacado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Usualmente soy el (la) que termino cuidando las personas a quienes tengo cerca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | M es difícil se cálido y espontáneo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| | emociones. | | | | | | |
| 30 | Me esfuerzo por mantener todo casi en perfecto orden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | Si no consigo una meta, me frustró fácilmente y la abandono. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44 | No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | No me puedo forzar a hacer las cosas que nos disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

