

Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal

Evaluation of changes in Early Maladaptive Schemas and anthropometric measures in obese women with a cognitive behavioral grupal treatment

VÍCTOR RICARDO AGUILERA-SOSA*
GERARDO LEIJA-ALVA
JUAN DANIEL RODRÍGUEZ-CHOREÑO
JAQUELINE IVETH TREJO-MARTÍNEZ
MARÍA ROSA LÓPEZ-DE LA ROSA

Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Unidad Santo Tomás. Instituto Politécnico Nacional. México D. F., México

Resumen

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

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

Abstract

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

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

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 4 DE AGOSTO DEL 2009 - ACEPTADO: 6 DE OCTUBRE DEL 2009

* Correspondencia

Víctor Ricardo Aguilera: Av. De los Maestros S/N casi esq. Calz. de los Gallos Col. Santo Tomás, Del. Miguel Hidalgo C. P. 11340, México, D. F.
Teléfono: 57 29 6000 ext. 63446; fax: 53411301
E-mail: inovamed@yahoo.com

EN LA ENCUESTA Nacional de Salud Nutricional (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) se afirma que aproximadamente el 70% de la población tiene algún problema de sobrepeso u obesidad, es decir, 34 millones de mexicanos, lo que ubica al país en el segundo lugar, solo por debajo de los Estados Unidos de América. En este sentido, el problema de la obesidad está tomando dimensiones que no se esperaban, por lo que muchos profesionales de la salud han tenido que aprender nuevas formas de intervención; por ejemplo, los médicos han replanteado la manera de hacer clínica con los pacientes obesos, ya que estos no solamente pueden presentar el problema de exceso de peso, sino también otra serie de comorbilidades (p. e. diabetes, hipertensión, cáncer), que pueden llegar a deteriorar gravemente su salud. En relación con la atención psicológica para el paciente con sobrepeso u obesidad, el modelo que se utiliza con mejores resultados es la psicología cognitiva conductual, que propone diversas formas de intervención en esta población (Cooper, 2001; Fernández, 1992; Hayward, 2002; Mahoney, 1981). Sin embargo, la limitante de estos tratamientos es que, en muchos casos, durante el trabajo terapéutico, los pacientes no llegan a conocer la raíz de sus pensamientos distorsionados e irracionales y sus hábitos inadecuados, por lo que es difícil establecer la relación entre estos y las conductas disfuncionales hacia la alimentación o hacia la inactividad física (sedentarismo) y, como consecuencia, se dificulta la modificación de comportamientos no saludables.

Para subsanar esta situación, en esta investigación se utiliza un modelo denominado Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD), de Young (1994).

El modelo cognitivo considera que el sujeto funciona como un sistema de procesamiento, y para explicar el funcionamiento de este existe el Paradigma de Procesamiento de la Información, que está conformado por tres

componentes principales: los esquemas, los procesos y los productos.

El esquema es una organización funcional de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión, el recuerdo y el procesamiento de la información. A partir de estos, se puede determinar la forma como se interpreta y se reacciona ante la información y estimulación que provienen del mundo exterior (entorno) y del mundo interior (cuerpo). Estos se forman desde la infancia, y son generados a partir de experiencias, vivencias y relaciones con el entorno socio afectivo. En este sentido, un esquema será una estructura cognitiva profunda que contiene las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar información (Restrepo, 2007). El segundo componente son los procesos mentales. Se refiere a todas aquellas acciones que realiza el sujeto para acceder a los contenidos informativos del entorno. Una de estas acciones es la asimilación, que supone incorporar los objetos a los esquemas de conducta: amoldar los hechos de la realidad al patrón de la estructura o esquema cognitivo que tenga el sujeto (Piaget, 1997). El tercer elemento relacionado es el de la acomodación, en donde se da una modificación de la estructura cognitiva con el objetivo de posibilitar la interacción funcional con la información que el sujeto recibe, es decir, de utilizar esta información para resolver o realizar una acción o conducta específica, según lo demande el exterior. Por último, los productos serán todas aquellas cogniciones, afectos y emociones, conductas y respuestas fisiológicas generadas a partir de los procesos anteriores, y servirán para que el sujeto interactúe con él mismo y con su medio social y para que genere respuestas para enfrentar las situaciones que a diario se le presenten.

Este modelo considera la psicopatología como un procesamiento cognitivo anómalo de la información, en el cual los errores o distorsiones del pensamiento dan como consecuencia una disfunción en el procesamiento de esta

y, por ende, los productos que se generen serán disfuncionales (Villagrán, 2000).

En este sentido, Young habla de los ETD. Este autor describe el esquema como una estructura extremadamente estable y duradera que se elabora durante la infancia, se desarrolla durante toda la vida del individuo y es disfuncional en alto grado. Los esquemas sirven como plantillas a través de las cuales se procesará posteriormente la información. Serán, pues, elementos cognitivos que influirán de manera concreta en la forma en que los sujetos perciben el mundo y, como consecuencia, esta distorsión cognitiva llevará al sujeto a padecer desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no tendrían que ser así, ya que no se corresponden con la realidad (Young, 1999).

Riso (2006) menciona que el sujeto va a mantener los esquemas a través de los sesgos confirmatorios, lo que significa que el sujeto destaca o exagera la información que confirma el esquema, negando o minimizando la información que lo contradice. Estos sesgos funcionan filtrando selectivamente la información que le va llegando al sujeto, de tal manera que esté en consonancia con la estructura cognitiva interna, es decir, con los esquemas, los procesos y los productos. Es por ello que el sujeto tendrá a lo largo de su vida una distorsión constante de la realidad, y esto le generará como consecuencia emociones desadaptativas y conductas inadecuadas.

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

Según Young, con los esquemas maniobran otros procesos básicos que influyen en la manera en que el sujeto se relaciona con su medio

ambiente y consigo mismo: evitar al esquema, rendirse al esquema o tratar de compensar al esquema (Valenzuela & Caballo, 2005).

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

Young propone un instrumento para identificar estos esquemas: el Cuestionario de Esquemas en su forma larga. Este instrumento mide 16 esquemas integrados en 5 dimensiones, que corresponden a necesidades básicas infantiles. Las dimensiones con los esquemas propuestos por Young son: (a) desconexión/rechazo (privación emocional, abandono, aislamiento social, desconfianza/abuso, defectuosidad/vergüenza e inestabilidad social); (b) deterioro de la autonomía y de la actuación (dependencia/incompetencia, fracaso, vulnerabilidad al daño/enfermedad, estar atrapado/inmadurez en sí mismo); (c) límites deteriorados (grandiosidad/estar en su derecho, insuficiente autocontrol/autodisciplina); (d) inclinación hacia los otros (subyugación de necesidades/emociones y autosacrificio) y (e) sobrevigilancia e inhibición (inhibición emocional, normas inflexibles/hipercrítica).

Cada dimensión supone características definidas en el tipo de cogniciones (pensamientos automáticos, creencias irracionales, distorsiones cognitivas), conducta y emoción (Young, 1990).

El objetivo principal de la terapia de ETD es que la persona reconozca sus esquemas desadaptativos y los afronte con base en estructuras de pensamiento lógico-funcional. Con ello

se busca reestructurar la forma en que se piensa en relación con algunos objetos, situaciones y relaciones. Además, este modelo promueve la identificación de patrones conductuales disfuncionales, de identificación de situaciones desencadenantes, entendimiento de la historia que fundamenta el esquema, tipificación de estilos de afrontamiento y evaluación del temperamento (Klosko & Young, 2003).

Vlierberghe y Braet (2007) evaluaron los tipos de ETD en 91 adolescentes obesas que asistieron a tratamiento para el control de la obesidad contra un grupo control de 91 adolescentes con normopeso. Encontraron rangos altos en los esquemas de privación emocional, distanciamiento/aislamiento social, imperfección/vergüenza, fracaso, dependencia/incompetencia y vulnerabilidad hacia el daño y a la enfermedad.

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

En un estudio realizado en México por Aguilera, Leija, Rodríguez y Lara (2008, no publicado), se aplicó el Cuestionario de Esquemas Tempranos Desadaptativos de Young a 74 mujeres con obesidad tipo I y obesidad tipo II sin comorbilidad. Se hallaron promedios altos en las dimensiones de sobrevigilancia/inhibición, específicamente en el esquema de reglas implacables/estándares inflexibles, para el grupo con obesidad II, con una diferencia significativa respecto del grupo con obesidad I, de $p < .006$. En cambio, para obesidad I se hallaron solo rasgos altos en los esquemas de abandono, autosacrificio, inhibición emocional, reglas implacables y derecho/grandiosidad.

Riso (2006) explica que es común encontrar en las pacientes con obesidad una autocharla con sesgo confirmatorio, en donde se repiten cosas como: "Parezco una ballena", "Mi nariz es enorme", "Soy abominable", "Estoy hecha una gorda". Estos pensamientos provocarán que el

sujeto destaque o exagere la información que confirma el esquema, que niegue o minimice la información que lo contradice.

Riso halló en estos pacientes otro proceso cognitivo con sesgo confirmatorio: la memoria, ya que estas pacientes recuperan constantemente información mnémica que reafirma el esquema negativo (fallas, errores, atracones y experiencias que provocan emociones como ansiedad, enojo y depresión).

Raich (2001) enfatiza las distorsiones cognitivas de los sujetos con obesidad, principalmente, el pensamiento dicotómico ("bella o fea"), la maximización de los aciertos del otro ("está teniendo total éxito") y minimización de los propios ("he bajado muy poco"), la comparación injusta, el filtro mental negativo ("cometí un pecado hoy, no puedo seguir con el tratamiento"), sobregeneralización ("fealdad total") y la lectura de la mente ("el médico sabe que no lo estoy haciendo bien"). El mismo autor dice que las pacientes con obesidad y trastornos de la imagen corporal comparten una autoestima y autoeficacia bajas, dado que la primera se relaciona con el tipo de distorsión cognitiva de generalizar los fracasos y atención selectiva hacia los defectos, lo que tiene como consecuencia cierta vulnerabilidad con respecto a la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad similar al esquema de distanciamiento social y fracaso.

En este mismo sentido, esta investigación intenta identificar y evaluar cambios en el aspecto cognitivo-conductual que pudieran estar relacionados con un tipo de comportamiento que provoque una ingesta excesiva de alimentos, así como un comportamiento sedentario. Así mismo, sobre estas bases, intentamos proponer un tipo de tratamiento psicológico efectivo que se enfoque en la modificación de estos esquemas cognitivos desadaptativos y en la conducta de sobreingesta alimentaria, a la par del manejo y control del IMC.

Es importante mencionar que, en cuanto al tratamiento de la obesidad, la Norma Oficial

Mexicana para el tratamiento de la Obesidad (NOM-MIO) contempla las siguientes modalidades: dietoterapia, ejercicio físico programado, psicoterapia y tratamiento farmacológico y quirúrgico. (Diario Oficial de la Federación, 1998). Esta norma recomienda que, de entrada, se utilicen las tres primeras modalidades en la mayoría de los pacientes. Así mismo, la literatura internacional sugiere que las metas fundamentales de la terapia para la obesidad son reducir el peso actual, mantener esta disminución de peso por un tiempo prolongado y prevenir nuevos aumentos de peso.

Se han propuesto varias metas: las más acogidas en la literatura son las pérdidas moderadas (en el rango de 10% del peso actual en seis meses). Esto da una pérdida aproximada de 0.5 a 0.75 kg/semana, basada en un déficit calórico de 500 a 1.000 kcal/día. (Billington, 2000; Wadden & Foster, 2000; Williamson, 1996).

Con base en lo mostrado inicialmente, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de, a partir de la identificación de esquemas desadaptativos en sujetos con obesidad, evaluar la efectividad de un tratamiento con bases cognitivo-conductuales de corte grupal para la modificación de estos y de la antropometría (disminución del porcentaje de masa corporal, peso y porcentaje de grasa).

Método

Participantes

El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico, los participantes fueron 22 mujeres de 18 a 40 años, sin comorbilidad, con una media de edad de 40.2 y una desviación estándar de 8.2, con un IMC entre 30 y 40 y que un mes antes no se hubieran sometido a tratamiento para disminución de peso. Fueron invitadas a participar en el protocolo de forma voluntaria, en las instalaciones de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México. El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico para ciencias sociales versión 11 (SPSS 11).

Procedimiento e instrumento

Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, forma larga autoaplicable (Young & Brown, 1990). Este consta de 205 reactivos, con una escala tipo Likert de 1 a 6, donde 1 se refiere a “completamente falso de mí” y 6, “me describe perfectamente”. Y evalúa, además, la presencia o no de algún esquema desadaptativo.

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

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

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

El programa se dividió en tres fases. En la fase de pretratamiento se aplicó el instrumento y se realizaron las mediciones para seleccionar la muestra. En la fase de tratamiento se aplicaron las diferentes técnicas utilizadas a lo largo del programa. En la fase de postratamiento se aplicaron nuevamente los instrumentos y se realizaron las mediciones antropométricas. Posteriormente, se analizaron los datos en el SPSS 11 con estadísticos no paramétricos, ya que la muestra fue inferior a 30. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para identificar cambios en los ETD antes y después del tratamiento.

Sesiones

1. Presentación de integrantes, pacientes y del programa. Tema: especificar problema y recolectar datos (Mahoney, 1981). Proceso psicopedagógico: explicación del ABC.

2. Información de sobrepeso, obesidad, riesgos, familia, alimentación, actividad física y hábitos por kilos. Revisión de diarios de ingesta-gasto calórico. Identificación de etd de Young.

3. Debate didáctico e identificación de pautas conductuales (Mahoney, 1981). Alimentación, gasto energético, situaciones precipitantes-estímulos y ABC.

4. Explicación de nutrientes y hábitos generales: ¿Cómo como? ¿Cuándo como? ¿Dónde como? ¿Por qué como? Metas realistas. Presentación de las 5 dimensiones y sus esquemas (creencias y distorsiones). Debate didáctico.

5. Cambio de hábitos: inmunógenos por patógenos y su relación con mi propio esquema.

6. Repaso de la sesión anterior. Examen de soluciones probables con base en pasos anteriores. Identificación personal de esquema y aceptación. Debate didáctico.

7. Porciones, revisión histórica del aumento de porciones, tips de porciones (más de qué y menos de qué). Limitar y explorar ABC (“Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”). Debate metafórico.

8. Diario del ABC (pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y creencias intermedias): monólogos funcionales y disfuncionales y su relación con la alimentación.

9. Debate empírico y filosófico. Relajación diafragmática.

10. Detección de pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y creencias intermedias. Técnica de paro de pensamiento.

11. Revisión de todo el programa, dudas, reforzamiento, extinción, etc. Etiquetas. Relajación progresiva de Jacobson.

12. Extender, revisar o cambiar (Mahoney, 1981). Retroalimentación de identificación de esquemas y técnica de abogado del diablo. Control de estímulos en casa, asertividad

(aprender a decir que no), planeación de fiestas y reuniones. Relajación.

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

14. Técnicas de modificación de pensamientos disfuncionales (cambio de foco de atención), último debate funcional y empírico. Revisión de autocontrol en casa. ¿Cómo transmitir lo aprendido? Despedida y mediciones postratamiento: Cuestionario de Esquemas de Young y mediciones antropométricas.

Resultados

Al inicio del tratamiento, los sujetos tuvieron en promedio un IMC de 33 ($DE= 2.9$), lo cual los ubica en un nivel de obesidad tipo I. Al término del tratamiento, disminuyeron, en promedio, a 29.4 ($DE= 3.1$) de IMC, lo cual los sitúa en un nivel de sobrepeso; se encontraron diferencias significativas, $T= -4.07$, $p < 0.01$. Así mismo, el peso corporal inicial fue, en promedio, de 83 kg ($DE= 3.6$), y al final se encontró una disminución a 78.2 kg ($DE= 6.3$), lo que da un promedio de 4.7 kg menos durante las 12 sesiones que duró el tratamiento. Al aplicar la prueba de Wilcoxon se hallaron diferencias significativas, $T= -4.11$, $p < 0.01$.

En la evaluación pre-post de la terapia cognitiva conductual de corte grupal, se encontró una disminución entre el puntaje inicial y el final de todos los esquemas cognitivos, excepto en el esquema de desconfianza. Sin embargo, al aplicar la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, los únicos que muestran una diferencia estadísticamente significativa son los de privación emocional, abandono, inestabilidad social y fracaso. El esquema de autosacrificio de la dimensión de inclinación hacia los otros tuvo una disminución marginal (Tabla 1).

Discusión

Con base en análisis de los resultados de los ETD que tuvieron una disminución significativa,

Tabla 1. Resultados pre-post, del Cuestionario de Esquemas Tempranos de Young

| Esquema | Pretratamiento | | Postratamiento | | Z | p |
|--|----------------|------|----------------|------|-------|------|
| | \bar{X} | DE | \bar{X} | DE | | |
| Privación | 2.08 | 1.34 | 1.40 | 0.74 | -2.15 | .03* |
| Abandono | 2.32 | 1.42 | 1.79 | 1.06 | -1.9 | .05* |
| Desconfianza | 1.81 | 0.95 | 1.84 | 1.08 | -0.72 | .46 |
| Aislamiento social | 1.70 | 0.83 | 1.60 | 1.11 | -1.47 | .13 |
| Defectuosidad/vergüenza | 1.64 | 0.83 | 1.43 | 0.81 | -1.33 | .18 |
| Inestabilidad social | 2.10 | 0.98 | 1.51 | 0.82 | -2.59 | .01* |
| Fracaso | 1.63 | 0.92 | 1.31 | 0.79 | -2.10 | .03* |
| Dependencia/incompetencia | 1.56 | 0.75 | 1.57 | 0.96 | -0.48 | .62 |
| Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | 2.10 | 1.04 | 1.77 | 1.05 | -1.69 | .09 |
| Inmaduro/complicado | 1.51 | 0.84 | 1.45 | 0.70 | -0.21 | .82 |
| Subyugación | 1.76 | 1.02 | 1.63 | 0.81 | -0.32 | .74 |
| Autosacrificio | 2.89 | 1.41 | 2.32 | 1.15 | -1.91 | .06* |
| Inhibición emocional | 2.13 | 0.97 | 1.96 | 1.09 | -1.35 | .17 |
| Reglas implacables | 2.99 | 1.30 | 2.38 | 1.18 | -1.76 | .08 |
| Derecho grandiosidad | 2.28 | 1.25 | 1.99 | 1.20 | -1.80 | .07 |
| Insuficiente autocontrol/autodisciplina | 1.98 | 1.11 | 1.82 | 1.10 | -1.79 | .07 |

Nota: en esta tabla se muestran los análisis comparativos con la prueba de Wilcoxon para los ETD. n=22.

*p < .05.

existe la posibilidad de que los sujetos participantes hayan modificado ciertas creencias irracionales y distorsiones cognitivas que están integradas en estos según plantea Young:

1. Abandono: incluye la creencia irracional de que no se tendrá apoyo y protección; hay percepciones de inestabilidad e incredulidad al respecto, por lo tanto, se afirma que serán abandonados.

2. Privación emocional: contiene la creencia irracional de que los otros no les proporcionarán apoyo emocional básico en cuidados, empatía o protección.

3. Inestabilidad social: la creencia irracional total se refiere a la percepción de que se está aislado, se es diferente y, por lo tanto, no se forma parte de ningún grupo.

4. Fracaso: este esquema incluye la creencia raíz de que se es fracasado e inferior en relación con los otros, tanto en logros profesionales

como interpersonales. La gente que tiene este ETD comúnmente se percibe como estúpida, inepta y tonta.

5. Autosacrificio: la gente con puntuaciones altas en este esquema cree posiblemente que es responsable de satisfacer y cumplir las necesidades de los otros por encima de las propias para evitar culpas y enojos (Caballo, 2005).

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

En relación con los datos aportados por Raich (2001), los resultados coinciden con la

disminución de dos de los esquemas: distanciamiento social y fracaso. Estos se relacionan con el tipo de distorsión cognitiva de generalizar los fracasos y de la atención selectiva hacia los defectos, lo que, como se mencionó anteriormente, tiene como consecuencia cierta vulnerabilidad ante la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad.

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

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

incredulidad a ese respecto. Como consecuencia, el tratamiento podría apoyar la disminución del peso y del IMC.

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

En relación con el peso, hubo una disminución de 4 kilos en promedio, lo cual implica que los sujetos tuvieron una disminución de 300 gr por semana. Estos datos se encuentran dentro de los parámetros saludables para el tratamiento de la obesidad.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan datos que confirman que el tratamiento cognitivo conductual grupal puede ayudar a que los pacientes con obesidad no mórbida puedan modificar aquellos esquemas disfuncionales relacionados con esta enfermedad. Al transformar e incluso crear nuevos esquemas de pensamiento, se cambian las conductas patógenas (sedentarismo, alimentación alta en carbohidratos, comer a deshoras, etc.) con la subsecuente disminución del IMC y del peso.

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

pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas, con la subsecuente modificación de estos procesos cognitivos disfuncionales por otros lógico-funcionales. La modificación y la reestructuración cognitiva son básicas para modificar las alteraciones en las emociones y conductas disfuncionales (comer en exceso, comer por frustración o culpa, hábitos inadecuados, pobre asertividad, ansiedad, angustia, enojo y depresión).

Para reforzar estos datos y conclusiones es cardinal trabajar con muestras mayores, pacientes con obesidad I y II de ambos sexos y de diferentes estratos socioeconómicos, así como utilizar grupos de comparación con otros tratamientos psicológicos y médicos para tener datos que aporten mayor confiabilidad. Además, es necesario trabajar con diseños más sólidos, como los de tipo experimental. Posteriormente, podría ampliarse la población a pacientes con obesidad III (obesidad mórbida) e incluso pacientes prequirúrgicos y pacientes con trastornos alimentarios.

Referencias

- Aguilera, S., Leija, A., Rodríguez, Ch. & Lara, P. (2006). *Esquemas tempranos desadaptativos en mujeres con obesidad I y II México*. D. F. Ponencia presentada en el Primer Encuentro Multidisciplinario de Investigación Universitaria. FES Iztacala, México, D. F.
- Barquera, F. S., Barquera, S., García, E., González-Villalpando, C., Hernández, A. M., Lonngi, G., et al. (2003). *Obesidad en el adulto (E66). Una herramienta indispensable para el médico del primer nivel de atención*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2006). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2.nd edition). USA: The Guilford Press.
- Billington, C., Epstein, L. H., Goodwin, N. J., Hill, J. O. & Pi-Sunyer, J. F. (2000). Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2581-2589.
- Caballo, V. E. (2005). *Manual de trastornos de la personalidad*. España: Síntesis.
- Cash, T. & Prizinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cooper, Z., Fairburn, Ch. G. & Hawker, D. M. (2002). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Diario Oficial de la Federación. (7 de diciembre de 1998). Norma Oficial Mexicana. *NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad*, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2000). Encuesta Nacional de Salud. México. Recuperado el 7 de julio del 2009, de <http://www.insp.mx/ensa/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado el 4 de abril del 2009, de <http://www.insp.mx/ensanut/>
- Fernández, M. (1992). *Evaluación de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad*. México: Universidad Iberoamericana.
- Hayward, K. (2002). The process of restructuring and the treatment of obesity in women. *Health Care for Women International*, 21, 615-616.
- Klosko, J. S., Young, J. E., Weishaar, M. E. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy*. New York: Guilford Press.
- Mahoney, M. (1981). *Control permanente de cambio de peso*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Obesidad y sobrepeso ¿Qué son la obesidad y el sobrepeso?* Recuperado el 7 de noviembre de 11 de 2009, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Piaget, J. (1997). *Biología y conocimiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 134-144.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualizaciones de casos clínicos*. Bogotá: Norma.
- Villagrán, J. (2000). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.
- Vlierberghe, L. V. & Caroline, B. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese

- adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 342-351.
- Wadden, T. & Foster, G. (2000). Behavioural treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 84, 441-57.
- Williamson, D. A. (1996). Behavioural Treatment of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 25, 943-54.
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. (2nd ed.). New York: Ed. Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (revised ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: schema-focused approach*. USA: Ed. Professional Resource Press.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reinvent tu vida*. New York: Plume Books.
- Young, J. E. (2003). *Cuestionario de Esquemas Tempranos de Young, forma larga*. México: Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitiva Conductual.