

AUTOESQUEMAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS
PACIENTES OBESAS QUE ASISTEN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE
DE 2011 A LA FUNDACIÓN ALTERNATIVA EN SALUD,
GORDITOS DE CORAZÓN

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Estudiante

Leysy Gisela Rentería Córdoba

Asesor

Luz Ofelia Escobar Bernal

Psicóloga, Magister en Educación y Desarrollo Humano

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2011

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, fortaleciendo mi corazón e iluminando mi mente y haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi vida y mis estudios.

A mis padres y a mis hermanos por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera y por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr los objetivos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Luz Ofelia Escobar Bernal, por su generosidad al brindarme la oportunidad para recurrir a su capacidad y experiencia. Gracias a su orientación y motivación logró la culminación de este trabajo investigativo.

A todas las personas de la Institución Universitaria de Envigado que directa o indirectamente me apoyaron y colaboración durante la Carrera.

A la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, por su apoyo y por permitir el desarrollo de este trabajo de grado.

GLOSARIO¹

Alimento: sustancia nutritiva que puede ser sólida o líquida, la cual se ingiere con el objetivo de suplir una necesidad alimenticia, y con el ánimo de la regulación del metabolismo, manteniendo así las funciones fisiológicas del ser vivo.

Alteración: cambio de las características, o de la esencia y forma de una cosa, como también puede ser la Perturbación o trastorno del estado normal del sujeto.

Ansiedad: emoción caracterizada por sensaciones de peligro, tensión, y angustia anticipada por la excitación del SNS (sistema nervioso simpático).

Autoconcepto: proceso psicológico cuyos contenidos y dinámicos son determinados socialmente y que le permiten comprender el conjunto de percepciones, sentimientos, atribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Autoesquemas: organización de conocimiento preexistente sobre el yo, derivada de la experiencia pasada y que va a determinar cómo la persona procesa la nueva información acerca de sí mismo y de cómo la va a seleccionar.

Autoestima: abstracción que la persona hace acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es presentada por el símbolo mí, que consiste en la idea que la persona posee de sí misma.

Autoeficacia: proceso psicológico cuyos contenidos y dinámicos son determinados socialmente y que le permiten comprender el conjunto de percepciones, sentimientos, auto atribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Autoimagen: construcción mental del conjunto de características físicas, psicológicas y emocionales que caracterizan e individualizan al sujeto en el grupo social, llámese familia, amistad, escuela o cualquier otro ámbito en el que este se desarrolla.

¹ Los significados del glosario se resumen y se transcriben tal como aparecen en las siguientes páginas web: <<http://es.wikipedia.org>>, <<http://www.exitoya.com/glosario.htm>>, <<http://www.cbp-psicologos.com/atracon-trastorno-por-atracon.htm>>, <<http://www.who.int/es>>

Atracón: sobre ingesta compulsiva de alimentos. Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer.

Anorexia nerviosa: trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo que puede conducirle a un estado de inanición, es decir una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales.

Bulimia: perturbación caracterizada por conflictos de relación con la comida, y con una obsesión con el peso, donde se sufren dietas intermitentes y atracones de comida, seguidos por lo general de vómitos auto inducidos, y grandes dosis de laxantes.

Calidad de vida: concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades.

Cultura: conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.

Comorbilidad: presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Cirugía Bariátrica: procedimiento quirúrgico usado para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos. El procedimiento más usado actualmente es el bypass gástrico.

Dieta: pauta alimenticia que sigue una persona en el consumo habitual de los alimentos. Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al "conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente

Discriminación: distinción o rechazo que atenta contra la igualdad de oportunidades.

Estrés: reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Experiencia: proceso de adaptación que sufre el sujeto por estar en contacto con la realidad. Se refiere de forma general a todos los conocimientos adquiridos mediante la práctica o la acción. Cabe distinguir entre experiencia interna y externa: la primera aparece en la conciencia del sujeto; la segunda se adquiere mediante la observación

Epidemia: descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado

Evitación: consiste en el escape o retirada del sujeto en situaciones que le resultan desagradables, ya que el afrontarlas le supone una experiencia negativa, acompañada con un sentimiento de incapacidad, ridiculez, torpeza entre otros. Este mecanismo de defensa suele traer problemas más profundos como malas relaciones, y escasas habilidades sociales.

Estilo de vida: conductas que se adoptan por lo general desde la infancia en la que se reflejan las necesidades, percepciones, actitudes, intereses e opiniones individuales.

Estigmatización: condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior.

Estrategias de Afrontamiento (Coping): Lazarus y Folkman, (1986) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordante de los recursos de los individuos

Mórbido: perteneciente a las enfermedades o dolencias que aumentan el riesgo de muerte.

Miedo: sentimiento definido por una emoción desagradable, inducido por la percepción de un peligro.

Metabolismo: conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo. estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos.

RESUMEN

En la investigación “Autoesquemas y estrategias de afrontamiento de las pacientes obesas que asisten durante el primer semestre de 2011 a la Fundación Alternativa En Salud, Gorditos De Corazón” se preguntó por las características cognitivas comunes, que presenta dichas pacientes, se realizó bajo un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo; se inició con una revisión bibliográfica para identificar algunos conceptos teóricos y metodológicos, además de las principales investigaciones existentes relacionadas con los temas de: obesidad, autoesquemas y estrategias de afrontamiento, retomando entre otros, algunos postulados de: La Organización Mundial de la Salud, Aarón Beck, Albert Bandura, Lazarus y Folkman.

De la población objeto de estudio se seleccionó una muestra, mediante un muestreo no probabilístico, de 19 mujeres con obesidad y que estuvieran inscritas a dicha Fundación; cada una de ellas se auto aplicó los cuestionarios de autoesquemas (C.I.E), autoeficacia (C.A.E), y estrategias de afrontamiento coping modificada (EEC-M). Los resultados arrojados se tabularon mediante el programa estadístico SPSS versión 19.

Se encontró que las características cognitivas comunes de las pacientes obesas son: el 68,4% de la población presentan bajo autoconcepto, el 94,7% baja autoimagen, el 84,2% baja autoestima, el 73,7% baja autoeficacia y las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: la Religión y Búsqueda de Apoyo Profesional.

Palabras claves

Obesidad, autoconcepto, autoimagen, autoestima, autoeficacia y estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

In the investigation “ self-schemas and strategies of confrontation of the obese patients who are present during the first semester of 2011 at the Alternative Foundation In Health, Chubby Of Heart ” he wondered for the cognitive common characteristics, which it presents the above mentioned patients, was realized under a quantitative approach and a descriptive design; it began with a bibliographical review to identify some theoretical and methodological concepts, in addition to the principal existing investigations related to the topics of: obesity, self-schemas and strategies of confrontation, recapturing between another, some postulates of: The World Organization of the Health, Aaron Beck, Albert Bandura, Lazarus and Folkman.

Of the population object of study selected a sample, by means of a sampling not probabilistic, of 19 women with obesity and that were inscribed to the above mentioned Foundation; each of them self-applied the questionnaires of self-schemas (C.I.E), self-efficacy (C.A.E), and strategies of confrontation coping modified (EEC-M). The result was tabulated by means of the statistical program SPSS version 19.

It was found that common cognitive characteristics of the obese patients are: 68,4 % of the population presents low self-concept, 94,7 % shows low self-image, 84,2 % demonstrates low self-esteem, 73,7 % have low self-efficacy and the strategies of confrontation more used are: the Religion and Search of Professional Support.

Keywords

Obesity, self-concept, self-image, self-esteem, self-efficacy and coping strategies

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo General	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1 Enfoque investigativo	23
4.2 Nivel de Investigación: descriptivo	24
4.3 Técnicas de Recolección de Información	24
4.3.1 Cuestionario de Autoesquemas	24
4.3.2 Cuestionario de Autoeficacia por Bandura	25
4.3.3 Escala de Estrategias de Coping-Modificada	25
4.4 Características de la Población	27
4.5 Momentos de la investigación	28
4.5.1 Exploración y diseño	28
4.5.2 Focalización e interpretación	29
4.5.2 Análisis de la información	29
5. PRESUPUESTO	30
6. CRONOGRAMA	31
7. MARCO REFERENCIAL	32
7.1 Antecedentes	32
7.1.1 Investigativos	32
7.1.2 Institucionales	39
7.2 Marco Teórico	41
7.2.1 Trastornos de la conducta alimentaria	41
7.2.2 Obesidad	43
7.2.2.1 Epidemiología	43
7.2.2.2 Tipos de Obesidad	45
7.2.2.3 Factores de riesgo para la obesidad	45

7.2.2.4 Problemas médicos asociados a la obesidad	47
7.2.2.5 Métodos de medición	48
7.2.2.6 Problemas psicosociales asociados a la obesidad	48
7.2.3 Perfil cognitivo	51
7.2.3.1 Esquemas	52
7.2.3.2 Procesos cognitivos	58
7.2.3.3 Productos cognitivos	58
7.2.4 Estrategias de Afrontamiento	59
7.3 Marco Legal	61
8. PRESENTACION DE RESULTADOS	63
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
10. CONCLUSIONES	73
11. RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS	75
ANEXOS	82

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

	Pág.
Tabla 1. Presupuesto	31
Tabla 2. Cronograma	32
Tabla 3. Problemas médicos asociados a la obesidad	46
Tabla 4. Clasificación IMC según OMS	47
Tabla 5. Caracterización de la población de estudio	62
Tabla y grafico 6. Autoconcepto	63
Tabla y grafico 7. Autoimagen	64
Tabla y grafico 8. Autoestima	65
Tabla y grafico 9. Autoeficacia	66
Tabla 10. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)	67

LISTA DE A NEXOS

	Pág.
ANEXO A. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LOS PARTICIPANTES	82
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO D. CUESTIONARIO DE AUTOESQUEMAS (C.I.E)	85
ANEXO E. CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA (C.A.E)	87
ANEXO F. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING-MODIFICADA	88

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo nace a partir de un interés personal, al ser paciente de la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, ser estudiante de psicología de la Institución Universitaria de Envigado y tener la necesidad de desarrollar una investigación como requisito para optar al título profesional y luego de varias reflexiones surge la investigación “.Autoesquemas y Estrategias de Afrontamiento de pacientes obesas que asisten a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de corazón.

Tal como lo plantea Jacqueline Hurtado : “La investigación es un proceso continuo y organizado, mediante el cual se pretende conocer algún evento (característica, proceso, hecho o situación), ya sea con el fin de encontrar leyes generales, o simplemente con el propósito de obtener respuestas particulares a una necesidad o inquietud determinada” (Hurtado 2.006, p 22)

Específicamente esta investigación más que establecer leyes generales o aludir a rótulos o generalizaciones, pretende describir el perfil cognitivo según las características de los autoesquemas y las estrategias de afrontamiento de un grupo reducido de pacientes obesas, con el fin de hacer recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de dichas pacientes.

El trabajo está organizado en cuatro fases, en la primera se alude al planteamiento del problema, se enseñan algunos datos, entre otros, se calcula que para el año 2.015 habrá aproximadamente 2.300 millones de personas adultas que padecerán de sobrepeso y más de 700 millones de personas con obesidad, se evidencian vacíos investigativos sobre este tema y muestra porque es una oportunidad para la estudiante desarrollar dicha investigación.

La segunda parte alude al diseño metodológico en el cual se retoma un enfoque de investigación cuantitativo, tipo descriptivo, se enuncian los instrumentos de evaluación, a saber: los cuestionarios de Autoesquemas, Autoconcepto y Estrategias de Coping – Modificada, además, se manifiestan algunos aspectos éticos presentes durante el proceso.

En la tercera parte se encuentra el marco referencial, allí se enuncian los antecedentes investigativos que apoyaron el presente trabajo, asimismo los antecedentes institucionales y el marco teórico y legal que complementó, apoyó y orientó el desarrollo de la investigación.

Finalmente se encuentra el análisis de la información el cual se realizó con el programa estadístico: SPSS versión 19, igualmente se hace la descripción del perfil cognitivo de las participantes, algunas conclusiones y recomendaciones que pueden ser de gran utilidad para otras personas ya que son hallazgos que aportan al ejercicio investigativo, educativo o clínico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento desmedido de la grasa corporal, y su causa es multifactorial, debido a que implica aspectos genéticos, ambientales y nutricionales. El diagnóstico de la obesidad está basado en un cálculo que se realiza por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), el cual define y clasifica el nivel de severidad bien sea: sobrepeso (cuando el IMC es igual o superior a 25) u obesidad (cuando el IMC es superior a 30) OMS- (2010a)

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2005a) en el apartado de “cifras y datos” describe que la obesidad es una epidemia a nivel mundial, debido a que en el año 2005 calculó que existían aproximadamente 1.600 millones de personas con sobrepeso a partir de los 15 años de edad, y por lo menos 400 millones de adultos obesos. Además calcula que para el año 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de personas adultas que padecerán de sobrepeso y más de 700 millones de personas con obesidad.

En los Estados Unidos el 74,1% de su población es obesa, mientras que en Colombia -según el Centro virtual del Ministerio de Educación Nacional de la Republica de Colombia, en su página web de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional –ENSIN (2006)- el porcentaje de la población

entre 18 y 64 años de edad, con sobrepeso es del 32.3%, y la población obesa es de 13.7%.

En el departamento de Antioquia el índice de sobre peso y obesidad es alarmante debido a que el 42.8% de la población padece de estos problemas.

La obesidad es una enfermedad crónica que influye desfavorablemente en el ámbito social, familiar y personal de quien la presenta; en lo personal, afecta no sólo el aspecto físico, sino también el psicológico, lo cual repercute desfavorablemente en muchos de los comportamientos de dichas personas.

Para la psicología, particularmente para los psicólogos cognitivos, es relevante durante el proceso de intervención clínica, investigar e identificar en un paciente no sólo los síntomas o expresiones actuales, subjetivas u objetivas, que éste manifiesta; sino también, identificar cuáles han sido las acciones más comunes que dicho paciente ha utilizado, para hacerle frente a los problemas o escenarios estresantes que se le han presentado durante su vida.

Lo anterior lo precisan Lazarus y Folkman (1984) como estrategias de afrontamiento, definidas como esfuerzos cognitivos y conductuales, que son variables y que se desarrollan para que el sujeto logre manejar las demandas específicas que pueden ser tanto internas como externas. Unas estrategias de afrontamiento inadecuadas pueden llevar a la persona a tener dificultades, entre otras, en la solución de problemas, en el establecimiento de vínculos sociales y familiares, en el uso de conductas agresivas o pasivas, en la evitación de responsabilidades y a no expresar asertivamente a la expresión de las emociones.

Igualmente es de primordial importancia identificar los esquemas cognitivos, o representaciones mentales que posee el paciente. Cuando dichos esquemas son aplicados a cada persona, se les denomina auto esquemas, La Casa Pilar y Villuendas Dolores (1988. p. 22) citan a Markus (1977), quien los define como *“generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo”*.

Por lo tanto; un paciente que posee autoesquemas con información negativa de sí mismo, posiblemente se perciba: desde su *autoconcepto*, como una persona con pocas cualidades, infeliz, inconforme con lo que hace, indeciso, crítico consigo mismo, sin éxito; a partir de la baja *autoimagen*: poco atractivo o feo, insatisfecho con su cuerpo, no le gusta hablar del aspecto físico, piensa en cambiar algunas partes de su cuerpo, incluso llegar a ser descuidado y reflejo de su baja *autoestima* percibirse como una persona que no merece descansar, sólo reconoce defectos, se culpa por lo que pasa, siente que no se quiere, que está insatisfecho y que no se ha realizado como persona, lo que conlleva a una baja *autoeficacia* ya que estos suelen evitar realizar actividades debido a su desconfianza e inseguridad; así pues que, para estos es más difícil sentirse personas exitosas y que además logren afrontar con facilidad situaciones de la vida cotidiana.

En aras de la relevancia en los temas: autoesquemas y estrategias de afrontamiento, y con el propósito de profundizar en ellos, se hace un rastreo a través en diversas fuentes, para realizar un estado del arte e identificar las investigaciones ejecutadas o antecedentes investigativos que sirvieran de apoyo, ruta y guía en los temas a desarrollar; aclarando conceptos o aprendiendo otros. Para dicha búsqueda, se visitan varias universidades como: San Buenaventura, Bolivariana, CES e Institución Universitaria de Envigado, además de las bases de datos científicas: Redalyc, Scielo, y Dialnet.

En el marco referencial de los antecedentes hallados, (ver página 32) se especifican y amplían los estudios que sirvieron de apoyo y guía a la presente investigación, tres de ellos realizados a nivel mundial, uno en Perú: “*Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas*”, uno en Chile “*Estrés, estilo de afrontamiento de adolescentes diabéticos tipo 1*” y otro en Australia, donde se realizaron cuatro estudios con adolescentes, en colegios diferentes, sobre la enseñanza de estrategias de afrontamiento.

A nivel nacional se halló un estudio en Bogotá: “*Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá*”

En el contexto local, Medellín, se identificaron varias investigaciones: uno realizado en el Hospital Infantil Clínica Noel: “Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido”, uno en la Universidad Pontificia Bolivariana: *“Autoesquemas y variables cognitivas presentes en mujeres adultas jóvenes entre los 17 y 25 años, que deciden realizarse una cirugía estética”* y en la Universidad de San Buenaventura se encontró : *“Estrategias de afrontamiento en adolescentes con depresión mayor”, “Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial” y “Perfil cognitivos en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada”, “Perfil cognitivo de los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín-Colombia: un abordaje desde la teoría de los trastornos de la personalidad”, “Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados VIH positivos en la ciudad de Medellín”, “Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada”*

Enunciado lo anterior, vale ratificar que no se encontró ninguna investigación que se preguntara por los autoesquemas y las estrategias afrontamiento en la población que padece de obesidad. Las investigaciones encontradas que Este vacío investigativo se convierte en interés y oportunidad para la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, para la Institución Universitaria de Envigado y muy especialmente para la psicóloga en formación, quien tendrá la posibilidad de cualificarse en lo personal, profesional y ético durante el proceso investigativo; en el cual se pretende responder a la pregunta:

¿Cuáles son las características cognitivas comunes, según los autoesquemas y las estrategias de afrontamiento, que presentan las pacientes obesas que asisten a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón durante el primer semestre de 2011?

2. OBJETIVOS

a. Objetivo General

Describir el perfil cognitivo de las pacientes obesas que asisten a la Fundación Alternativa y Salud Gorditos de Corazón durante el primer semestre de 2011

b. Objetivos Específicos

- Determinar la autoimagen, el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia de las pacientes obesas que asisten a la fundación alternativa y salud, Gorditos de Corazón durante el primer semestre de 2011.
- Identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes obesas que asisten a la fundación alternativa y salud Gorditos de Corazón durante el primer semestre de 2011.

3. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es considerada una enfermedad multicausal, que genera alteraciones físicas y psicológicas que dificultan la calidad de vida de la persona que la presenta. Goldberg. A (2002) ha considerado, que la principal consecuencia de la obesidad es la pérdida, o la baja autoestima, lo que podría llevar a una persona a sufrir cuadros de depresión, la cual puede ser subsanada por algunas personas por medio de la comida para disminuir y aliviar la tensión; asimismo muchas de esas personas han almacenado información negativa sobre ellas mismas, en cuanto al concepto de sí, su aspecto corporal, su modo de ser y la percepción frente a sus capacidades contribuyendo a la conformación de autoesquemas negativos.

Las personas obesas independientes del origen o tipo de obesidad que presenten, requieren ser intervenidas por un grupo interdisciplinario de profesionales, en el cual participen entre otros el médico, la nutricionista y el psicólogo.

Para el psicólogo cognitivo es de gran relevancia identificar en su paciente además de los síntomas psicológicos que le generan malestar, los esquemas disfuncionales y las estrategias de afrontamiento que está utilizando su paciente y que contribuyen a mantener dicho esquema.

De esta manera se expresa la importancia y necesidad de realizar el trabajo investigativo “Autoesquemas y Estrategias de Afrontamiento de pacientes obesas que asisten durante el primer semestre de 2011, a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de corazón”, a partir del cual se identifican las características cognitivas comunes en las pacientes obesas, posibilitando inferir el perfil cognitivo de estas, lo cual contribuye con información para abordar a un paciente, de manera más integral.

Beck (1999) afirma que los perfiles cognitivos hacen referencia a las creencia que tiene el sujeto consigo mismo, y con los demás, como también a las percepciones de amenazas que pueden ser sobrevaloradas y generalizadas. Por lo que es importante retomar en este trabajo investigativo los conceptos, como esquemas, y estrategias de afrontamiento, los primeros dan cuenta de la estructura cognitiva que organiza las experiencias del sujeto, y el segundo se refiere a los esfuerzos cognitivos y

conductuales que realiza un individuo para hacer frente a las demandas internas o externas, esto según Lazarus y Folkman (1986)

Así, que este trabajo no sólo aportara conocimiento a los estudiantes y profesionales de psicología, sino también a los demás científicos en el área de la salud (psiquiatras, nutricionistas, y médicos) que requieran realizar intervenciones en prevención y promoción de manera holísticas y eficaz en pacientes obesas. Vale resaltar que no se pretende generalizar pero si visibilizar una realidad que presentan las personas encuestadas.

Para la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón la investigación es importante no sólo por ser la primera que se realiza, sino por abordar aspectos psicológicos de las pacientes obesas, población que atienden en dicha Fundación, los resultados pueden ser retomados por los profesionales para fortalecer la intervención.

Para la Facultad de Ciencias Sociales, en el programa de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado (I.U.E) es importante esta investigación, ya que aporta elementos valiosos acerca de los autoesquemas y de las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes obesas, estos hallazgos son significativos para posteriores investigaciones.

A la estudiante investigadora le permitió la aplicación de los saberes aprendidos, poner en escena conceptos teóricos y metodológicos, algunos adquiridos durante su estudio de psicología en la IUE y otros aprendidos en el transcurso de la investigación; además repasó conceptos, aplicó, calificó e interpretó cuestionarios, tuvo en cuenta posturas éticas al estar en contacto con población obesa y pudo hacer práctico el ejercicio de la psicología en un contexto diferente al universitario, como fue en la Fundación Alternativa y Salud y finalmente pero no menos importante, cumplir con un requisito académico .

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque investigativo:

El presente trabajo muestra un enfoque cuantitativo, ya que según Rodríguez, Javier (1993) esta investigación se basa en la recolección y posterior análisis de datos cuantitativos sobre las variables cuantificables, tratando así de determinar la correlación existente entre las variables, pretendiendo arrojar un conocimiento objetivo, cuantitativo, verificable y replicable.

La investigación Cuantitativa, tal como lo expresan Hurtado y Toro (1998). "tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus elementos".

En este trabajo se tienen una variables previamente identificadas, tales como: obesidad autoconcepto, autoimagen, autoestima, autoeficacia y estrategias de afrontamiento, las cuales, a través de cuestionarios estandarizados, serán medidas para identificar el nivel de valencia de cada una de ellas.

Tipo Sincrónica, porque describe un fenómeno social en la actualidad como es la obesidad y las características cognitivas que tienen en común las participantes.

Finalidad: es aplicada, ya que esta investigación aporta elementos para que sean tenidos en cuenta en las intervenciones con pacientes obesas y contribuyan a mejorar la calidad de vida de dichas pacientes.

Por su amplitud es: micro social ya que retoma un fenómeno como es la obesidad en un grupo reducido de 19 mujeres, puesto que no se pretendía hacer generalizaciones, sino mirar lo particular de ese grupo.

Por las fuentes, se utilizan fuentes primarias como los cuestionarios y secundarias como la bibliografía.

Por el tipo de trabajo, se presenta un trabajo de Campo durante la recolección de la información en la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, durante varios días con la técnica de los cuestionarios. Y trabajo de oficina en la fase de la tabulación e interpretación de la información.

4.2 Nivel de Investigación: descriptivo

Según Tamayo, M. (1998) el nivel de investigación es **exploratorio** en cuanto a que, no existe un cuerpo investigativo abundante que ayude al estudio sobre el fenómeno que está siendo observado. Los resultados que se obtengan de esta investigación van a ser un aporte al reconocimiento de los elementos que lo integran. Y es **descriptivo** porque se procura identificar, a través de los registros, y de los análisis e interpretaciones, la composición o el proceso de los fenómenos que se viven en la población de estudio. Así pues que la investigación descriptiva básicamente trabaja sobre las realidades, sobre hechos, y su característica principal consiste en presentar interpretaciones correctas, a fin de evitar errores, y alteraciones de las variables que se presentan.

4.3 Técnicas de Recolección de Información

4.3.1 Cuestionario de Autoesquemas – CIE-(autoconcepto, autoimagen, autoestima) por Álvarez, Arango y Arizmendy (1992)

Este cuestionario evalúa los autoesquemas que predominan en el sujeto, como también permite visualizar las metas del individuo, la capacidad que tiene este para enfrentar problemas que se le presentan al igual que su capacidad de resistencia. Este cuestionario consta de 48 ítem, donde se evalúan autoconcepto, auto imagen y autoestima con una escala que oscila 1: muy en desacuerdo, 2: moderadamente en desacuerdo, 3: ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4: moderadamente de acuerdo, 5: muy de acuerdo a favor ni en contra, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

Autoesquema	Preguntas	Meditas de tendencia central y dispersión
Autoconcepto	1 - 19	X = 67.5/ DS.= 12.3 / LS.= 79.8 / LI.=55.2
Autoimagen	20 - 31	X = 43.9/ DS.= 7.2 / LS.= 51.1 / LI.=36.7
Autoestima	32 – 48	X = 65.5/ DS.= 12..43 / LS.= 77.9 / LI.=53.1

4.3.2 Cuestionario de Autoeficacia, Bandura (1987)

Este cuestionario consta de 23 ítems que evalúan el grado de confianza que tiene una persona sobre sí mismo para emprender y llevar a cabo una actividad determinada. El cuestionario presenta cinco opciones de respuesta – 5ª Muy de acuerdo, 4 Moderadamente de acuerdo, 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 2 Moderadamente en desacuerdo y 1 Muy en desacuerdo. Los ítems arrojan un puntaje mínimo de 23 puntos y máximo de 125.

Autoeficacia	1 – 23	X = 93.26/ DS.= 1.19 / LS.= 106.45 / LI.=80.07
--------------	--------	--

4.3.3. Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006).

El Cuestionario consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento del estrés. La validez tipo alfa del cuestionario fue de 0.85, el alfa de los factores osciló entre 0.91 y 0.65. Las estrategias de afrontamiento al estrés que evalúa son:

Solución de Problemas: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los número: 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68; media 33.5 (desviación 8.4)

Búsqueda de Apoyo Social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los número: 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57; media 23.2 (desviación 8.2)

Espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los número: 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69; media 22.5 (desviación 7.5)

Religión: estrategia cognitivo-comportamental expresadas a través del rezo y la

oración dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67; media 20.7 (desviación 9.0)

Evitación Emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.

Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62; media 25 (desviación 7.6)

Búsqueda de Apoyo Profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.

Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 7, 15, 35, 48, 58; media 10.9 (desviación 5.6)

Reacción Agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 4, 12, 22, 33, 44; media 12.7 (desviación 5.1)

Evitación Cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 31, 32, 42, 54, 63; media 15.9 (desviación 4.9)

Reevaluación Positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 5, 13, 46, 56, 64; media 18.4 (desviación 5.4)

Expresión de la dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, para expresarlas y resolver el problema. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los

números: 45, 52, 55, 61; media 14.8 (desviación 4.7)

Negación: tendencia a comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en el problema y alejarse de las situaciones que se relacionan con él de manera temporal, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 1, 2, 3; media 8.8 (desviación 3.3)

Autonomía: hace referencia a la tendencia en responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. Los ítems que evalúan esta estrategia de afrontamiento son los números: 65, 66; media 6.8 (desviación 2.8)

4.4 Características de la Población

La población objeto de estudio para el desarrollo de esta investigación fueron las mujeres que presentaron obesidad, estuvieran inscritas a la Fundación alternativa y salud, Gorditos de Corazón de la ciudad de Medellín – Antioquia.

Muestra

Se realizó mediante un muestreo no probabilístico; es decir, de tipo ocasional o muestra por conveniencia, en la cual el conjunto de participantes seleccionados fueron aquellos que estuvieron disponibles en la Fundación Gorditos de Corazón en el momento de diligenciar los cuestionarios. La muestra estuvo formada por 19 mujeres, los criterios de inclusión que se utilizaron para la selección fueron:

Mujeres con obesidad que estuvieran adscritas a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, que no se les hubiera diagnosticado ninguna enfermedad psiquiátrica, no estuvieran en proceso terapéutico, no se hubieran realizado cirugía de bypass gástrico, asistieran a la Fundación el mismo día que la investigadora, que voluntariamente aceptaran participar y firmar el consentimiento informado, y que tuvieran un nivel académico básico que les permitiera leer y escribir puesto que los cuestionarios eran para auto aplicarlos.

4.5. Momentos de la investigación

4.5.1 Exploración y Diseño.

La motivación para realizar esta investigación surge a partir de la experiencia personal de la investigadora, ya que ha presentado obesidad desde niña y ha vivenciado experiencias difíciles en lo personal, familiar y social.

La Institución Universitaria de Envigado solicita a los estudiantes de pregrado como requisito para obtener el título profesional de psicóloga, presentar un trabajo investigativo, por tal motivo, en consideración a los aprendizajes experienciales como ya se enunció, retomando los adquiridos durante el proceso de formación y luego de socializar los intereses e inquietudes personales, se llega, con la ayuda de la asesora de trabajo de grado, a proponer la investigación: autoesquemas y estrategias de afrontamiento de pacientes obesas que se encuentran entre 25 y 35 años de edad y asisten durante el primer semestre de 2011, a la fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón.

Dentro de la fase exploratoria, en la cual se construye el anteproyecto, y luego de identificado el tema a desarrollar, se procede a realizar el estado del arte sobre investigaciones afines que sirvieran de base para el trabajo investigativo, igualmente se inicia con la revisión bibliográfica, lo anterior se realizó a través de paginas científicas de internet (Redalyc, Scielo, Dialnet) y de visitas a las Universidades: Pontificia Bolivariana, San Buenaventura, Corporación Estudios de la Salud –CES- e Institución Universitaria de Envigado, luego de ese rastreo se pudo constatar la existencia de investigaciones en el campo de la salud, que relacionan obesidad con otro tipo de enfermedades crónicas como: oncológicas y endocrinas, otras en el campo educativo, social y psicológico , pero ninguna que relacione la obesidad con los autoesquemas y las estrategias de afrontamiento.

Apartir de este vacío investigativo se incrementa la motivación personal para realizar el presente trabajo.

Posteriormente se procede a bosquejar el título, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos –general y específicos- , la justificación, el

diseño metodológico y los referentes teóricos, a la vez se socializaban algunos de estos aspectos centrales, ante varios docentes reconocidos en el medio universitario, por su trayectoria investigativa, quienes aportaron e hicieron ajustes que enriquecieran y clarificaran el proceso.

Igualmente se tuvo contacto con las directivas de la fundación Alternativa y Salud Gorditos del Corazón para informarles de la investigación, cabe resaltar el interés, aceptación y apoyo brindado por dichas personas.

4.5.2 Focalización e interpretación

Finalizada la fase anterior y aprobado el anteproyecto de grado por la IUE, se procedió a realizar el trabajo de campo, para la recolección de información, por lo tanto se logró identificar y concretar la población objeto de estudio, a través de varias visitas a la Fundación, una vez seleccionada cada una de las persona, quienes debían cumplir con algunos criterios anteriormente enunciados, debía autorizar por escrito, a través de un formato previa mente diseñado, que aceptaban voluntariamente participar del proceso investigativo, luego cada participante se auto aplicaba tres cuestionarios para continuar con la calificación, y análisis de la información.

4.5.3 Análisis de la información

Con las etapas anteriores concluidas, se realiza el análisis de la información con el programa estadístico: SPSS versión 19, evidenciando en cada grafica las similitudes cognitivas en cuanto a la autoestima, auto imagen, auto concepto y autoeficacia, asimismo se observan las estrategias de afrontamiento que más utilizan las participantes, luego se elabora el perfil cognitivo según los resultados, se resaltan algunas conclusiones y recomendaciones, para posteriormente presentar informe escrito a la Institución Universitaria de Envigado, allí nombran un jurado evaluador, quien aprueba o reprueba el trabajo, una vez aceptado se procede a socializarlo ante directivas, docentes y estudiantes, para finalizar con la elaboración de un articulo y entrega del informa a la Fundación Alternativa en Salud, Gorditos de Corazón y

5. PRESUPUESTO

TABLA 1.

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Personal	Asesor 1.500.000		350.000	1.800.000
Material y suministro	80.000		50.000	130.000
Salidas de campo	200.000			200.000
Bibliografía	110.000		120.000	230.000
Equipos	1900.000		300.000	2.200.000
Otros			200.000	
TOTAL				4.560.000

6. GRONOGRAMA

TABLA 2.

TIEMPO ACTIVIDADES	Oct 2010	Junio 2011	Julio 2011	Agosto 2011	Sep. 2011	Oct 2011	Nov 2011
Elaboración del anteproyecto	X	X					
Presentación del anteproyecto		X					
Correcciones del anteproyecto			X				
Aplicación de los cuestionarios				X			
Análisis de la información				X	X		
Elaboración del informe del trabajo de grado					X		
Entrega del texto final					X		
Revisión de Jurado						X	
Exposición en la IUE							X
Entrega del artículo y trabajo revisado y corregido							X

7. MARCO DE REFERENCIAL

7.1 Antecedentes

7.1.1 Investigativos

Dentro del proceso de investigación, se hizo necesario realizar una búsqueda no sólo de investigaciones que se hubieran desarrollado en cuanto a autoesquemas y estrategias de afrontamiento, sino también en algunos conceptos teóricos que posibilitaran ampliar y profundizar en los aprendizajes adquiridos y elaborar el marco conceptual. Para dicha búsqueda, se visitaron las universidades de San Buenaventura, Bolivariana, CES e Institución Universitaria de Envigado, además de las bases de datos científicas: Redalyc, Scielo y Dialnet.

Las investigaciones encontradas desde la psicología cognitiva con relación a los autoesquemas y a las estrategias de afrontamiento se han dirigido a detectar contenidos específicos dentro de los perfiles cognitivos que se presentan en las diferentes psicopatologías existentes tales como: ansiedad, depresión, desordenes de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria entre otros. Como también se han encontrado investigaciones que van dirigidas específicamente ante el padecimiento de enfermedades crónicas.

7.1.1.1 Investigaciones Internacionales

Ledón Llanes, Loraine y cols (2007) realizaron un estudio en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irisoyen” (HINGAI) de Lima- Perú sobre *“Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas”* dicho estudio se propuso investigar sobre los procesos de vida que padecían las personas con alguna enfermedad endocrina y que esta tuviera repercusiones en el aspecto físico tales como: hipertiroidismo, acromegalia, enfermedad de Cushing, obesidad, diabetes mellitus y en algunos casos amputaciones de miembros inferiores todo esto como alteración fundamental en su apariencia física. La muestra estuvo conformada por 15 personas, 10

de sexo femenino y 5 de sexo masculino, con una media de edad de 47 años, y con un intervalo de 32 a 63 años de edad. Todos estos oriundos del Perú.

Los instrumentos utilizados fueron una entrevista en profundidad siendo este el principal instrumento para recolectar la información y fue complementada con la observación a los participantes, a los que también se les realizó entrevistas informales con el propósito de explorar a cabalidad el proceso de afrontamiento, estimulándolos a reconstruir el proceso de la enfermedad. Ya que lo que viven estos participantes es una situación estresante, por la cronicidad de la enfermedad. Por lo que los participantes de esta investigación, utilizan 2 clases de estrategias la primera estrategia es social, la cual da cuenta de la búsqueda de apoyo social (Familia, instituciones sanitarias, relaciones interpersonales) y la segunda estrategia es la personal donde los participantes tuvieron ciertas diferencias, los hombres realizan actividades “normalizantes” como la realización de chistes y la exculpación (liberación de toda responsabilidad sobre sus propios actos), mientras que las mujeres utilizan estrategias que las conlleven a manejar la emoción y de esta manera cubrir sus cambios corporales. Otra de las estrategias utilizadas por ambos géneros, es el acercamiento espiritual en los momentos de dificultad que les ha generado su enfermedad.

Así, las estrategias utilizadas por los participantes dan cuenta de la variedad de estrategias que existe y da cuenta que los estilos de afrontamientos citados en la literatura se cumplen a cabalidad, y son la estrategia dirigida a manejar el problema y la que está dirigida a canalizar el impacto emocional causado por el evento estresante.

Parada Ortiz, Manuel (2006) investigó acerca del “*Estrés, estilo de afrontamiento de adolescentes diabéticos tipo 1*” Este estudio se efectuó debido a que él consideraba que los adolescentes no podrían soportar las demandas de las diabetes mellitus tipo 1, por lo que esta es una enfermedad crónica que requiere de cuidados, y en donde las competencias de los adolescentes para afrontar dicha enfermedad podrían verse sobrepasadas. Este estudio se realizó con una muestra de 32 adolescentes durante un año, a los cuales se les aplicó el instrumento: escala de COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989) de la cual seleccionaron 27 ítems. Y los resultados que se obtuvieron dan cuenta de que aquellos participantes que se afrontan a su enfermedad de manera evitativa presentaron un bajo control metabólico ($r = 0,609; N = 32; p \leq 0,01$). Lo mismo

sucedió con aquellos que afrontan su enfermedad centrándose en la emoción, muestran altos niveles de hemoglobina, lo cual significa que hay bajos niveles de adherencia al tratamiento ($r = 0,467$; $N = 32$; $p \leq 0,01$).

Por otra parte, no se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de hemoglobina de los participantes que afrontan de manera cognitiva ($r = 0,099$; $N = 32$; $p = 0,589$) o de modo conductual ($r = -0,004$; $N = 32$; $p = 0,982$). Los estilos de afrontamiento cognitivo y conductual ($r = 0,574$; $N = 32$; $p \leq 0,01$) y el afrontamiento afectivo y evitativo ($r = 0,629$; $N = 32$; $p \leq 0,01$) se asociaron de manera significativa. Lo que resulta interesante es la asociación entre el puntaje total de estrés obtenido por los participantes y el estilo de afrontamiento conductual ($r = -0,361$; $N = 32$; $p \leq 0,05$) y el estilo de afrontamiento afectivo ($r = 0,467$; $N = 32$; $p \leq 0,01$). Lo que de alguna forma sugiere que aquellos participantes que afrontan conductualmente su enfermedad podrían presentar un mejor control metabólico, que los que lo hacen de manera afectiva. (P. Ortiz.)

Por lo que afrontar conductualmente la enfermedad se lograría presentar en los participantes menores niveles de estrés que están asociados a la relación existente entre el médico y el paciente ($r = -0,438$; $N = 32$; $p \leq 0,05$). Una asociación controlada puede apreciarse entre el estrés afectivo (EB) y el afrontamiento emocional ($r = 0,409$; $N = 32$; $p \leq 0,05$), lo que sugiere que mientras más impacto afectivo genere dicha enfermedad, más se van los pacientes diagnosticados con DM1 (Diabetes Mellitus Tipo 1) en afrontar su enfermedad de manera afectiva. Lo que conlleva a pensar que existe una asociación entre el estilo de afrontamiento afectivo y el estrés con relación al régimen de tratamiento ($r = 0,370$; $N = 32$; $p \leq 0,05$), lo que sugiere que, aquellos participantes que afrontan de modo afectivo su enfermedad podrían presentar mayor dificultad y estrés en relación al tratamiento de la misma. Lo mismo ocurriría entre este estilo de afrontamiento y el estrés asociado a la percepción de las relaciones interpersonales ($r = 0,365$; $N = 32$; $p \leq 0,05$). Así pues que los resultados arrojados dan cuenta sobre los altos niveles de estrés y de baja adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1. (P. Ortiz)

Frydenberg, Lewis, Bugalski, Cotta, Mc Carthy, Luscombe-Smith, y otros (2004), realizaron una investigación sobre la enseñanza de estrategias de afrontamiento. Cuyo

objetivo de este estudio era evaluar la importancia y la necesidad de la implementación de programas en los cuales se pudiera enseñar las diferentes estrategias de afrontamiento a los adolescentes para que estos pudieran afrontar las circunstancias estresantes que se les pudieran presentar reduciendo de esta manera el uso de habilidades de afrontamiento poco productivas.

Durante esta investigación se realizaron cuatro estudios diferentes: El primero fue realizado en un colegio en Melbourne, Australia con estudiantes de décimo grado, con edades entre los 16 y los 17 años. Con un total de la muestra de 83 estudiantes, donde 39 eran hombres y 44 eran mujeres. El instrumento de medición que fue utilizado, es el ACS (Adolescent Coping Scale). El segundo estudio también fue en el mismo colegio y se utilizó el mismo cuestionario. Pero en esta ocasión, dicho instrumento fue aplicado a 113 estudiantes, 57 hombres y 56 mujeres. Para el tercer estudio, se tomó una muestra de 88 estudiantes de séptimo grado, 49 hombres y 39 mujeres, entre los 11 y los 13 años, de un colegio del oeste de Melbourne, Australia, donde 43 estudiantes de una clase participaron en el estudio, los otros 45 estudiantes fueron usados como grupo control. El cuarto estudio fue en la misma Institución Educativa del oeste de Melbourne Australia, pero este se realizó dos años después con 179 estudiantes de séptimo grado; 98 hombres y 81 mujeres, con un grupo de control de 56; 35 hombres y 21 mujeres, entre los 11 y los 13 años.

Los resultados dieron cuenta sobre la importancia de la implementación de programas en educación de estrategias de afrontamientos, y se hizo evidente que el afrontamiento y bienestar están relacionados aunque aun así no se puede señalar con seguridad cual es la variable que influye sobre la otra, pero se logró observar que los adolescentes utilizan distintas estrategias según el nivel de bienestar.

7.1.1.2 Investigación Nacional (Bogotá):

Martin Padilla, y otros (2007) realizaron una investigación sobre las *“Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá”* El objetivo de esta investigación, fue describir y comprender cuáles son las estrategias de afrontamiento de una crisis causada por el desempleo en familias con hijos adolescentes en la ciudad de Bogotá. En la que se utilizó un enfoque social

interpretativo, a partir de los principios del construccionismo social y su relación con la cibernética de segundo orden; la estrategia cualitativa implementada consistió en la realización de entrevistas en profundidad a seis familias, y en su triangulación con la Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis (F-COPES), de Mc Cubbin, Larsen y Olson. Esta escala tiene como objetivo primordial el registrar las actitudes y conductas efectivas ante la resolución de problemas. Se concluyó que la forma como el sistema familiar interprete o significa que su realidad, incide directamente en la aparición o no de una situación de crisis. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las familias fueron la reestructuración del problema, la búsqueda de apoyo espiritual y la Evaluación Pasiva, mientras las utilizadas en menor medida fueron la Obtención de Apoyo Social y la Movilización Familiar para Obtener y Aceptar Ayuda.

7.1.1.3 Investigaciones Locales

Vinaccia, Estefano y otros (2008) realizaron una investigación en el Hospital Infantil Clínica Noel sobre “Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido” esta investigación tuvo como objetivo evaluar la relación de los auto esquemas y las habilidades sociales de 49 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad diagnosticados con labio y paladar hendido adscritos Al Hospital Infantil Clínica Noel de la ciudad de Medellín. La metodología de estudio fue exploratorio-descriptivo-transversal-correlacional, en el cual se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de Esquemas, (C.I.E), y la Escala de Habilidades Sociales, EHS. Los resultados arrojados no evidenciaron niveles clínicamente significativos en las variables del estudio, a nivel general los puntajes de los autoesquemas y las habilidades sociales, reportados por los adolescentes con labio y paladar hendido, fueron buenos. Por último, todo el estudio tuvo un Alfa de Cron Bach superior a 0.70

Martínez P. y otros (2000) de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín hicieron una investigación sobre “*Autoesquemas y variables cognitivas presentes en mujeres adultas jóvenes entre los 17 y 25 años, que deciden realizarse una cirugía estética*” el objetivo de esta investigación fue “Describir las variables cognitivas como las atribuciones causales e ideas irracionales y los autoesquemas que manejan las

mujeres entre los 17 y 25 años, próximas a realizarse una cirugía estética”. Esta investigación fue de tipo descriptivo- correlacional, en el cual se aplicaron las siguientes pruebas: cuestionarios de creencias irracionales I.B.T Modificado, Cuestionario de atribuciones causales atribucionales. (A.S.Q), Cuestionario de autoeficacia (C.A.E), Cuestionario de autoesquemas (C.I.E), a mujeres que se iba a realizar alguna cirugía estética, entre las edades de 17 y 25 años de edad y con un nivel socioeconómico medio alto, alto en la ciudad de Medellín.

Los resultados obtenidos, muestran que por los menos el 80% de las mujeres presentaron bajo autoconcepto, autoimagen, autoeficacia y autoestima. Lo que muestra que la percepción de sí mismas ya sea en la parte afectiva o física hay una latente insatisfacción por su imagen y concepto de sí mismas. Lo que también influye en la baja autoeficacia que se encontró en los resultados, ya que estas personas tiene expectativa inferiores o negativas acerca de sus habilidades o capacidades, evidenciando así algunos factores que influyen en la decisión de someterse a una cirugía estética como son los bajos autoesquemas, las creencias irracionales, y atribuciones que estas mujeres tienen de sí mismas y su relación con el entorno.

Arango, Rojas Viviana. Clavijo, González Paula Andrea, Uribe, Ríos Juliana (2007) realizaron un trabajo investigativo, para optar al título de psicología en la Universidad De San Buenaventura de la ciudad de Medellín, este trabajo se deriva de la línea de perfiles cognitivos de dicha universidad. El trabajo investigativo lleva por nombre “*Estrategias de afrontamiento en adolescentes con depresión mayor*” y cuyo objetivo es el de Establecer el Perfil Cognitivo con relación a las estrategias de afrontamiento en adolescentes con depresión mayor en una muestra del Valle de Aburra. Se trabajó mediante un muestreo no probabilístico de tipo ocasional: lo que indica que se trabajó solo con aquellos participantes que estuvieron a disposición, con un total de participantes de 194 divididos 98 mujeres, y 96 hombres, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas a través del Inventario Neuropsiquiátrico Internacional (M.I.N.I) Se analizó entonces un grupo de 39 personas ya que se encontraban dentro de las puntuaciones positivas. Por otra parte, también hubo un grupo de control conformado por 154 personas que se trataron como controles al obtener resultados negativos en la misma prueba.

Las fuentes de la muestra fueron ubicadas mediante un muestreo directo en el que las investigadoras obtuvieron los datos directamente de las personas seleccionadas para participar en dicho estudio. Con los resultados obtenidos se pudo concluir que, cuando se comparan las estrategias de Afrontamientos que utilizan los sujetos con depresión y sin depresión, se encuentran diferencias en estrategias tales como: espera, evitación emocional, reacción agresiva, evitación cognitiva y expresión de la dificultad de afrontamiento.

Tobón Álvarez, Nelson Iván; Cano Bedoya, Víctor Hugo; Londoño Arredondo, Nora Helena (2009) realizaron una investigación sobre el *“Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada”* El objetivo de esta investigación, fue el de establecer el perfil cognitivos de las personas que padecen ludopatía mayores de 18 años de edad en la ciudad de Medellín, para esto se tuvo a disposición dos grupos de investigación uno experimental conformado por 16 personas con problemas de ludopatía, y el otro fue un grupo de control, esta muestra es fue de tipo ocasional o por conveniencia ya que las personas escogidas, fueron aquellas que compran chance, lotería, y que visitan lugares donde hay máquinas tragamonedas.

A los participantes de la investigación se les aplico varios cuestionarios como el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ), Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad (CCE-TP), Inventario de pensamientos automáticos: (IPA) y Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M). En los resultados arrojados por estos, se presentaron algunas diferencias significativas entre el grupo experimental y el de control, tales como: distorsiones cognitivas de interpretación de pensamiento, sobre generalización, filtraje, falacia de cambio y razonamiento emocional; además de esto, también se encontró que dichas personas utilizan como estrategias de afrontamiento al estrés la reevaluación positiva, expresión de dificultad de afrontamiento y la reacción agresiva. Por lo cual, los investigadores concluyeron que, existe un perfil cognitivo diferente de los ludópatas en comparación con los jugadores sociales.

Cifuentes Gonzales John Jairo, y Londoño Arredondo, Nora Helena (2011) realizaron un estudio sobre *“Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial”* cuyo objetivo fue el de establecer los componentes del perfil cognitivo y

psicopatológico que caracterizan a los individuos judicialmente condenados, con trastorno de personalidad antisocial en este estudio, participaron 607 personas, 405 hombres prisioneros de la cárcel bellavista y 202 mujeres prisioneras de la cárcel del buen pastor, estos participantes fueron divididos en dos grupos: uno con 398 personas con Trastorno de Personalidad Antisocial y el otro un grupo de control con 209 personas sin trastorno de personalidad antisocial. En el cual se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (YSQ-L), Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) y el Inventario Neuropsiquiátrico Internacional (MINI).

Los resultados hallados dan cuenta de que las variables que están asociadas con la conducta antisocial fueron:

“los esquemas de insuficiente autocontrol y autodisciplina, derecho grandiosidad y privación emocional, estrategias de evitación cognitiva y de religión, personalidad paranoide, compulsiva y esquizoide y síndrome clínico delirante. Se reportó una función discriminante con un índice del 58,3% de predicción de la clasificación acertada para el grupo con trastornos de personalidad antisocial con el siguiente perfil cognitivo: reacción agresiva (0,680) y evitación cognitiva (0,576)”.

Londoño Arredondo, Nora Helena. Schnitter, Mónica. Maestre, Katherine. Marín, Carlos Alberto. Chávez, Liliana. Castrillón, Diego. (2004) *“Perfil cognitivo de los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín-Colombia: un abordaje desde la teoría de los trastornos de la personalidad”* el objetivo de este estudio fue evaluar el perfil cognitivo asociado con los trastornos de la personalidad, con fundamento teórico en la terapia cognitiva de Beck (1990), para este estudio se construyó un instrumento *“cuestionario de contenido esquemáticos de los trastornos de la personalidad”* (CCE-TP), para el cual se realizó un análisis estructural como también la validez de la prueba en la población universitaria de la ciudad de Medellín- Colombia. Con un análisis entre las siguientes variables: sexo, tipo de universidad pública o privada y el estrato socioeconómico alto, medio y bajo.

El diseño metodológico utilizado en este estudio fue no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal, en el que participaron 809 estudiantes universitarios, 485 de estos participantes fueron mujeres y 324 hombres en unas edades comprendidas entre 15 y 46 años de edad, con una media poblacional de 22.8, los cuales realizaban

alguna carrera profesional en instituciones de educación superior de Medellín, y se encontraba entre el primer y séptimo semestre, en este estudio participaron tres universidades privadas (de la Universidad Cooperativa de Colombia participaron 181 estudiantes es decir el 22.4%, de la Universidad de Medellín participaron 183 estudiantes es decir el 22.65% y de la Universidad San Buenaventura participaron 284 estudiantes es decir 35.1%) y una pública (de la Universidad de Antioquia participaron 160 estudiantes es decir 19.8%) de la ciudad de Medellín.

En los resultados arrojados por la investigación, se logró identificar 8 factores con el 65% de explicación de la varianza. El perfil paranoide fue el factor que mostro un mayor valor de explicación de la varianza con un 22.8%. Posterior a este el perfil histriónico, el obsesivo, limite, esquizoide, pasivo-agresivo y narcisista. En el análisis comparativo de los grupos a través de pruebas no paramétricas, se obtuvo diferencias importantes entre hombres y mujeres en los esquemas correspondientes a los perfiles obsesivo-exigentes, narcisista y esquizoide, en la que los hombres obtuvieron puntuaciones mayores, y las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en el perfil histriónico. Por otro lado, los resultados arrojados también mostraron que el perfil histriónico y límite fueron más representativos en las universidades privadas y en el estrato alto y el factor obsesivo mostró dos variantes: una compulsiva y otra exigente.

Martínez Celis, Otalvaro Rendón (2005) *“Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados VIH positivos en la ciudad de Medellín”*, esta investigación tuvo como objetivo establecer los niveles de ansiedad y depresión, y las estrategias, que usan las personas que han sido diagnosticadas con VIH positivo para afrontar las reacciones psicoafectivo desfavorables que estos experimentan tras el diagnostico. El diseño metodológico fue de tipo exploratorio descriptivo, los instrumentos utilizados en el estudio fueron las estrategias de afrontamiento revisada (EEC-R) la escala de ansiedad y un cuestionario, estas pruebas fueron aplicadas a pacientes de atendidos por Coomeva Eps Unidad de Prevención Clínica que fueron diagnosticados con VIH positivo.

A partir de los resultados arrojados, se halló que las estrategias de afrontamiento son eficaces para la prevención de trastornos psicológicos mayores como los son los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo en pacientes VIH positivo, luego del

proceso de asimilación y acomodación a dicho diagnóstico sin intervención psicoterapéutica.

Londoño, Nora Helena. Gaviria Patiño, Carlos D. Restrepo Ochoa, Jorge E. Raigoza Cardona, Juliana. Mondragon Toro, Laura. Jaramillo, Gerardo. Rojas, Carlos (2008) “*Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada*” el objetivo de esta investigación fue el establecer el perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático (TEPT) en las víctimas de violencia armada en el departamento del Chocó - Colombia. Esta investigación fue conformada por 28 mujeres (70%) y 12 hombres (30) para un total de 40 participantes víctimas del conflicto armado ocurrido en el corregimiento de Bojayá el 2 de mayo del 2002, o de algún hecho violento sucedido en el departamento del Chocó. Esta investigación se realizó en dos grupos, el primero estuvo conformado por 8 mujeres y siete hombres que estuvieron expuestos a eventos violentos, y que presentaron trastornos por estrés postraumático (TEPT), mientras que el segundo grupo estuvo formado por 20 mujeres, y 5 hombres expuestos por eventos violentos, pero que no presentaron (TEPT) la edad media entre los participantes fue de 35 años de edad, con una desviación estándar de 12, y La edad promedio de los participantes fue de 35 años.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron: M.I.N.I., CCE-TP y EEC-M, en los resultados arrojados por estos instrumentos da cuenta de diferencias significativas con puntuaciones mayores a la media en el “*G1 en los esquemas referentes al trastorno de la personalidad esquizoide* ($p=.007$; medias 11.5 vs. 7.83) y en la estrategia de afrontamiento *Apoyo profesional* ($p=.003$; medias 20.5 vs. 12.7), y puntuaciones inferiores en esquemas referentes al trastorno de la personalidad narcisistas ($p=.001$; medias 7.8 vs. 10.46), y las estrategias de afrontamiento del estrés *Religión* ($p=.002$; medias 28.12 vs. 35.8) y *Expresión de la dificultad de afrontamiento* ($p=.034$; medias 13.6 vs. 15.5)”. Por lo que se pudo concluir que el perfil cognitivo asociado a los trastornos por estrés postraumático se caracterizó por el distanciamiento afectivo hacia los otros.

7.1.2 Institucionales

Fundación Alternativa y Salud, ¡Gorditos De Corazón!²

PROPÓSITOS

En Gorditos de Corazón trabajamos con la firme intención de adaptarnos a las necesidades de cada uno de nuestros usuarios, con un grupo de profesionales comprometidos con la comunidad y trabajando con solidaridad y responsabilidad social como principios fundamentales. El amor por lo que hacemos nos permite orientar nuestra filosofía hacia el respeto y tolerancia por las personas que buscan nuestro apoyo, acercándonos a ellos con la convicción de dar solución oportuna efectiva a sus problemas.

En Gorditos de Corazón trabajamos con la firme intención de adaptarnos a las necesidades de cada uno de nuestros usuarios, con un grupo de profesionales comprometidos con la comunidad y trabajando con solidaridad y responsabilidad social como principios fundamentales. El amor por lo que hacemos nos permite orientar nuestra filosofía hacia el respeto y tolerancia por las personas que buscan nuestro apoyo, acercándonos a ellos con la convicción de dar solución oportuna efectiva a sus problemas.

MISIÓN

En Gorditos de Corazón trabajamos con la firme intención de adaptarnos a las necesidades de cada uno de nuestros usuarios, con un grupo de profesionales comprometidos con la comunidad y trabajando con solidaridad y responsabilidad social como principios fundamentales. El amor por lo que hacemos nos permite orientar nuestra filosofía hacia el respeto y tolerancia por las personas que buscan nuestro apoyo, acercándonos a ellos con la convicción de dar solución oportuna efectiva a sus problemas.

² Los datos de la fundación se transcriben tal como aparecen en la página web de la fundación: Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón <http://www.gorditosdecorazon.org>

VISIÓN

Consolidarnos como una institución líder en gestión social y apoyo a la población en factor de riesgo, a través de programas encaminados al mejoramiento de la calidad de vida, y al compromiso del grupo de profesionales que conforman un equipo de trabajo altamente calificado y comprometido.

VALORES CORPORATIVOS

En Gorditos de Corazón trabajamos con la firme intención de adaptarnos a las necesidades de cada uno de nuestros usuarios, con un grupo de profesionales comprometidos con la comunidad y trabajando con solidaridad y responsabilidad social como principios fundamentales. El amor por lo que hacemos nos permite orientar nuestra filosofía hacia el respeto y tolerancia por las personas que buscan nuestro apoyo, acercándonos a ellos con la convicción de dar solución oportuna efectiva a sus problemas.

DATOS GENERALES

Director - Fundador: Salvador Palacio González

Nit: 900099850-4

Dirección: Crr 65 No. 33-23 barrio conquistadores,

Teléfono: (4) 4448810

Cel: 3104715102 - 3006794578

E-mail: salvadorgordito@hotmail.com – alternativaysalud@gmail.com

Página Web: www.gorditosdecorazon.org

Ciudad: Medellín Antioquia

7.2 Marco Teórico

Identificado el contexto institucional donde se desenvuelve la presente investigación, se procede a desarrollar algunos conceptos básicos como son los trastornos alimenticios, la obesidad y algunas de sus implicaciones psicológicas, para posteriormente abordar el tema de esquemas, autoesquemas, estrategias de afrontamiento y perfil cognitivo.

7.2.1 Trastornos de la conducta alimentaria

Miján de la Torre, Alberto (2004) aduce que los trastornos de la alimentación son trastornos biopsicosociales, y hacen referencia a una variedad de trastornos que inciden dramáticamente en la conducta alimentaria del sujeto; donde estos, traen consigo múltiples consecuencias destructivas, ya que su origen está relacionado con el contexto familiar, además que, con los acontecimientos importantes en la vida del sujeto. Estos trastornos tienen grandes implicaciones en el contexto social, por eso se dice que son trastornos biopsicosociales, es decir, la sociedad influye fuertemente en el sujeto, por tal motivo, hay una tendencia a pensar que la delgadez es importante, y esta, se encuentra directamente relacionada con el éxito.

Según Paloma Gascón y Pilar Migalló (2002) Las presiones sociales, son uno de los factores más relevantes para que un sujeto, tenga una conducta alimentaria “anormal”, y no obstante a eso, el deseo de ser delgados, puede convertirse en una obsesión que terminara por gobernar la vida social de este, debido a que los trastornos de la alimentación, están relacionados con sentimientos de culpa, de tristeza, y de un sentimiento de inadecuación, debido a que hay un latente rechazo social, donde empiezan a surgir dificultades de tipo laboral, como también dificultades en las relaciones interpersonales ya sea de tipo social, familiar, o de pareja. Por lo que en algunas ocasiones el sujeto puede llegar a sufrir episodios de autoagresiones, o en algunos casos ideas suicidas.

Por otra parte, según lo establecido en el DSM-IV-TR (2002) Los trastornos de la alimentación se dividen en dos subtipos, el primero es de tipo restrictivo, y el segundo es de tipo compulsivo/purgativo, el primer subtipo da cuenta de los cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se obtiene por medio de dietas restrictivas, donde existen

ayunos prolongados, como también ejercicio intenso por largo tiempo. En este subtipo, los sujetos, no recurren a atracones o purgas.

En el segundo subtipo que es tipo compulsivo/ purgativo, el sujeto puede recurrir tanto a purgas, como atracones, todo esto es debido a los episodios de ansiedad que se le presenten. Así pues que existe un exagerado consumo de comida (atracción), para luego provocarse el vómito, o en algunos momentos, prefieren utilizar diuréticos, laxantes, enemas de una manera intensificada afectando así su organismo, cabe aclarar que algunos de estos sujetos, suelen utilizar purgas, mientras que otros, solo tienen episodios de atracones. DSM-IV-TR (2002)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TAC), según lo estipulado en el DSM-IV-TR (2002) tiene ciertos criterios de diagnósticos de los trastornos mentales, ya que los sujetos que padecen estos, tienen un déficit en la estructuración de su personalidad, donde estos aparentemente tienen un desarrollo normal hasta el comienzo de la pubertad, porque algunos no logran enfrentar todos los cambios físicos, psíquicos, y sociales, que trae consigo la pubertad, así pues que estos sujetos caen ante la enfermedad. Donde hay un conjunto de síntomas como, la irritabilidad, aislamiento social, eventos depresivos, poca concentración, para expresar sentimientos, y afectos etc. Todo esto es debido a que las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TAC) tienen una autoimagen negativa de sí mismo, lo que los lleva a sufrir los síntomas ya mencionados.

Paloma Gascón y Pilar Migalló (2002) afirman que los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) requieren de tratamientos prolongados e intensos, para la mejoría de la salud física y mental de la persona que la padece, estos trastornos afectan por lo general más mujeres que a los hombres, especialmente la bulimia, y la anorexia, mientras que en los hombres es más común, la ortorexia; todo esto relacionado con su imagen corporal, porque consideran que la autoestima está basada en la belleza.

Los trastornos que están relacionados con la alimentación, son: anorexia, bulimia, trastorno por atracción, ortorexia, obesidad, siendo este último el que se retoma para la investigación y será ampliado conceptualmente.

7.2.2 Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una enfermedad multifactorial de series consecuencias para la salud, y se caracteriza por el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa, lo que genera el aumento de la masa grasa y por ende el aumento de peso en la persona que la padece.

Como anteriormente se mencionó, la obesidad es una enfermedad de múltiples factores, tales como endocrinos, genético, psicológicos, nutricionales, como también de actividad física; estos factores influyen de manera negativa en el organismo de la persona, debido a que solamente en un porcentaje menor al 5 % ocurre por alteraciones genéticas, o endocrinas; el 95 % de los casos es obesidad exógena o nutricional, la cual está asociada a la ingesta de alimentos hipercalóricos, grasos y de azúcares refinados, como también a la forma en cómo se da el gasto energético consumido, lo que supone hay una falta de actividad física. Debe quedar bastante claro que, la obesidad no es un trastorno psicológico, sino que puede predisponer a trastornos ya sean psicológicos o psiquiátricos.

7.2.2.1 Epidemiología:

La prevalencia de la obesidad tanto pediátrica, como adulta se ha ido incrementando con el pasar de los años, debido al fácil acceso y poco control que tienen las personas a los alimentos hipercalóricos, ricos en grasas saturadas, y en azúcares, lo que ha generado un exagerado consumo de alimentos “inapropiados”, como también estos alimentos han dejado de satisfacer el hambre como una necesidad fisiológica, y han pasado a llenar vacíos, cuando la persona tiene episodios estresantes, y la forma de controlar estos es a través de la comida, y del placer que esta les genera

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en algunos países latinoamericanos los índices de sobre peso y obesidad están muy relacionados, con los de EE.UU. En Argentina por ejemplo, se realizó un estudio, que dirigió el Ministerio de Salud de la Nación bajo el programa materno infantil, en el cual se evidencio una prevalencia de obesidad de 10,8% en los niños de 0 a 24 meses (rango 7-16,7) y de 7,03% entre los de 24 a 72 meses. Otro estudio realizado en este mismo país, logra

evidenciar que los varones de 18 años, tienen una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 19,5% y de 4,1%, respectivamente 4, 5”.

En Colombia según La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN(2005) realizó una encuesta por el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) donde se menciona que la obesidad es una epidemia, que tiene una tasa de prevalencia del 10,0 3% en niños con edades entre los 10, y 17 años, siendo esta más prevalente en la parte urbana que en la rural, trayendo consigo múltiples consecuencias, a corto plazo, estos podrían padecer enfermedades cardiovasculares, anomalías de tipo ortopédicas, por el exceso de peso, diabetes tipo 1 y 2, asma, enfermedad en el hígado, como hígado graso y las enfermedades a largo plazo, es decir, cuando se es adulto existirá una alta persistencia de la obesidad, y un aumento en los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, depresión, artritis, y finalmente muerte prematura, por todas las comorbilidades que se presentan.

Por otra parte ENSIN (2007) realizó otra encuesta por medio del ICBF, donde muestran que el porcentaje de mujeres con obesidad entre los 19 y 64 años de edad es de 49,6%, y el porcentaje de hombres afectados es de 39,9%.

7.2.2.2 Tipos de Obesidad: según Valenzuela, Alex (1996) existen diferentes tipos de obesidad, y se clasifican de acuerdo a la forma en cómo se encuentra distribuida la grasa en el cuerpo.

Obesidad Homogénea: esta se caracteriza por la distribución uniforme de la grasa en el cuerpo.

Obesidad Androide: esta tipo de obesidad se caracteriza por la cantidad de grasa acumulada por encima de la zona abdominal, además esta, se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres y las comorbilidades que se asocian a esta son: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cálculos en la vesícula biliar y *diabetes mellitus*.

Obesidad Ginoide: aquí se da una acumulación de grasa en el tren inferior del cuerpo, es decir en las caderas, en el bajo vientre y en los muslos; las comorbilidades asociadas son: enfermedades cardiovasculares y articulares, varices, dolor intramuscular.

7.2.2.3 Factores de riesgo para la obesidad

Según Carvajal, Claudia y otros, (2004) la obesidad tiene varios factores de riesgos que hacen que aumente la probabilidad de padecimiento de la obesidad en las personas tales como:

- **Genéticos:** la existencia de factores genéticos que predisponen al padecimiento de la obesidad, determina de alguna manera que los hijos de padres obesos, puedan sufrir de dicha enfermedad en el futuro con una probabilidad de riesgo del 70%, iniciando con problemas de peso en la infancia o adolescencia.

- **Endocrinos:** este se da a causa de un desequilibrio hormonal que afecta gravemente la conducta alimentaria del sujeto, al igual la forma en como este tiene el gasto energético de las calorías antes consumidas, lo que da como resultado un balance energético positivo, que es lo que provoca el almacenamiento de tejido adiposo en el organismo, llevándolo a padecer problemas con su peso.

- **Metabólicos:** hay un incremento gradual en el almacenamiento energético, lo que podría generar problemas graves de peso, como la obesidad.

- **Nutricionales:** el exceso y descontrol en la ingesta de alimentos calóricos, determinan en algunos casos el desarrollo de la obesidad, y esta se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero con más frecuencia en la infancia.

- **Actividad Física:** la poca actividad física es un determinante para tener problemas con el control de peso, ya que no tener un gasto calórico adecuado, permite la acumulación de células adiposas en el organismo.

- Psicológicos: los malestares psicológicos causado por la obesidad, son importantes a en el momento que se desea controlar el peso, ya que las ausencias, la ansiedad o el estrés generado por la misma enfermedad se logran satisfacer por medio de la comida, existiendo así, una mala relación entre el sujeto y esta. Provocando de esta manera no sólo grandes ingestas de alimentos hipercalóricos sino que además, puede llevar al sujeto a padecer trastornos de la conducta alimentaria como por ejemplo bulimia, o trastornos por atracón.

7.2.2.4 Problemas médicos asociados a la obesidad

TABLA 3.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	Hipertensión arterial Insuficiencia cardiaca congestiva Cardiopatía isquémica Disfunción endotelial Enfermedad tromboembolia Accidente vascular encefálico Insuficiencia venosa periférica
COMPLICACIONES METABÓLICAS	Diabetes mellitus, insulina resistencia Dislipidemias Síndrome metabólico. Aumento del ácido úrico
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	Disnea Apnea obstructiva del sueño. Medida del perímetro del cuello > 43 cm. en el hombre y > 40.6 cm. en la mujer. Síndrome de hipo ventilación alveolar
CÁNCER	Esófago, colon, recto, vesícula, vías biliares, mama, endometrio, próstata.
GASTROINTESTINALES	Reflujo gastroesofágico Esteatosis hepática no alcohólica Litiasis vesicular Hernia de línea media
MÚSCULO ESQUELETICO	Hiperuricemia y Gota Inmovilidad Artrosis Dolor de espalda
ALTERACIONES EN LA MUJER	Síndrome de ovario poli quístico Infertilidad Aumento de riesgo perinatal
ALTERACIONES DE LA PIEL	Estrías Pigmentación de MMII. Acantosis nigricans, papilomas Linfedema Celulitis Intertrigo, Forunculitis
OTRAS ALTERACIONES	Hipertensión endocraneana idiopática Proteinuria, síndrome nefrotico Complicaciones vinculadas a la anestesia Enfermedad periodontal
CONSECUENCIAS SOCIALES Y PSICOLOGICAS	Depresión Baja autoestima Discriminación y estigmatización social

7.2.2.5 Métodos de Medición

Se cuentan con varios métodos de medición para determinar el peso insuficiente, normal, sobre peso, obesidad y sus grados en personas adultas. El método estándar más utilizado es el que se encuentra basado en la SEEDO, (Sociedad Española Para El Estudio De La Obesidad) (ver tabla 4.) , por otra parte, es importante decir que existe métodos de medición para niños de 0 a 3 años de edad, de 2 a 18.

Para obtener el IMC (índice de masa corporal) se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la estatura (en metros) al cuadrado, el resultado de esta operación dará el porcentaje de IMC, cabe aclarar que el IMC, constituye la medida poblacional más útil para determinar tanto el grado de sobrepeso como el grado de severidad de la obesidad, y es utilizada por los profesionales en salud, como médicos, nutricionistas, bariátricos, entre otros especialistas.

Por otro lado es válido decir que esta medida es solo una guía aproximativa, que no establece el porcentaje de grasa acumulada en el cuerpo, ni como esta se encuentra distribuida, ya que para determinar el porcentaje de grasa en el cuerpo se realizan exámenes tales como, hidrodensitometría, impedanciometría, o una adiposimetría siendo esta última, la más acertada ya que mide directamente el tejido magro.

TABLA 4.

Clasificación del índice de masa corporal según OMS

Tipo	Explicación	Valores
A	Bajo peso	<18.5
B	Normal	18.5- 24.9
C	Sobrepeso	25-29.9
D	Obesidad G I	30-34.9
E	Obesidad G II	35-39.9
F	Obesidad G III	>40

7.2.2.6 Problemas psicosociales asociados a la obesidad

A pesar de que se han realizado múltiples estudios entorno a la obesidad, ninguno de estos ha logrado comprobar la existencia de trastornos de la personalidad en personas obesas, pero sin embargo si se ha logrado demostrar por medio de dichas

investigaciones, que las personas obesas padecen de ciertos trastornos psicológicos que son posibles derivaciones por el estrés que genera la obesidad, ya que esta es una enfermedad física, y psicológica que afecta la calidad de vida de la persona en cuestión, por todas aquellas circunstancias desfavorecedoras a las que algunas personas obesas se ven expuestas. Stunkard & Mendelson, (1961); y Graña, (1994) citado por: Rivas, Guzmán Paula y otros (2007)

Por otro lado, Silvestri, Stavile & Hirschman, (2005) Rivas, Guzmán Paula y otros (2007) consideran que con la obesidad empiezan a surgir algunas psicopatías que en algunos casos se encuentran asociadas a los trastornos de conducta tales como, depresión, ansiedad, distorsiones en la imagen corporal, trayendo como consecuencias baja autoestima, un autoconcepto pobre de si, una estigmatización social, desvalorización de la persona por ser obesa por la presión social que se ejerce sobre esta, lo que conlleva a una baja autoeficacia; así que, las personas obesas sufren constante menosprecio no solo de parte de la sociedad si no de sí mismos, ya que estos se perciben de la manera en cómo los demás los ven.

En relación con lo anteriormente mencionado, Goldberg. A (2002) citado por: Sánchez, Maria Alcia y otros (2005) ha considerado, que la principal consecuencia de la obesidad es la pérdida, o la baja autoestima, lo que podría llevar a una persona a sufrir cuadros de depresión, la cual puede ser subsanada por algunas personas por medio de la comida para disminuir y aliviar la tensión. Por lo que se sugiere que el tratamiento para el control de la obesidad, ya sea por métodos tradicionales, como lo son los medicamentos, planes nutricionales, actividad física, y en la actualidad por medio de la cirugía bariátrica, deban tener un acompañamiento, e intervenciones psicológicas, ya que hay que reconocer que para la reducción o el control de la obesidad, hay que ir más allá de los parámetros tradicionales, introduciendo nuevos y mejores métodos para que exista un compromiso en el paciente de asumir su nuevo estilo de vida, donde haya un deseo de cambio, donde se permita la modificación no sólo de los hábitos alimenticios sino que haya un paso a la realización de actividad física, para de esta manera procurar la salud, una mejor calidad de vida y sobre todo se logre una mejor satisfacción y adherencia al tratamiento, por ende existirá un cambio de actitud hacia el problema.

Gold (1976) citado por Verónica Vázquez y otros (2004) realizó la clasificación de tres mecanismos de patrones alimentarios que se asocian al ajuste emocional que aparecen en la obesidad

1- Da cuenta de la actividad oral, es decir la comida en las personas obesas ha funcionado como un mecanismo que les permite adaptarse ante circunstancias que generen ansiedad, tensión, tristeza, frustración.

2- Dice que el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía, o ira, es decir que existe un desplazamiento de las emociones.

3- Comer actúa como una droga, o como un mecanismo de defensa para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Por lo anterior Gold (1976) dice que si dichos mecanismos son del funcionamiento psíquico, entonces existe la posibilidad de modificar el estilo alimentario, pero que esto no se debe realizar solo con el abordaje nutricional y quirúrgico, en el caso de las personas que se someten a la cirugía bariátrica, sino que este abordaje se debe realizar también, mediante técnicas psicoterapéuticas, y psicofarmacológicas que direccionen la estructuración y re significación de los hábitos alimenticios, y las funciones de apoyo emocional.

7.2.2.7 Aspectos importantes de la calidad de vida relacionados con la obesidad

El bienestar psicológico se ha utilizado como un sinónimo de bienestar subjetivo, ya que se considera un componente importante en la estabilidad emocional de la persona, porque este, da cuenta del estado de ánimo, y del bienestar general. Lo que Carol Ryff (1995), citado por: Torres, Hernández Jorge (2006) llama un estado de salud mental positiva. Por lo que a partir de este, surgió el test que tiene varias categorías, para determinar el estado de ánimo, bienestar psicológico, o la calidad de vida, ya que este da cuenta, del bienestar social general de los individuos como también de la sociedad.

La calidad de vida supone un bienestar en diferentes áreas de la vida como ambiente físico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia, pero cuando se habla de la calidad de vida en personas con obesidad se habla exclusivamente de las repercusiones que tiene esta enfermedad sobre la calidad de vida de quien la padece, ya

que la calidad de vida de la persona obesa se ve afectada de múltiples maneras como se muestra en varios estudios realizados que han abordado este tema en particular, donde existe un vínculo muy estrecho entre calidad de vida, y obesidad. Observando así dos importantes aspectos a tener en cuenta:

-El exceso de grasa corporal, no sólo genera problemas o malestares físicos, sino que también emocionales, alterando así la relación del sujeto con su entorno, haciendo que este tenga más eventos estresores debido a su enfermedad y causando un pobre autoconcepto, baja autoestima, depresión, y alejamiento.

-Las comorbilidades que surgen con la obesidad afectan el estado del individuo y por ende su calidad de vida, entre las comorbilidades más comunes se encuentran las artropatías, la diabetes, y la hipertensión arterial, y demás riesgos cardiovasculares etc.

7.2. 3. Perfil Cognitivo

Entre los aspectos constituyentes del perfil cognitivo, se encuentran los esquemas, los procesos, los productos y las estrategias de afrontamiento. En el marco de la presente investigación con pacientes obesas, no se pretende identificar un trastorno psicológico característico de la obesidad, no obstante, si se describen, las características cognitivas comunes que presentan dichas pacientes.

Según Walter Riso (2006) el modelo cognitivo considera que cada trastorno psicológico tiene su respectivo perfil cognitivo, el cual evidencia no sólo el contenido informacional sino que además, se logran observar el tipo de cogniciones negativas y la forma en cómo el sujeto logra procesar la información asociada con el trastorno psicológico en cuestión. Es decir, un perfil cognitivo describe las funciones del sujeto, sus puntos fuertes como también sus debilidades, así pues que el modelo cognitivo funciona como un sistema de procesamiento que está conformado por tres componentes que son: esquemas, procesos y productos.

Igualmente, Beck (1999) considera que un perfil cognitivo se caracteriza por aquellas creencias o percepciones que tienen las personas sobre sí mismas como también hacia los demás. Estas percepciones pueden ser efectivas, positivas que

contribuyen al bienestar de la persona, o por el contrario pueden ser negativas, sobrevaloradas y en ocasiones generalizadas; generando malestar y disgusto en quien las presenta.

7.2.3.1 Esquemas

Los esquemas son estructuras que contienen información acerca del sujeto y del mundo, así pues que el esquema es el almacenamiento de los conocimientos que interactúan con la codificación la comprensión como también con el recuerdo, de esta manera pauta lo que es la atención, la memoria y sobre todo la interpretaciones de las experiencias vividas del sujeto que para este son significativas. La información que se encuentra almacenada en los esquemas puede ser, de tipo 1) semántica, o conceptual, 2) episódica o vivencial está se encuentra relacionado con lo emocional en el sujeto, 3) tipo procedimental que es la manera en cómo se procesa la información que ha sido almacenada en la memoria, 4) teorías o valores y creencias, es donde se encuentran las proposiciones altamente organizadas, y por último se encuentran los conocimientos prototípicos sobre un dominio en específico.

Existen varios tipos de esquemas, los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

- A. Esquemas individuales: dan cuenta de los esquemas del yo, o autoesquemas.
- B. Esquemas de sucesos: se refiere a los escenarios o guiones
- C. Esquemas de roles: hacen referencia a los esquemas de grupos, o a las categorías o representaciones sociales.
- D. Esquemas de resolución de problemas: dan cuenta de la toma de decisiones para la solución de problemas.

- A. Autoesquemas, o Esquemas del Yo

Según Páez y otros (1994) El ser humano es capaz de crear representaciones sociales internas como también un concepto sobre sí mismo, esto lleva a establecer al sujeto relaciones con los demás, permitiéndole así conocer su entorno y poder vivir

experiencias que le van a facilitar no solo la unión si no también la creación de autoesquemas, es decir que el sujeto tiene la capacidad de crear imágenes internas sobre su personalidad y también la construcción de representaciones internas sobre el mundo, lo que pauta de algún modo la forma en cómo el sujeto interactúa con las otras personas y con su entorno, enfrentándose a los problemas, al éxito, al temor o al fracaso que este le genere.

Así, las experiencias vividas por el sujeto se almacenan en la memoria a largo plazo en forma de teorías, aquí se realiza el trabajo de guardar, seleccionar, y procesar la información que el sujeto considera importante, debido a que esto le permitirá a este comprender su experiencia social integrando así una serie de información sobre la experiencia significativa para él.

Los autoesquemas que se retoman para la presente investigación son: Autoconcepto, Autoestima, Autoimagen y Autoeficacia.

Autoconcepto

El autoconcepto se refiere a las representaciones internas del yo, y para la psicología cognitiva este es un factor determinante para el buen desarrollo de la personalidad, por lo que es visto como un mosaico de autopercepciones y autoevaluaciones, es decir la forma en como el sujeto se observa así mismo respecto a sus relaciones con los demás, lo cual le va a permitir una información sobre sus capacidades, habilidades, y sobre sus características personales.

Markus (1983) citado por: Núñez, Pérez J. C. et al. (1995) ha considerado el autoconcepto como esquemas, ya que estos son representaciones o estructuras de conocimiento sobre las experiencias pasadas vividas por el sujeto, pero estas se encuentran relacionadas con lo social, mientras que los autoesquemas son aquellas estructuras de conocimiento sobre la información propia del sujeto de su experiencia actual, y esta se encuentra relacionada con la conducta de este, y con su aspecto físico. Otra definición sobre autoconcepto es dada por Purkey (1970) citado por: Yolanda Ceballos (1997. p. 77) dice:

“Si el concepto no tiene relevancia, se ignora; y si es inconsistente, se distorsiona o se rechaza. La persona que tiene un alto concepto de sí mismo en una dimensión cualquiera, pero importante en la personalidad, tendrá que sufrir muchas experiencias de fracaso antes de cambiar la imagen del YO. Además el YO es una realidad aprendida que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.”

Así que según Purkey el autoconcepto es un sistema de creencias que el individuo tiene sobre sí mismo, y que estas pueden ser falsas o verdaderas, positivas o negativas, y estas creencias van a organizar la experiencia del sujeto en el medio que lo rodea.

Por otra parte para Shavelson, Hubner y Stanton (1976), citado por Eider Goñi y cols (2000) dicen que el autoconcepto es general y que además este comprende cuatro dimensiones que son concretas y que se encuentran relacionadas con un campo específico en la vida del sujeto y con su quehacer. Las dimensiones que estos mencionan son:

-Autoconcepto Académico: según Shavelson et al. (1976), este autoconcepto hace referencia a un modelo académico que se relaciona con la percepción de la competencia y con el rendimiento académico que el sujeto logre desempeñar en las diferentes áreas o materias escolares.

-Autoconcepto Social: el autoconcepto social se refiere básicamente a las habilidades sociales que tiene el sujeto, y como estas le permiten a este interactuar de manera satisfactoria en diferentes contextos socioculturales.

-Autoconcepto Personal: este autoconcepto hace referencia al pensamiento que tiene el sujeto sobre sí mismo, y este consta de cuatro dimensiones: el Autoconcepto afectivo-emocional (es como se ve el sujeto así mismo, en cuanto a sus emociones), el autoconcepto ético/moral (se refiere al grado de honestidad que el sujeto cree ser), el autoconcepto de la autonomía (hace referencia a la función del criterio propio que tiene cada sujeto) y el autoconcepto de la autorrealización (es como el sujeto se ve frente a sus logros).

-Autoconcepto Físico: este hace referencia al concepto que tienen las personas sobre su imagen física, este se encuentra relacionado con la autoestima, y la autovaloración, así pues que aquellas personas que tienen un alto autoconcepto físico, se involucrarán más en actividades sociales, y físicas.

Autoestima

Se relaciona con el grado de respeto y de satisfacción que el sujeto siente por sí mismo. Dichos aspectos constituyen la base de la personalidad ya que de todos los juicios a los que el sujeto se ve constantemente expuesto, el más importante es el propio; así pues que una autoestima positiva es el requisito principal para tener una vida sana, además de productiva la vida del sujeto sería equilibrada; ya que, una buena autoestima es primordial para que el sujeto logre adaptarse a las necesidades y demandas que se le presenten.

Así pues que entre más alta sea la autoestima del sujeto, este tendrá más posibilidades de ser creativo, y de tener éxito, como también de lograr entablar relaciones interpersonales sanas, y duraderas.

Branden (1995. p. 13) dice que

“la autoestima es esencial para el ser humano e imprescindible para que éste pueda funcionar y comportarse de forma adaptada y equilibrada. Es, una poderosa necesidad humana que conlleva lo siguiente:

- 1) Tener confianza en la propia capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida por muy difíciles que éstos sean.
- 2) Tener confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, y tener derecho a afirmar nuestras necesidades y disfrutar de lo conseguido con nuestro esfuerzo.”

La autoestima es el equilibrio personal, ya que trae felicidad, procura satisfacción, y genera bienestar, por lo que es considerada como el aspecto más importante en la personalidad.

Autoimagen

López de Vergara, Maria y otros (2000) consideran que la imagen que el sujeto tiene sobre sí mismo y esta se ve reflejada en el grado de satisfacción corporal, dicha imagen es la que manipula de alguna manera el comportamiento y es la responsable de lo que el sujeto es. La autoimagen está íntimamente relacionada con la autoestima, ya que la autoestima, es esa capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo, y esta se construye desde el momento en que el sujeto crece debido a los sentimientos de afecto expresados por los padres hacia sus hijos; lo que produce un alto grado de seguridad y de estabilidad emocional, y esto a su vez sugiere que en la primera infancia se da la creación de bases sólidas para un desarrollo adecuado de la autoestima y de la estabilidad emocional, por lo que se puede asegurar que dicha estabilidad puede cambiar a lo largo de la vida de la persona, y este proceso de desarrollo es muy importante para el sujeto, debido al valor que cada uno se otorga, ya que esta conllevará a una madurez de la personalidad.

Por otra parte, suele decirse que, la autoestima, el auto concepto, estima corporal, y la satisfacción corporal habla de un mismo significado. Para Schilder (1950) “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” esta frase implica una gran subjetividad sobre lo que es la autoimagen. Ya que esta al ser una representación interna de la forma en cómo el sujeto se ve, y siente su propio cuerpo, puede interferir en como los demás ven ese cuerpo, ya que es un cuerpo que está atravesado por la cultura. Garner y Garfinkel (1981) citados por Bulbena Vilarrasa Pedro, Berrios E, German, de Larrinoa Palacios Pedro (2003) aducen que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados:

1. La distorsión perceptiva de la talla que es lo que conlleva a que exista una sobreestimación de algunas partes del cuerpo.
2. La alteración cognitivo-afectiva está íntimamente asociada a la insatisfacción y la preocupación excesiva por la figura (Espina y otros, 2001). Continuando con Garner y Garfinkel; los trastornos de la imagen corporal, tienen tres aspectos muy importantes: el perceptivo, el afectivo y el cognitivo, lo que define una exagerada preocupación por algún defecto imaginario o real sobre la apariencia física, lo cual

se manifiesta en la persona que lo presenta en la forma de pensar, sentir o comportarse.

Autoeficacia

Bandura (1987, p. 416) definió el concepto de autoeficacia como: *“Los juicios que tiene cada individuo sobre sus propias capacidades, y en pro de esto organiza y ejecuta sus actos, sirviendo este constructo como un mediador entre lo que es el conocimiento y la acción”*

Bandura (1986) aduce que la autoeficacia está relacionada en cómo la gente piensa actúa y siente, por lo que se puede pensar que un bajo sentimiento de autoeficacia está asociado con depresión, estrés, ansiedad y desamparo o un constante sentimiento de vacío o soledad. La autoeficacia no hace referencia a los recursos con los que dispone el sujeto a hacer frente a situaciones estresantes, si no que hace referencia a la disposición que tiene el sujeto para hacer uso de los recursos de los que él dispone.

Por lo anterior Bandura (1986) considera que la eficacia se base en cuatro fuentes principales de información:

Experiencia vicaria: da cuenta de otras experiencias pasadas que proporcionan cierta información al sujeto sobre sus propias capacidades.

Logros de ejecución: aquí se constituye la mayor fuente de información acerca de la eficacia, ya que se basa en el dominio real de las experiencias.

Persuasión verbal: a estos sujetos que se les persuade verbalmente tienen más capacidades para desarrollar determinadas actividades, y tiene un mayor nivel de esfuerzo y probabilidad de enfrentarse a eventos estresantes.

Estado Fisiológico: el sujeto juzga sus propias capacidades, interpretando así su activación somática como signos de vulnerabilidad cuando la situación es estresante o amenazante.

Funciones de los Autoesquemas

Para Pérez, José C. y González Pienda, Julio (1985) La función de los autoesquemas no solo radica en el control cognitivo del ambiente, sino que además permite cierto control sobre la conducta del sujeto. Estos definen y limitan las áreas en las que el sujeto cree tener el control o que en su defecto se hace responsable tanto de la conducta pasada como de la conducta que está por venir, lo que es denominado como posibles selves, Markus y Nurius (1986) citado por José C. et al. (1985) o posibles yo'es, estos son importantes debido a que funcionan de forma positiva para la conducta futura del sujeto, además que por estar conceptualizados como elementos que hacen parte del autoconcepto y que además representan metas, motivos, temores y ansiedad, trabajan pues como representaciones de aspiraciones generales, motivos y amenazas, como también revisten de una forma cognitiva específica a los deseos de realización, poder, fracaso y a la incompetencia en el sujeto.

7.2.3.2 Procesos Cognitivos

Sanz y Vásquez (1991) Citado por: Caro, Isabel (1997) Se entiende como el conjunto de procedimientos por los cuales el sistema mental opera y manipula la información; cómo la lleva y la guía desde que entra a través de los órganos de los sentidos mediante un evento activador, tanto interno como externo, hasta crear las respuestas o productos cognitivos, afectivos y comportamentales. Los procesos cognitivos se realizan por economía cognitiva a través de: Sesgos Atencionales, Perceptivos y de Memoria; Heurísticos de Representatividad, Disponibilidad y Anclaje ajuste Distorsiones cognitivas.

7.2.3.3 Productos Cognitivos

Ruiz Sánchez Juan J, y otros (2006) afirman que son productos o resultado del procesamiento de la información, se definen como las salidas finales o conclusiones del sistema cognitivo, las cuales interactúan entre sí y con el ambiente para realimentar el esquema de base, fortificándolo o debilitándolo según sea el caso. Los productos se evidencian en respuestas motoras (conducta), afectivas (emoción) y cognitivas

(pensamientos, imágenes y verbalizaciones) Los productos son más asequibles a la conciencia, menos estable, más influenciables y más fáciles de modelar o modificar que los esquemas.

7.2.4 Estrategias de Afrontamiento

Es significativo hablar sobre el tema de las estrategias de afrontamiento en el campo de la salud debido a que están relacionadas con el bienestar o malestar psicológico, la forma de vida de los individuos y cómo estos afrontan los desafíos que se les presentan en la vida cotidiana.

Lazarus y Folkman (1986) desde una perspectiva transaccional definieron el concepto de afrontamiento a los esfuerzos cognitivos y conductuales, que realiza un individuo para hacer frente a las demandas externas como internas que son generadoras de estrés y que exceden los recursos del sujeto. Además, el afrontamiento como proceso debe tener dos funciones básicas, la primera es el focalizado en el problema, y está dirigido para cambiar la relación ambiente –individuo, logrando así, la modificación de la situación estresante para que el individuo pueda confrontarla y manejar sus consecuencias.

El segundo, esta focalizado en la emoción, el cual está dirigido a cambiar la forma en cómo se interpreta lo que está sucediendo y así reducir la tensión y regular la respuesta emocional. Es decir, que el afrontamiento centrado en la emoción consiste en cambiar la manera de pensar acerca de lo que está sucediendo, pasando así de una valoración negativa o de amenaza, a una valoración más positiva, lo que significa que la emoción regula y cambia el significado de la situación, cabe mencionar que hay estrategias emocionales a las que no le cambie el significado acontecido.

Lazarus y Folkman (1986) propusieron dieciocho estrategias de afrontamiento las cuales han sido definidas a lo largo de la literatura científica, ellas son: Reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión mental, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) plantean que las estrategias de afrontamiento constituyen un proceso que el sujeto pone en marcha para enfrentar una situación estresante, puesto que lo que hace este es realizar una evaluación primaria donde el sujeto valora la situación que se le está presentado y cuáles son los riesgos de esta, evaluando así su bienestar y/o supervivencia, posterior a esto realiza una evaluación secundaria donde el sujeto se da cuenta de los recursos que posee ya sean personales sociales, económicos o institucionales para hacer frente a dicha situación, así pues que la unión de estas dos evaluaciones permitirá que el sujeto valore la situación estresante como si fuera un desafío o reto, o por el contrario si el sujeto considera que es una amenaza latente para su bienestar.

Sin embargo Casado Cañero, Francisco D. (1988) consideran que hacer uso de las estrategias de afrontamiento no significa que el resultado de este siempre sea positivo o que incluso se logre eliminar la situación estresante con éxito, o que el resultado de la confrontación pueda tener las mismas consecuencias negativas que le generó el mismo evento estresor. De tal manera que, las estrategias de afrontamiento serán eficaces siempre y cuando el sujeto logre tolerar, aceptar o en caso tal, ignorar aquello que no puede controlar.

Funciones de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y a la emoción:

La función de las estrategias de afrontamiento van más allá de la resolución de un problema, lo que se busca es saber qué objetivo persigue el individuo al utilizar ciertas estrategias, ya que el resultado del afrontamiento, hace referencia al efecto que cada estrategia utilizada tiene.

El proceso de afrontamiento tiene dos objetivos claros, que hacen referencia al sujeto en la forma como éste percibe y siente la situación estresante, por lo que surgen diferentes contextos teóricos, de tal manera que la función de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986) es primero manipular el problema, es decir, aquí se buscan estrategias de solución y luego estas serán evaluadas por el individuo de acuerdo a los pros-contras o costos beneficios que se le puedan presentar para posteriormente dar elección a la estrategia más adecuada para tratar de solucionar la situación estresante.

Es importante decir que las estrategias no sólo van en función de solucionar problemas externos que vive el sujeto, sino que también estas están en función de la solución de problemas internos del individuo, donde se implementará otro tipo de estrategias que se encargan de aquellos cambios cognitivos y motivacionales del individuo buscando así la gratificación de este lo anteriormente dicho por Casado Cañero, Francisco D (1988).

La segunda función de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986), es afrontar el problema, regulando de esta manera la emoción y disminuyendo así el grado de afectación emocional en el individuo, en esta etapa el sujeto no modifica aquellas situaciones que no son posibles de solucionar para él en el momento, por lo que utiliza estrategias cognitivas como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, entre otras.

7. 3. Marco legal

Es relevante enunciar los aspectos legales que se tuvieron en cuenta y le dieron solides al proceso de este trabajo investigativo.

LEY 1355 DE 2009 (OCTUBRE 14 DE 2009) *Ley de obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles asociadas a esta.*

Se declara la obesidad como una enfermedad crónica de salud pública, que causas diferentes enfermedades crónicas no transmisibles, que han aumentado considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos, por lo que es una prioridad de salud pública y es necesario que se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

LEY 1090 de 2006

Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Biótico y otras disposiciones.

Capítulo VI Del uso de material psicotécnico

Artículo 45. El material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología.

Se dio cumplimiento a este artículo ya que al aplicar, calificar e interpretar los tres cuestionarios que se utilizaron para la recolección de la información, se tuvo el acompañamiento de un psicólogo asesor nombrado por la IUE.

Consideraciones éticas en el registro de la información

Tal como lo plantea Galeano (2006) “las dimensiones éticas a tener en cuenta en la investigación se relacionan con: el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato y Retorno social de la información obtenida”. Igualmente se consideró relevante en esta investigación tener en cuenta tales dimensiones éticas a saber:

Consentimiento informado, el cual a través de un formato previamente diseñado se le presentó a los participantes aspectos de la investigación, propósitos y los instrumentos de evaluación, ellos eran libres de participar y sabían que no recibirían ningún beneficio económico.

Confidencialidad y anonimato. Con el fin de cumplir con este requerimiento ético, no se alude a ningún nombre de las personas participantes en el proceso de recolección de la información, no se enuncian resultados de manera particular, solamente se toman los datos de todos los participantes y se sacan conclusiones generales.

Retorno social de la información obtenida: se da cumplimiento con este requerimiento al presentar los informes de la investigación tanto en la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, como en la Institución Universitaria de Envigado, se socializan los resultados ante profesores, estudiantes e invitados a la IUE, además a todas las instituciones o personas que lo soliciten y tengan interés en el temas.

8. PRESENTACION DE RESULTADOS

Procesamiento y Análisis de la Información.

Se realizó una revisión de la base de datos construida a partir de la aplicación de los tres instrumentos de evaluación: Cuestionario de Autoesquemas – CIE-, cuestionario de Autoeficacia -CAE- y la Escala de Estrategias de Coping- modificada (EEC-M) para garantizar la calidad del dato, es decir; los valores perdidos y la inexistencia de la información. El análisis estadístico pertinente a la investigación se realizó en el SPSS versión 19.

Se realizó una distribución de frecuencias; indicando promedios, frecuencias y porcentajes en las variables.

A continuación se presentan las tablas y graficas con la información general de la población, los resultados arrojados en cada uno de los autoesquemas y las estrategias de afrontamiento para posteriormente realizar la discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones

8.1. Características Demográficas

TABLA 5. Caracterización de la población de estudio

	Media	Percentil 25	Percentil 75	Percentil 95	Desviación típica
EDAD	38	31	48	63	12
autoconcepto	59	49	70	80	13
Autoimagen	32	25	40	45	8
autoestima	54	49	64	76	13
Autoeficacia	84	72	94	111	14

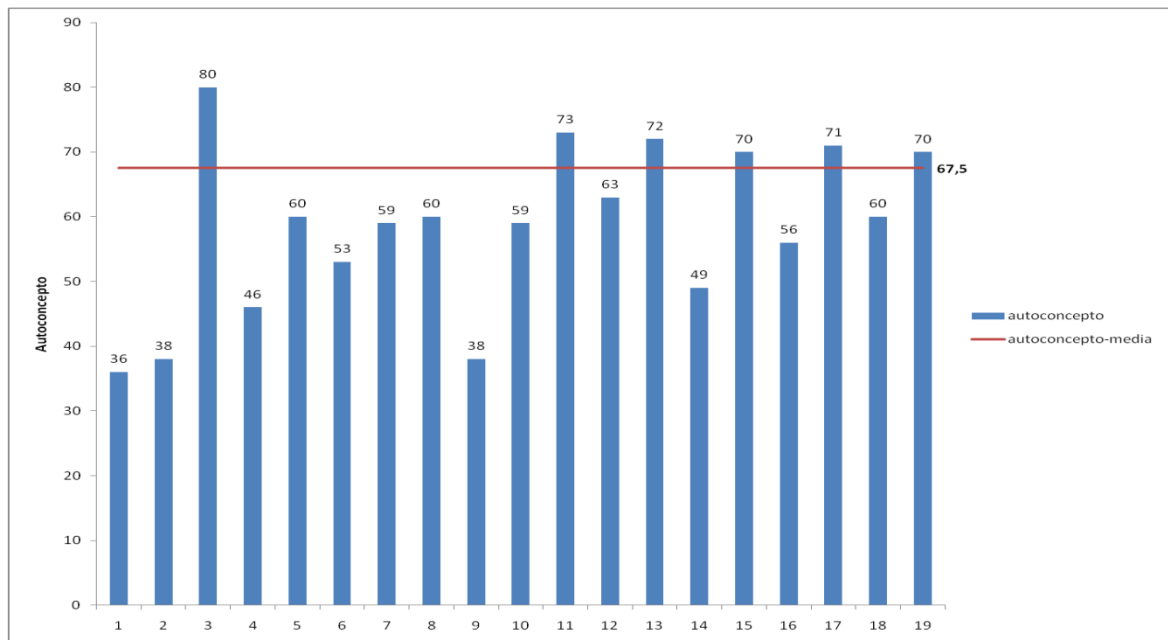
La muestra poblacional estuvo conformada por 19 mujeres obesas, con una media de edad de 38 años, y con un intervalo de 31 a 63 años de edad. Todas adscritas a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón.

8.2. Autoconcepto

TABLA 6.

AUTOCONCEPTO				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	36	1	5,3	5,3
	38	2	10,5	15,8
	46	1	5,3	21,1
	49	1	5,3	26,3
	53	1	5,3	31,6
	56	1	5,3	36,8
	59	2	10,5	47,4
	60	3	15,8	63,2
	63	1	5,3	68,4
	70	2	10,5	78,9
	71	1	5,3	84,2
	72	1	5,3	89,5
	73	1	5,3	94,7
	80	1	5,3	100,0
Total		19	100,0	

GRAFICO N°6. AUTOCONCEPTO



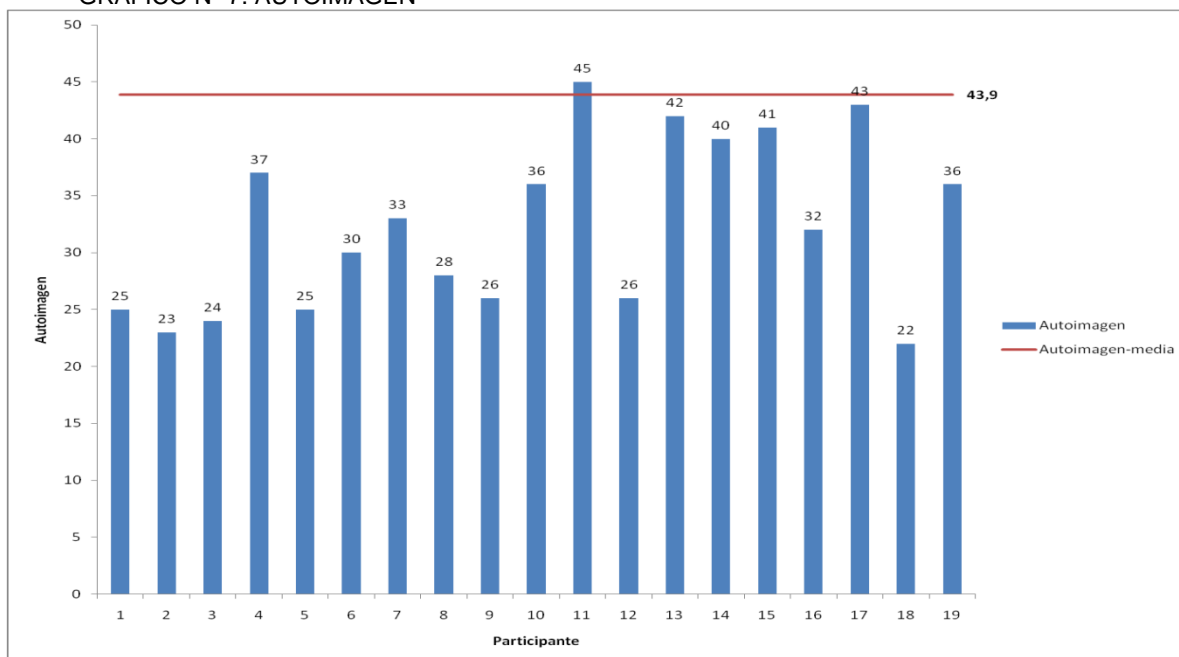
Se puede observar que trece personas, es decir el 68,4% de la población presentan bajo autoconcepto, 5 personas, es decir el 26,3% se encuentran en la media y solo una es decir el 5,3% presenta alto autoconcepto.

8.3 Autoimagen

TABLA N°7.

AUTOIMAGEN			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 22	1	5,3	5,3
23	1	5,3	10,5
24	1	5,3	15,8
25	2	10,5	26,3
26	2	10,5	36,8
28	1	5,3	42,1
30	1	5,3	47,4
32	1	5,3	52,6
33	1	5,3	57,9
36	2	10,5	68,4
37	1	5,3	73,7
40	1	5,3	78,9
41	1	5,3	84,2
42	1	5,3	89,5
43	1	5,3	94,7
45	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

GRAFICO N° 7. AUTOIMAGEN



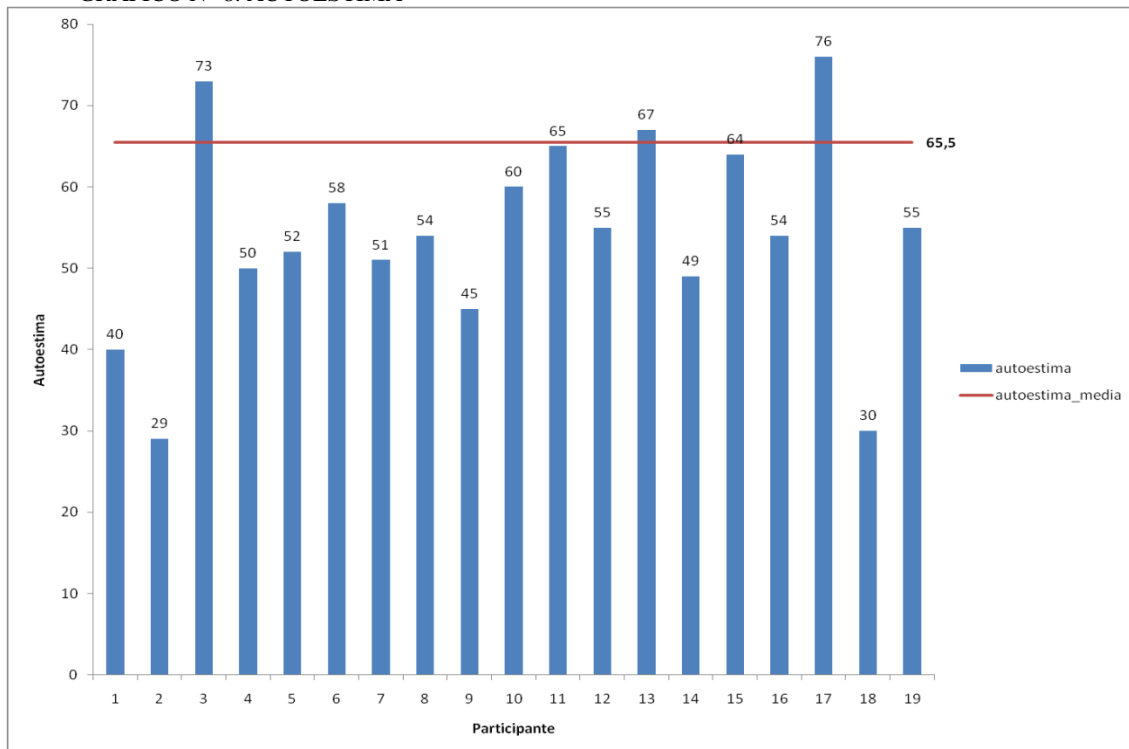
Se observa que 18 personas de las 19 evaluadas, es decir el 94,7% presenta baja autoimagen. Solo una persona es decir el 5,3% se encuentra dentro de la media.

8.4. Autoestima

TABLA N°8.

AUTOESTIMA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	29	1	5,3
	30	1	5,3
	40	1	5,3
	45	1	5,3
	49	1	5,3
	50	1	5,3
	51	1	5,3
	52	1	5,3
	54	2	10,5
	55	2	10,5
	58	1	5,3
	60	1	5,3
	64	1	5,3
	65	1	5,3
	67	1	5,3
	73	1	5,3
	76	1	5,3
Total	19	100,0	

GRAFICO N° 8. AUTOESTIMA



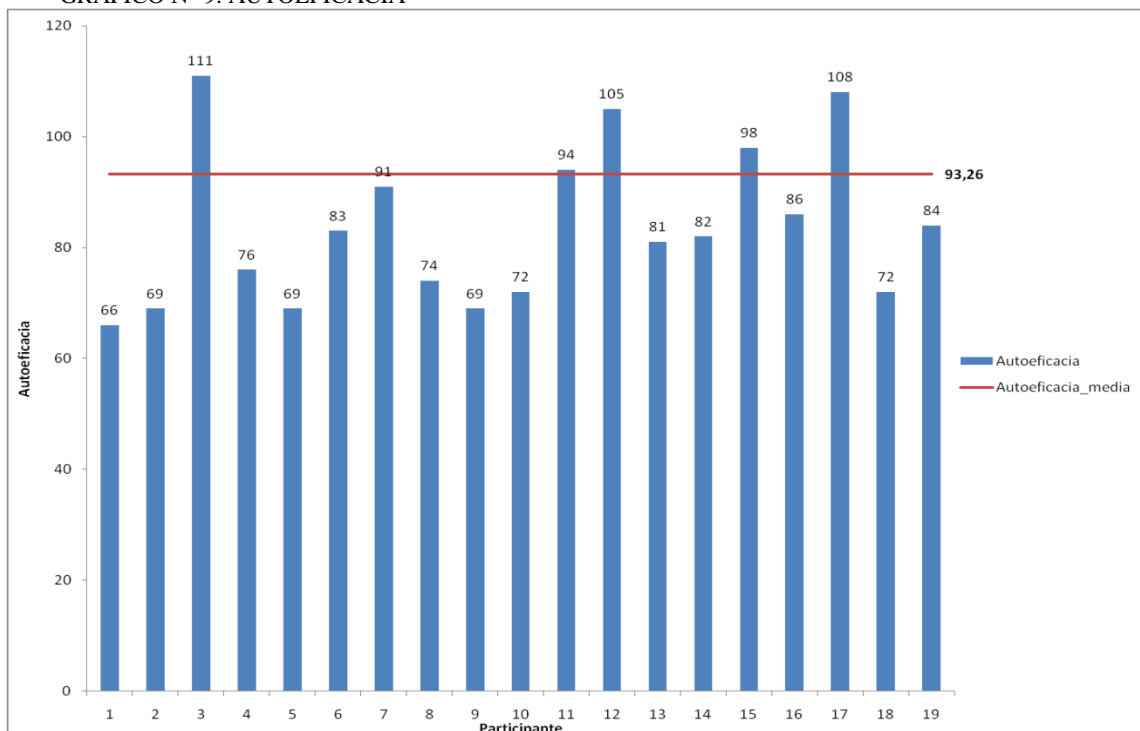
Según la tabla se observa que 16 personas, es decir 84,2% presenta una baja autoestima, los tres restantes, es decir 15,8% se encuentran dentro de la media.

8.5 Autoeficacia

TABLA N° 9.

AUTOEFICACIA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	66	1	5,3
	69	3	15,8
	72	2	10,5
	74	1	5,3
	76	1	5,3
	81	1	5,3
	82	1	5,3
	83	1	5,3
	84	1	5,3
	86	1	5,3
	91	1	5,3
	94	1	5,3
	98	1	5,3
	105	1	5,3
	108	1	5,3
	111	1	5,3
Total	19	100,0	

GRAFICO N° 9. AUTOEFICACIA



Según la gráfica se puede observar que 14 personas; es decir, el 73,7% de las participantes tienen baja autoeficacia y 3 o sea el 15,8% se encuentran en la media, y 2 personas es decir 10,6% tienen alta autoeficacia.

8.6 Estrategias de Afrontamiento

TABLA N°10. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)

	X	25%	75%	95%	DS
Solución de Problemas	34	27	41	53	10
Búsqueda Apoyo Social	25	19	30	38	7
Espera	26	20	33	39	9
Religión	30	23	38	42	8
Evitación emocional	27	20	32	41	9
Búsqueda Apoyo Profesional	14	9	19	25	6
Reacción Agresiva	14	9	19	26	6
Evitación Cognitiva	17	11	20	30	6
Reevaluación Positiva	19	14	24	30	7
Expresión de la dificultad de afrontamiento	13	11	14	21	4
Negación	9	6	11	14	3
Autonomía	6	4	7	12	3

Tal como se enunció en la descripción de los instrumentos, en la Escala de Estrategias de Coping- Modificada (EEC-M) se observan el número de las preguntas que evalúan cada estrategia de afrontamiento, la media y la desviación estándar.

Según la tabla los factores que más sobresalen por superar la media poblacional en relación a la escala son las estrategias de afrontamiento: Religión y Búsqueda de Apoyo Profesional.

Religión presenta una media poblacional de 20.7 (desviación estándar de 9.0), se puede observar en la gráfica que entre las 19 participantes, presentan una media de 30, siendo muy superior a la media poblacional, y que un 25% de las participantes supera una puntuación de 38. Según estos resultados, se afirma que esta población utiliza esta estrategia cognitivo-comportamental con el fin de disminuir el malestar emocional que le produce la obesidad, posiblemente son personas que asiste constantemente a misa, rezan frecuentemente, hacen novenas, creen en seres superiores que le ayudaran a superar los problemas que se les presentan con el fin de disminuir su estado de ansiedad o depresión causada además por la obesidad.

Búsqueda de Apoyo Profesional tiene una media poblacional de 10.9 (desviación 5.6), se observa que las participantes presentan una media de 14 y un 25% de la población participante supera la puntuación de 19.

Es muy evidente esta estrategia ya que de hecho son personas que asisten a la Fundación en busca médicos que contribuyan a mejorar la salud, además requieren apoyo para tener mayor información sobre los problemas de salud y para saber cómo enfrentarlos, para que las guíen y orienten

9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la investigación se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, en la que se emplearon, para recolectar la información, tres cuestionarios auto aplicados en una muestra de 19 pacientes obesas seleccionadas por conveniencia, enunciado lo anterior se resalta que no se pretende generalizar los resultados a todas las personas que presentan obesidad, ni afirmar que la causa u origen de los autoesquemas y de las estrategias de afrontamiento de las personas encuestadas es su situación de obesidad, ni mucho menos aspirar a hacer pronósticos; no obstante , se espera hacer algunas apreciaciones a partir de los hallazgos arrojados y los antecedentes teóricos e investigativos enunciados anteriormente.

Aarón Beck (1999), afirma que un perfil cognitivo se caracteriza por creencias o percepciones que tienen las personas sobre sí mismo, o sobre los demás. Se puede afirmar, según los hallazgos, que las pacientes obesas que asisten a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón, presentan un perfil cognitivo caracterizado por tener bajo autoconcepto, baja autoimagen, baja autoestima y baja autoeficacia; dichas percepciones pueden estar influyendo para que estas pacientes obesas presenten, alteraciones emocionales caracterizadas por estados de ansiedad o depresión; tal como se resaltó estos aspectos psicológicos son factores de riesgo causados por la obesidad.

La obesidad tiene varios factores de riesgo que hacen que aumente el padecimiento de la obesidad, Carvajal, Claudia y otros, (2004) afirman que uno de esos factores es el psicológico, pues las personas que presentan, además de obesidad algunos problemas,

entre otros, trastornos del estado de ánimo, estrés, inadecuadas estrategias de afrontamiento, bajos autoesquemas que influyen a nivel cognitivo, conductual y afectivo, posiblemente presentarán mayor dificultad para enfrentar su enfermedad. Para el caso específico de la presente investigación como ya se señaló, se retomaron los autoesquemas y las estrategias de afrontamiento de las pacientes obesas.

Tal como se evidenció en las gráficas y cuadros ilustrados con antelación, de las diecinueve pacientes encuestadas, trece (13) se perciben con bajo autoconcepto, es decir poseen información que influye sobre la percepción de sus capacidades, habilidades, y sobre sus características personales; posiblemente les cuesta reconocer que tienen cualidades, se sienten inconformes con casi todo lo que hacen, se perciben como poco inteligentes, inseguras, poco originales, poco creativas, que actúan de manera torpe y son indecisas.

Dieciocho (18) pacientes presentan baja autoimagen; es el autoesquema más deteriorado que presentan las participantes, lo cual se refleja en la percepción que tienen de ellas; es decir, no están satisfechas con su cuerpo, se consideran poco atractivas, les gustaría cambiar algunas partes de su cuerpo, no se perciben sanas, posiblemente les gustaría realizarse una cirugía estética o un baipás gástrico, lo enunciado confirma lo que plantean Garner y Garfinkel (1981) aducen que las alteraciones de la imagen corporal incluyen aspectos relacionados con la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva.

Dieciséis (16) mujeres obesas presentan baja autoestima, se perciben poco queridas, se dedican poco tiempo para ellas, para descansar y para realizar actividades que consideren placenteras; es decir, se sienten infelices con ellas mismas; lo cual confirma lo que asevera Goldberg. A (2002) él ha considerado, que la principal consecuencia de la obesidad es la pérdida, o la baja autoestima.

De otro lado Branden (1995, p. 13) afirmó que “la autoestima es esencial para el ser humano e imprescindible para que éste pueda funcionar y comportarse de forma adaptada y equilibrada”, lo que hace suponer, según los datos, que las pacientes obesas que participaron en la investigación no tienen una adecuada autoestima que les permita tener equilibrio emocional.

Catorce (14) participantes presentan baja autoeficacia, posiblemente se perciben como personas incapaces de solucionar los problemas, con pocas habilidades, se les dificulta aprender cosas nuevas, son poco persistentes, presentan dificultad para lograr los objetivos que se proponen, no creen en las capacidades que tienen, tienden a evitar situaciones en las que consideran van a fracasar, como por ejemplo, el control de la ingesta desmesurada de alimentos, la adherencia a dietas, y la realización de actividades físicas.

En relación a los hallazgos de la investigación y de acuerdo a lo planteado por Albert Bandura (1986), como se afirmó anteriormente, él considera que la eficacia se base en cuatro fuentes principales de información, una es: la experiencia vicaria; lo que hace suponer que las pacientes obesas participantes en la investigación tuvieron experiencias pasadas desagradables que han influido para que en la actualidad se perciban como poco eficaces y se les dificulte realizar actividades, otra fuente se refiere a los Logros de Ejecución, se puede afirmar que dicha población participante no ha obtenido reconocimientos tangibles o intangibles por lo que hayan realizado, lo que en palabras de Skinner sería los refuerzos positivos, otra fuente es la Persuasión verbal; infiere que no han sido alentados o motivados a desarrollar actividades que les requiera un mayor esfuerzo, no han sido estimulados a continuar, a pesar de las dificultades y adversidades, y finalmente el Estado Fisiológico: posiblemente le atribuye su incapacidad de realizar actividades o su baja autoeficacia la centran en su aspecto de obesidad.

Igualmente los hallazgos obtenidos muestran que las pacientes obesas presentan bajos autoesquemas; lo cual se asemeja a los resultados obtenidos por Martínez P. y otros (2000) de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín en la investigación sobre *“Autoesquemas y variables cognitivas presentes en mujeres adultas jóvenes entre los 17 y 25 años, que deciden realizarse una cirugía estética”* Los resultados obtenidos, muestran que por los menos el 80% de las mujeres presentaron bajo autoconcepto, autoimagen, autoeficacia y autoestima.

De otro lado y según lo ya enunciado por Lazarus y Folkman (1984) quienes precisan que las estrategias de afrontamiento son variables y que se desarrollan para que

el sujeto logre manejar las demandas específicas que pueden ser tanto internas como externas., se puede afirmar que las pacientes obesas que asisten a la Fundación Alternativa en Salud, Gorditos de Corazón, ante las preocupaciones por factores personales, familiares y sociales, buscan la ayuda en lo espiritual y lo médico con el fin solucionar los problemas

En cuanto a las estrategias que más utilizan las pacientes obesas se registra; la Religión, posiblemente son personas que acostumbran a rezar con frecuencia, asistir a la iglesia, creen en los milagros, creen en un Dios que les ayudará, consideran la oración como una herramienta que les puede ayudar a tolerar o enfrentar los problemas que presentan. Esta información se asimila con los resultados de la investigación realizada en Perú: *“Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas”* en la cual se halla que una de las estrategias utilizadas por ambos géneros, es el acercamiento espiritual en los momentos de dificultad que les ha generado su enfermedad.

Igualmente los resultados se relacionan con la investigación realizada por: Martín Padilla, y otros (2007) *“Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá”*, los hallazgos muestran que una de las estrategias más utilizada por las familias fue la búsqueda de apoyo espiritual.

Búsqueda de Apoyo Profesional, es muy evidente esta estrategia ya que de hecho son personas que asisten a la Fundación en busca médicos que contribuyan a mejorar la salud, además requieren apoyo para tener mayor información sobre los problemas de salud y para saber cómo enfrentarlos, para que las guíen y orienten.

10. CONCLUSIONES

Las pacientes obesas, participantes de la investigación presentan baja autoconcepto, baja autoimagen, baja autoestima y baja autoeficacia. Autoesquemas que pueden estar influyendo en la presencia de síntomas de ansiedad, o depresión en dichas pacientes.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes obesas participantes de la investigación, fueron la religión y búsqueda de apoyo social con el fin de enfrentar a nivel cognitivo y conductual las situaciones generadoras de estrés.

La obesidad como un problema de salud pública que afectan por lo general más a mujeres que a los hombres y presenta consecuencias psicológicas y sociales requiere ser atendida por un grupo de profesionales interdisciplinario.

La obesidad hace parte de los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) al igual que la anorexia, bulimia, trastorno por atracón, ortorexia, todos ellos requieren de tratamientos prolongados e intensos, para la mejoría de la salud física y mental de la persona que la padece, por lo tanto se debe prestar mayor interés en atender ambos componentes, pues desde años atrás se alude a la integración mente cuerpo

La obesidad es multifactorial; es decir influye varios factores como genético, endocrinos, metabólico, nutricionales y psicológicos; este último factor se pudo comprobar en la investigación a través de los bajos autoesquemas de las pacientes obesas.

11. RECOMENDACIONES

Coherentes con los hallazgos encontrados en la investigación, se puntualizan las siguientes recomendaciones

Según la prevalencia de la obesidad en niños menores de diez años y enunciadas las múltiples consecuencias de la enfermedad, a corto y largo plazo, se requiere implementar o replantear las actividades psico educativas orientadas a la promoción de estilos de vida saludable.

Se requiere que la Fundación Alternativa en Salud, Gorditos de Corazón atienda las dificultades cognitivas que presenta sus pacientes.

Tal como hicieron Frydenberg, Lewis, Bugalski, Cotta, Mc Carthy, Luscombe-Smith, y otros (2004), una investigación sobre la enseñanza de estrategias de afrontamiento en varios colegios de Australia, en la cual evidenciaron la importancia de la enseñanza de estrategias de afrontamiento a los jóvenes, igualmente se requiere en el contexto colombiano enseñar desde las Instituciones Educativas, estrategias de afrontamiento adecuadas, para que los jóvenes enfrenten cognitiva, afectiva y conductualmente las dificultades que se les presenta, pues en este contexto proliferan estrategias entre otras, que llevan al suicidio, la violencia, los embarazos no deseados o a temprana edad, el aborto, la desescolarización y el desplazamiento forzado.

Ampliar la investigación con pacientes hombres y mujeres obesas, para identificar similitudes y diferencias en sus autoesquemas y las estrategias de afrontamiento. Igualmente se recomienda para futuras investigaciones ampliar la evaluación con entrevistas semi estructuradas, para indagar en lo que Shavelson, Hubner y Stanton (1976), describen como Autoconcepto Académico, Autoconcepto Social, Autoconcepto Personal, Autoconcepto ético/moral y Autoconcepto Físico.

Se le recomienda a la Fundación que aplique el CAE y el CIE cuando las pacientes ingresan y posteriormente luego de recibir tratamiento, con el fin de observar si existen o no diferencias en los resultados.

REFERENCIAS

Abbott, P. (2007) Cultura Trauma y la calidad social en la post-soviética Moldavia y Bielorrusia, *Europa del Este Política y Sociedades*, 21, 219 a 258

Abbott, P. (2007) *la calidad social, calidad de vida y la felicidad en Londres, Seúl Mundial Foro Metropolitano, Felicidad y Evaluación de la Competitividad en el Mundial de Grandes Metrópolis.*

Almonacid Torregrosa, L., Moreno Tawil, M. (n.d), *Cirugía Bariátrica: una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida.* Obtenida el 10 de Noviembre de 2010, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-3472005000300005&script=sci_arttext.

Amagoia Alean, A.E, Ortega M.A, Ochoa de Alda, I., Yenes, F. (2001) *La Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios.* *Psicothema*, Vol. 13, Nº 4.

Bandura, A. (1987) *pensamiento y acción.* *Barcelona*, España. Ed. Martínez Roca.

Baltasar, A. (2001) *Obesidad y Cirugía- Como dejar de ser obeso* 2da edición, Madrid – España, Ed. Aran.

Beck, A., Freeman, A. Y otros. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad.* *Barcelona- España:* Ed. Paidós.

Bulbena Vilarrasa, P. Berrios, G. Larrinoa Palacios, P. (2003) *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología.* *Barcelona-España.* Ed Masson.

Branden, N. (1995) *Como mejorar su autoestima.* *Barcelona – España.* Ed. Paidós.

Branden, N. (2001) *Psicología de la autoestima.* *Barcelona – España* Ed. Paidós.

Casado Cañero, F. (1988) *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas.* *Alcalá de Guadaira.* Sevilla.

Carvajal, C. Durpely, J. Gempeler, J. Kattan, W. Llano, M. Zundel, N. (2004) *Obesidad un enfoque integral*. Santa Fe de Bogotá- Colombia, Ed. Universidad del Rosario.

Caro, I. (1997) *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos* 3ra Edición. Ed. Paidós

Ceballos, Y. (1997) *Medición y evaluación de los Autoesquemas (autoconcepto, autoimagen, autoestimas, autoeficacia) en individuos alcohólicos de la ciudad de Medellín*. Base de datos Universidad San buenaventura, Facultad de psicología.

Ceballos MR, Juffe A, Braguinsky J. (1996) *Aspectos psicológicos de la obesidad*. In: Braguinsky J et al. *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo.

Cifuentes Gonzales, J.J y Londoño Arredondo, N.H. (2011) *Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial* Universidad San Buenaventura, Medellín.

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). *La imagen corporal en los trastornos alimentarios*. *Psicothema*. 13(4), 533-538.

Instituto de Bienestar Familiar y universidad de Antioquia (2005) *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*.

Instituto de Bienestar Familiar y universidad de Antioquia (2007) *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*.

Fundación Universitaria Luis Amigó, (1993) *Investigación II*, primera Ed, Medellín- Colombia

Galeano Marín, M.E. (2004) *Estrategias de investigación social cualitativa*. Primera edición, Medellín: Editorial Universidad EAFIT.

Galeano Marín, M.E. (2006) *Modulo 3 Área de Investigación: Construcción de los datos en la Investigación en Ciencias Sociales*. Medellín.

Gascón, P., Migallon, P. (n.d) *Trastornos de Alimentación*. Obtenida el 10 de noviembre de 2010 de http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_3.pdf.

Giraldo, Huertas Juan José, (2006) *Manual para los seminarios de investigación en psicología: profundización conceptual y textual*. Primera Edición, Editorial Universidad cooperativa de Colombia, Bogotá.

Goldberg, A. (2002) *Base de una Buena salud. Nutrición*. Obtenida el 8 de marzo de 2011 de <http://www.obesidad.net>

Goldberg, A. (2002): *Secuelas de la obesidad en la salud*. Obtenida el 8 de Marzo de 2011, de <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3.shtml>

Goñi, A.; y Zulaika, L. M. (2000). *La participación en el deporte escolar y el Autoconcepto en escolares de 10/11 años de la provincia de Guipúzcoa*. APUNTS. Educación Física y Deportes.

González, J. *Cirugía bariátrica para el manejo de la obesidad mórbida*. Obtenida el 10 de Noviembre de 2010 de <http://preventiva.wordpress.com/2008/01/31/cirugia-bariatrica-para-el-manejo-de-la-obesidad-morbida/>>

Halpern A, Garrido Jr-A, Cordero RA. (1996) *Obesidad mórbida: cirugía de la obesidad*. In: Braguinsky J. *Obesidad*. Buenos Aires: El Ateneo.

Hurtado, de Barrera J. (2006) *El proyecto de investigación* Cuarta edición. Bogotá

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa*. Obtenida el 15 de abril de 2011. De <http://www.reduc.cl/reduc/mella.pdf>

Guisado, J. Francisco, J. Rubio, M. (2002) *Psicopatología En Pacientes Con Obesidad Mórbida Postcirugía Gástrica*. Obtenida el 10 de noviembre de 2010. De http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532002000100004&script=sci_arttext

Kovalskys, I. Bay, L. Herscovici, C. Berner, E. (2005) Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica” obtenida el 10 de noviembre de 2010 de http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000300016&ing=es

La Casa, Pilar. Villuendas, Dolores. (1988) *Acción y Representación en El Niño; Interacción Social y Aprendizaje*. Edición centro de publicaciones, secretaria general técnica. Ministerio Educación y Ciencia.

Lazarus, R.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.

Ledón Llanes, L. Agramonte Machado, A. Mendoza Trujillo, M. Fabré Redondo, B. Hernández Yero, J. (2007). *Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas*. Revista Cubana de Endocrinología vol.18, n.2

Ibor Lopez, A. Juan J. & Valdés Miyar, M. (2002) *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Lopez de Vergara, M. Lluch Canut, M. Novel, G. (2000) *Enfermería psicosocial, y salud mental*. Barcelona: Masson

Londoño, N. H., Henao, G. C., López, I. C., Posada, S. L., Arango D. & Aguirre, D. C. (2006). *Validación de la Escala de Estrategias Coping Modificado (EEC-M) en población colombiana*. En prensa, Revista Universitas Psychologic

Londoño Arredondo, N.H. Schnitter, M. Maestre, K. Marín, C.A. Chávez, L. Castrillón, D. (2004) “*Perfil cognitivo de los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín-Colombia: un abordaje desde la teoría de los trastornos de la personalidad*” Universidad San Buenaventura. Medellín

Londoño, N.H. Gaviria Patiño, C.D. Restrepo Ochoa, J.E. Raigoza Cardona, J. Mondragon Toro, L. Jaramillo, G. Rojas, C. (2008) *“Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada.* Universidad San Buenaventura. Medellín

Martin Padilla, E. Fajardo Gonzales, C. Gutiérrez Morales, A.; Palma Prieto, D. (2007). *Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá.* Acta Colombiana de Psicología. Vol.10, n.2

Martínez, C. *Obesidad Y Psicopatología* – Entrevista A Cristina Martínez Viana (Instituto Universitario Dexeus De Barcelona). Obtenido el 15 de marzo de 2011 de http://www.infocoponline.es/view_article.asp?id=1804

Martínez Celis, Otalvaro Rendón (2005) *“Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados VIH positivos en la ciudad de Medellín.* Universidad San Buenaventura. Medellín

Montt, S. Denisse Koppmann, A. Rodríguez, Alejandro. (n.d) *Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido.* Obtenida el 15 de marzo de 2011 de http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/aspectos_psiquiatricos_y_psicologicos.pdf

Núñez, Pérez, J. C, González- Pienda, J.A, González, Soledad, (1995) *Determinantes del rendimiento académico (variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto)*, España. Editor Universidad de Oviedo.

Parada Ortiz, Manuel. (2006). *Estrés, estilo de afrontamiento de adolescentes diabéticos tipo 1.* Terapia psicológica. Vol.24 n.002

Paez, Dario. Marquez, Jose. Insua, Patricia (1994) *Psicología social.* Ed. Mc Graw Hill. España

Pérez, E. Sandoval, M.J. Schneider, S.E. Azula, L.A. *Epidemiología Del Sobrepeso Y La Obesidad En Niños Y Adolescentes*. Revista De Posgrado Del 16 A Vía Cátedra De Medicina. N° 179

Pérez, J.C. y González Pienda, J. (1985) *Determinantes del Rendimiento Académico (variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto)*. Ed Universidad de Oviedo.

Rivas Guzmán, P. Tapia Duran, C. (2007) *estudio descriptivo – correlacional sobre las características de personalidad en adolescentes entre 16 – 18 años de edad, que presentan sobrepeso y obesidad, pertenecientes a liceos dependientes de las corporaciones municipales, de las ciudades de viña del mar y Valparaíso*. Chile

Rubio Herrera, M.A. (2005) *Manual de Obesidad Mórbida*. Primera edición, Madrid: Panamericana S. A.

Ruiz, J.J y Cano, J.J: (1999) *Las Psicoterapias. Introducción a las Orientaciones Psicoterapéuticas para Profesionales Sanitarios*. A Demanda; Jaén,

Tamayo, M. (1998) *El proceso de la investigación científica*. Tercera edición. Editorial Limusa. México.

Torres Hernandez, J. (2006) *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior*. Colima- Mexico

Tobón Álvarez, N.I. Cano Bedoya, V.H. Londoño Arredondo, N.H. (2009) *Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada*. Universidad San Buenaventura. Medellín

Alvarado, M. Guzmán, E. González, M. (2005) *Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad*. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 10 n.002

Valenzuela, A. (1996) *Obesidad*. Santiago, Chile: Mediterráneo, 1996

Vinaccia, E. Quiceno, M. Fernández, H. Calle, A. Naranjo, M. Osorio J. Jaramillo, M. (2008). *Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido*. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, n.10, pp.

Villareal, Romero J. *Obesidad infantil*. Obtenido el 10 de noviembre de 2010 de http://www.cpnlac.org/temas_cpnl/Tema_obesidad_infantil.htm

Zuckerfeld, R. (1979) *Psicoterapia de la obesidad*. Buenos Aires, Letra Viva.

ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LOS PARTICIPANTES

La estudiante Leysy Gisela Rentería Córdoba, se encuentra el trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga.

Esta investigación tiene por objetivo Identificar los autoesquemas y estilos de afrontamiento en mujeres obesas que asisten a la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón.

Por lo consiguiente, la colaboración prestada por usted para la realización de este trabajo de grado es de mucha importancia, y consiste en lo siguiente:

1. Firmar el consentimiento informado.
2. Contestar tres cuestionarios sobre la forma en que Ud. enfrenta las situaciones que se le presentan en su diario vivir, como también la manera en como Ud. piensa sobre Ud. mismo.
3. Permitir que los resultados de los cuestionarios sean utilizados para fines académicos, siempre y cuando se conserve el anonimato de su identidad, o aun estos resultados no sean publicados.
4. No se recibirá dinero u honorario alguno por participar en la investigación.

Espero su colaboración para la realización de este trabajo de grado, que finalmente beneficiará a la población que presenta obesidad.

Atentamente,

Leysy Gisela Rentería Córdoba

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un compromiso de comunicación que busca dar fe de la autorización que un paciente o su representante legal emiten a un profesional, en el caso de esta investigación, entre las personas que padecen obesidad que hacen parte de la Fundación Alternativa y Salud, Gorditos de Corazón y la investigadora, para llevar a cabo el ejercicio investigativo basado en las prácticas legales y éticas que rigen dicha institución y el código Psicológico Profesional Colombiano, en la ley 1090 de 2006.

Por ello, es pertinente aclarar qué en pro de mantener el equilibrio de los tres principios básicos, Beneficencia, Autonomía, Justicia y el debido cumplimiento del deber del psicólogo en la relación profesional, en caso de conflicto entre confidencialidad y consentimiento informado con personas que conforman una sociedad mundialmente reconocida, local, o personas naturales, como es el caso de esta investigación, por lo que se privilegia los principios de confidencialidad y de secreto profesional.

ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con C.C. N° _____ de _____. Por medio de la presente, hago constar que he sido ampliamente informada, y que se me ha explicado con claridad sobre los objetivos del trabajo de grado que realizará la estudiante **Leysy Gisela Rentería Córdoba**, inscrita en la **Institución Universitaria de Envigado** de la facultad de ciencias sociales psicología. De igual forma me han confirmado que mi identidad y la de mi será utilizada para fines académicos, y mis datos será confidenciales.

Por consiguiente acepto participar en la investigación de la siguiente manera:

1. acepto que se realice la investigación con fines educativos sobre autoesquemas y estrategias de afrontamiento de las pacientes obesas entre 25 y 35 años de edad que asisten a la fundación alternativa y salud gorditos del corazón durante el primer semestre de 2011.
2. contestare de manera objetiva y honesta los cuestionarios que me serán entregados.
3. Acepto que los resultados sean utilizados para publicaciones académicas, siempre y cuando mi identidad quede en el anonimato.
4. Acepto que no recibiré dinero por participar en la investigación.

Día ____ Mes ____ Año _____

Firma Participante
CC

Firma estudiante de Psicología
CC

ANEXO D. CUESTIONARIO DE AUTOESQUEMAS (C.I.E)

CUESTIONARIO DE AUTOESQUEMAS (C.I.E)

Personal

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, la cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho, Trate de evitar lo "neutro" o la respuesta tres, tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será este test para usted.

(AC 1-19) X= 67.5 / D.S.= 12.3 L.S.= 79.8 / L.I.= 55.2
(AI 20-31) X= 43.9 / D.S.= 7.2 L.S.= 51.1 / L.I.= 36.7
(AE 32-48) X= 65.5 / D.S.= 12.4 L.S.= 77.9 / L.I.= 53.1

5. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo.
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
2. Moderadamente en desacuerdo.
1. muy en desacuerdo

1	Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quiero ser	1 2 3 4 5 *
2	Me considero una persona poco madura	1 2 3 4 5 *
3	Casi nunca las cosas salen tan bien como quisiera	1 2 3 4 5 *
4	Me da dificultad reconocer que tengo cualidades	1 2 3 4 5 *
5	Soy demasiado exigente con Migo mismo	1 2 3 4 5 *
6	Soy una persona feliz	1 2 3 4 5
7	Me siento inconforme con casi todo lo que hago	1 2 3 4 5 *
8	Cometo muchos errores	1 2 3 4 5 *
9	Me siento muy indeciso ante la mayoría de situaciones de mi vida	1 2 3 4 5 *
10	Le doy mucha importancia a mis fracasos	1 2 3 4 5 *
11	Me considero una persona creativa	1 2 3 4 5
12	Me considero una persona inteligente	1 2 3 4 5
13	A menudo actúo en forma torpe	1 2 3 4 5 *
14	Me critico demasiado a mi mismo	1 2 3 4 5 *
15	Debo ser el mejor en todo	1 2 3 4 5 *
16	Me considero una persona exitosa en la vida	1 2 3 4 5
17	Tengo mucho control sobre mi mismo	1 2 3 4 5
18	Soy una persona segura de mi misma	1 2 3 4 5
19	Pienso que soy original	1 2 3 4 5

20	Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi cuerpo	1 2 3 4 5
21	Me considero una persona poco atractiva	1 2 3 4 5 *
22	No me gusta cuando alguien habla acerca de mi aspecto físico	1 2 3 4 5 *
23	Soy una persona bonita físicamente	1 2 3 4 5
24	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	1 2 3 4 5 *
25	No me siento sano	1 2 3 4 5 *
26	Estoy contento con mis rasgos físicos	1 2 3 4 5
27	Me consideran exitoso con las personas del sexo opuesto	1 2 3 4 5
29	Cuando me comparo con otras personas me siento poco atractivo	1 2 3 4 5 *
29	Padezco de dolores y malestares	1 2 3 4 5 *
30	Cuido bien de mi cuerpo	1 2 3 4 5
31	No uso alguna prenda de vestir que me agrada porque pienso que se ve mal en mi cuerpo	1 2 3 4 5 *

32	Saco poco tiempo para descansar	1 2 3 4 5 *
33	Casi siempre me reprocho mi modo de ser	1 2 3 4 5 *
34	Casi nunca recuerdo las cualidades que poseo	1 2 3 4 5 *
35	Casi siempre me culpo de lo malo que me sucede	1 2 3 4 5 *
36	Acostumbro felicitarme cuando algo que me he propuesto sale bien	1 2 3 4 5
37	A veces pienso que la gente me aprecia más de lo que yo mismo me aprecio	1 2 3 4 5 *
38	Siento que me quiero a mi mismo	1 2 3 4 5
39	No me doy gusto aunque pueda hacerlo	1 2 3 4 5 *
40	Siento que mi vida es una rutina	1 2 3 4 5 *
41	He realizado cosas que siempre he soñado hacer	1 2 3 4 5
42	Suelo manifestarme a mi mismo que me quiero	1 2 3 4 5
43	A veces me siento feliz conmigo mismo	1 2 3 4 5
44	Considero que le saco provecho a mi vida	1 2 3 4 5
45	Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero hacer	1 2 3 4 5
46	No realizo actividades distintas a las que hago diariamente	1 2 3 4 5 *
47	Me siento realizada como persona	1 2 3 4 5
48	Estoy satisfecho con el modo como yo trato a otras personas	1 2 3 4 5

ANEXO E. CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA (C.A.E)

PERSONAL

CAE

Marque con una X uno de los cinco números que encuentra al final de cada frase según usted esté:

- 5. MUY DE ACUERDO.
- 4 MODERADAMENTE DE ACUERDO.
- 3. NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO.
- 2. MODERADAMENTE EN DESACUERDO.
- 1. MUY EN DESACUERDO.

X = 93.26 / D.S = 13.19
L.S = 106.45 / L.I = 80.07

- | | |
|---|------------|
| 1) Soy capaz de resolver mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 2) Poseo las habilidades necesarias para comportarme en todas las situaciones. | 1 2 3 4 5 |
| 3) Me resulta fácil aprender cosas nuevas. | 1 2 3 4 5 |
| 4) Me es fácil enfrentarme a situaciones desconocidas. | 1 2 3 4 5 |
| 5) Si me lo propongo logro mis objetivos. | 1 2 3 4 5 |
| 6) Encuentro fácil superar los obstáculos. | 1 2 3 4 5 |
| 7) Encararía tareas como armar un gran rompecabezas. | 1 2 3 4 5 |
| 8) Soy muy persistente. | 1 2 3 4 5 |
| 9) Prefiero tareas simples. | 1 2 3 4 5 |
| 10) Poseo las capacidades necesarias para lograr metas importantes. | 1 2 3 4 5 |
| 11) Algo aprendido en una situación me capacita para desempeñarme en diferentes circunstancias. | 1 2 3 4 5 |
| 12) Me rindo ante la primera dificultad en los trabajos. | 1 2 3 4 5* |
| 13) Yo creo en mis propias capacidades. | 1 2 3 4 5 |
| 14) Me rindo rápidamente en tareas que sean fáciles. | 1 2 3 4 5* |
| 15) Soy incapaz de iniciar nuevos proyectos en mi vida. | 1 2 3 4 5* |
| 16) Evito las cosas que no puedo hacer. | 1 2 3 4 5* |
| 17) Fracasos consecutivos me hacen dudar de mis capacidades. | 1 2 3 4 5* |
| 18) Conocer que se debe hacer, garantiza mi adecuado desempeño. | 1 2 3 4 5 |
| 19) Soy competente en mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 20) Tiendo a evitar situaciones en las cuales he fracasado anteriormente. | 1 2 3 4 5* |
| 21) El ver a alguien competente en una situación, me permite creer que soy igualmente capaz. | 1 2 3 4 5 |
| 22) No creo tener las suficientes habilidades para afrontar riesgos y responsabilidades. | 1 2 3 4 5* |
| 23) Tener que esforzarme más que los demás, me hace dudar de mis capacidades. | 1 2 3 4 5* |

ANEXO F. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING- MODIFICADA (EEC- M)
Londoño N.H., Henao G.C., Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., Aguirre, D.C
(2005)
Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Instrucciones: A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas persona utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problemas. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi Nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

		↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Trato de comportarme como si nada hubiera Pasado	1 2 3 4 5 6												
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descanso, etc.,)	1 2 3 4 5 6												
3	Procuro no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6												
4	Descargo mi mal humos con los demás	1 2 3 4 5 6												
5	Intento ver los aspectos positivos del Problemas	1 2 3 4 5 6												
6	Le cuento a familiares y amigos como me Siento	1 2 3 4 5 6												
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6												
8	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6												
9	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6												
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos y bien pensados	1 2 3 4 5 6												
11	Procuro guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6												
12	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6												
13	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6												

1 2 3 4 5 6
Nunca Casi Nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

14	Pido consejo u orientación	1 2 3 4 5 6																	
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6																	
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6																	
17	Espero el momento oportuno para resolver el Problema	1 2 3 4 5 6																	
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6																	
19	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6																	
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6																	
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6																	
22	Expreso mi rabia sin calcular las Consecuencias	1 2 3 4 5 6																	
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6																	
24	Procuro hablar con personas responsables responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6																	
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6																	
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6																	
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6																	
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6																	
29	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6																	
30	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6																	
31	Salgo de cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6																	
32	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6																	
33	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6																	
34	Hablo con mis amigos o familiares para que animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6																	

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi Nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6																		
36	Rezo	1 2 3 4 5 6																		
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6																		
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6																		
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1 2 3 4 5 6																		
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6																		
41	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6																		
42	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6																		
43	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6																		
44	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6																		
45	Por mas que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6																		
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6																		
47	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6																		
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6																		
49	Acudo a la iglesia a poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6																		
50	Considero que las cosas por sí solas se Solucionan	1 2 3 4 5 6																		
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes Alternativas	1 2 3 4 5 6																		
52	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6																		
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6																		
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6																		

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi Nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6												
56	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1 2 3 4 5 6												
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6												
58	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6												
59	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6												
60	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6												
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6												
62	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6												
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6												
64	Trato de identificar las ventajas del Problema	1 2 3 4 5 6												
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6												
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6												
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6												
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6												
69	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6												