

Esquemas maladaptativos tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en una universidad pública de la ciudad de Medellín.

Johana Pelaez Urrea

Shadia Vega Lopez

Trabajo de grado para optar el título de
Psicólogas.

Asesor.

Hiader Jaime López Parra

Magíster en Psicología.

Universidad de Antioquia
Facultad ciencias sociales y humanas
Departamento de psicología.
Medellín.
2018.

Esquemas maladaptativos tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en una universidad pública de la ciudad de Medellín.

Early maladaptive schemes in women diagnosed with anorexia nervosa in a public university of the city of Medellin

Johana Pelaez Urrea

Shadia Vega Lopez

Trabajo de grado para optar el título de
Psicólogas.

Dirigido por: Hiader Jaime López Parra
Universidad de Antioquia

Nota de autor

Johana Pelaez Urrea Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia
Shadia Vega López, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia

Antioquia, Calle 67 No. 53 – 108, Medellín. 2018.

Contacto: Johana.pelaez@udea.edu.co

Shadia.vega@udea.edu.co

Contenido

1.	Resumen.....	5
2.	Formulación del proyecto.....	7
2.1.1	Planteamiento del problema.....	7
2.1.2	Objetivo general.....	7
2.1.3	Objetivos específicos.....	7
2.1.4	Preguntas de investigación.....	8
2.2	Justificación.....	8
2.3	Viabilidad del estudio.....	9
2.4	Deficiencias en el conocimiento del problema que orienta el estudio.....	10
2.5	Marco teórico.....	11
2.5.1	Hipótesis de trabajo.....	11
2.5.2	Fundamentación teórica de la hipótesis.....	11
2.5.2.1	Conceptualización.....	11
2.5.2.2	Origen.....	12
2.5.2.3	Dimensiones.....	13
2.5.2.4	Operaciones de esquemas.....	18
2.5.3	Definición de términos.....	21
2.5.4	Ejes teóricos.....	22
2.6	Reflexión Metodológica.....	22
2.6.1	Enfoque.....	22
2.6.2	Diseño.....	22

2.6.3	Tipo de Investigación.....	23
2.6.4	Población.....	23
2.6.5	Criterios de selección de la muestra- Informantes.....	23
2.6.6	Técnicas de recolección de datos- información.....	24
2.6.7	Criterios éticos y deontológicos.....	24
2.7	Resultados.....	25
2.8	Discusión.....	30
2.9	Conclusión.....	33
2.10	Recomendaciones.....	33
3.	Referencias.....	35
4.	Lista de Anexos.....	39
4.1	Consentimiento informado	39
4.2	Encuesta datos sociodemográficos y síntomas.....	42
4.3	Cuestionario de esquemas de Young	44

1. Resumen.

La presente investigación se realizó con el fin de identificar la relación existente entre esquemas maladaptativos tempranos y la anorexia nerviosa en mujeres. Se contó con la participación de 9 mujeres estudiantes de pregrado de una universidad pública de la ciudad de Medellín diagnosticadas con anorexia nerviosa. Para la medición se utilizó el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos de Young y Brown adaptado al contexto colombiano. Se encontró que ciertos esquemas maladaptativos tempranos y sus respectivos dominios esquemáticos aparecen reiterativamente en las participantes.

Palabras claves.

Esquema maladaptativo temprano, anorexia, dominio esquemático

Abstract.

The present investigation was carried out in order to identify the relationship between early maladaptive schemes and anorexia nervosa in women. It was attended by nine undergraduate women students of a public university in the city of Medellin diagnosed with anorexia nervosa. For the measurement, the questionnaire of early maladaptive schemes of Young and Brown, in its adapted edition to the Colombian context, was used. It was found that certain early maladaptive schemes and their respective schematic domains appear repeatedly in the participants.

Key Words.

Early maladaptive schemes, anorexia nervosa, Schematic domain.

2. Formulación del proyecto.

Esquemas maladaptativos tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en una universidad pública de la ciudad de Medellín.

2.1 Planteamiento del problema.

2.1.1 Objetivo general.

Explorar la relación existente entre esquemas maladaptativos tempranos y anorexia nerviosa en mujeres estudiantes de pregrado en universidad pública de la ciudad de Medellín.

2.1.2 Objetivos específicos.

- Medir esquemas maladaptativos tempranos presentes en mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa.
- Describir los esquemas maladaptativos tempranos que aparecen en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en universidad pública de la ciudad de Medellín
- Identificar dimensiones esquemáticas predominantes en mujeres con anorexia nerviosa en universidad pública de la ciudad de Medellín

2.1.3 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las dimensiones esquemáticas predominantes en mujeres con anorexia nerviosa en la Universidad de Antioquia?

2.2 Justificación.

El tema de la anorexia nerviosa ha sido estudiado e intentado explicar desde hace muchos años, alrededor de él se desarrollan diversas teorías y concepciones que podrían ser contrarias o alejadas entre sí, sin embargo, el intento y el interés por aclarar, describir y esclarecer su origen, sus síntomas y sus implicaciones sigue vigente en nuestros días, como lo señala Palacios (2007) quién hace un recorrido bibliográfico de las diversas concepciones de la anorexia nerviosa. Bravo, Perez y Plana (2000) en su revisión clínica, analizan el concepto, desarrollo y cuadro clínico del trastorno. Considerando que dentro de la etiología se encuentra el factor psicológico, las diferentes posturas dentro de la psicología se manifiestan divulgando sus teorías. Dentro de las teorías cognitivas, se encuentra que la anorexia posee dos tipos de disfunciones cognitivas que pueden influir en la aparición y mantenimiento del trastorno: El primero sería la “naturaleza y contenido” de falsas creencias y asunciones. El segundo hace referencia a los “modos de procesamiento de la información”, tales como la atención selectiva, distorsiones perceptivas, confirmaciones subjetivas y correlaciones ilusorias que mantienen las creencias y comportamientos (Gardner y Magana, 2006).

Lo anterior justifica el llevar a cabo el presente ejercicio investigativo, y de esta manera, aportar claridad sobre el tema, más específicamente relacionarla desde el punto de

vista cognitivo conductual, y una de sus teorías más representativas, la de los esquemas maladaptativos tempranos propuesta por Jeffrey Young (2015). Teniendo en cuenta que desde ésta teoría es poca la producción bibliográfica e investigativa relacionada con la anorexia nerviosa y, que se estima es de gran importancia la exploración y profundización de la misma dentro del campo de la Psicología cognitiva, se optó por llevar a cabo la investigación sobre ese tema.

Además de proporcionar más claridad sobre el tema, esta investigación en cuanto a sus fines prácticos permitirá establecer qué esquemas maladaptativos podrían atenderse de manera prioritaria cuando se haga intervención clínica con las personas que presenten la patología, metodología utilizada en otros estudios. Rondón (2013) diseñó una intervención clínica basándose en la aplicación del cuestionario de esquemas de Jeffrey Young. Además, podría contribuir a la realización de programas de prevención con personas que cumplan con el perfil esquemático que arrojen los resultados.

2.3 Viabilidad del estudio.

Después de hacer una amplia convocatoria en diversos lugares públicos de cada uno de los campus de la Universidad de Antioquia, respondieron 9 mujeres entre los 18 y 34 años de edad, todas ellas estudiantes de pregrado, luego de esto se contactó con cada una de ellas.

2.4 Deficiencias en el conocimiento del problema que orienta al estudio.

Según la revisión teórica, se evidencia un vacío conceptual en el emparejamiento de los temas trabajados en la presente investigación, es decir, existen numerosas investigaciones sobre Anorexia nerviosa, sus características, síntomas y causas asociadas al factor psicológico y social, como en la investigación desarrollada por Vellisca, Orejudo y Latorre (2012), donde se estudiaron las diferencias en la distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío o la realizada por Ruiz, Vázquez, Mancilla., López, Álvarez, y Tena. (2010), Donde se analizan los aspectos del funcionamiento familiar que explican parte del riesgo y la protección de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Con respecto a la teoría de los esquemas maladaptativos tempranos, existe suficiente claridad con la expuesta por Young, Klosko y Weishaar (2015) y se han realizado diversas investigaciones emparejando esta con fenómenos como la depresión y la ansiedad (Agudelo, Casadiegos, Sanchez, 2008), el alcoholismo (Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2010) y el maltrato (Gantiva et al 2009) sin embargo, la aplicación de esta teoría al la anorexia nerviosa no posee bibliografía esclarecedora que permita conectar y relacionar ambos contenidos.

2.5 Marco teórico.

2.5.1 Hipótesis de Trabajo.

Dominios esquemáticos como la sobrevigilancia e inhibición, y esquemas como metas inalcanzables/hipercriticismo, podrían favorecer la aparición de anorexia nerviosa en mujeres adultas jóvenes.

2.5.2 Fundamentación teórica de la hipótesis.

Esta investigación se realizó a partir de la teoría de esquemas maladaptativos tempranos propuesta por Jeffrey Young, la cual surge a partir de la búsqueda de una forma alternativa al modelo de terapia cognitiva planteada anteriormente por Beck para abordar los trastornos de personalidad, afirmando que aunque era eficaz, este modelo no había sido propuesto inicialmente para tratar este tipo de trastornos, por lo cual podría ser mejorado y así se aumentaría la efectividad en personas con la patología (Caro, 2007).

2.5.2.1 Conceptualización.

Los esquemas maladaptativos tempranos son patrones amplios y generalizados de contenido emocional y cognitivo poco adaptativo relativo a sí mismo y a la relación con los demás, se inician al comienzo del desarrollo y se van replicando a lo largo de la vida. Estos esquemas provocan conductas disfuncionales que suelen traer consecuencias negativas para el sujeto que los posee. Son verdades a priori y se autoperpetúan, aspecto que los hace

resistentes al cambio (Young, Klosko y Weishaar, 2015)

2.5.2.2 Origen.

Según Young, Klosko y Weishaar (2015), los esquemas maladaptativos tempranos encuentran su fundamento en tres aspectos, necesidades emocionales, experiencias vitales precoces y temperamento emocional.

Necesidades emocionales nucleares: los esquemas maladaptativos tempranos surgen a partir de necesidades emocionales nucleares insatisfechas durante la infancia, Young plantea cinco necesidades nucleares universales, que cada persona presenta en mayor o menor medida.

- Vínculos seguros y estables con los demás.
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
- Espontaneidad y juego.
- Límites realistas y autocontrol.

Experiencias vitales precoces: Las experiencias infantiles problemáticas constituyen el principal origen de los esquemas maladaptativos tempranos. Estas experiencias suelen venir del entorno familiar, y cuando el niño madura también pueden surgir de otras influencias como los amigos, la escuela o la comunidad en que se desarrolla. Young, Klosko y Weishaar (2015) proponen cuatro tipos de experiencias tempranas que desencadenan la adquisición de los esquemas.

- **Frustración tóxica de necesidades:** Esta se produce cuando el niño experimenta poco de algo bueno, su ambiente carece de algo importante, como estabilidad comprensión o amor.
- **Traumatización o victimización:** En este caso, al niño se le hiere o se le victimiza constantemente.
- **Exceso de algo bueno:** Los padres aportan en grandes cantidades algo que en cantidades moderadas sería saludable, el niño no es maltratado, pero sí consentido mimado o sobreprotegido.
- **Internalización selectiva:** El niño se identifica selectivamente e internaliza sentimientos, experiencias y conductas de sus padres.

Temperamento emocional: el temperamento, que es innato en cada uno de los niños interactúa con acontecimientos infantiles dolorosos a la hora de formar esquemas, la misma experiencia no afectará de la misma manera dos niños con temperamentos diferentes. el temperamento emocional también puede favorecer la aparición de ciertas vivencias tempranas (Young, Klosko y Weishaar, 2015).

2.5.2.3 Dimensiones.

Young, Klosko y Weishaar (2015) plantean un modelo de dieciocho esquemas maladaptativos tempranos que a su vez se agrupan en cinco dimensiones o dominios.

Dimensión desconexión y rechazo: las personas que presentan esquemas pertenecientes a este dominio son incapaces de establecer apegos seguros con otras personas ya que piensan que sus necesidades de seguridad, estabilidad y protección no serán atendidas

adecuadamente. Estas personas por lo general se criaron en familias abusivas, frías o con tendencia al rechazo. Los esquemas que podemos encontrar dentro de esta dimensión son:

- **Abandono/inestabilidad:** Las personas con este esquema tienen la idea de que quienes son significativos en su vida, no se quedarán con ellos y que los abandonarán por deseo propio o por causas externas.
- **Desconfianza/abuso:** Estos individuos tienen la convicción de que quienes están con ellos los usarán para sus propios fines egoístas.
- **Privación emocional:** Es la expectativa de que la propia necesidad de conexión emocional no será satisfecha debidamente. Esta aparece de tres formas: en primer lugar la privación de cuidados que hace referencia a la ausencia de afecto o atención. la segunda es la privación de empatía, que es la ausencia de escucha o comprensión, y la última es la privación de protección, que hace referencia a la falta de cuidado por parte de los demás.
- **Imperfección/vergüenza:** La persona tiene una percepción negativa de sí mismo, se ve como imperfecto, malo o inferior y piensa que los demás lo rechazan por esto.
- **Aislamiento social/ alienación:** Quien posee este esquema tiene la sensación de que es diferente de las demás personas y que no encaja en su entorno social.

Dimensión deterioro en autonomía y ejecución: Las personas que presentan esquemas pertenecientes a este dominio tienen expectativas sobre sí mismos y el mundo que se interponen con su capacidad para funcionar independientemente. Por lo general, estas personas fueron sobreprotegidas en su infancia o en algunas ocasiones fueron poco protegidos. Los esquemas pertenecientes a este dominio son:

- **Dependencia/ incompetencia:** Las personas con este esquema se sienten incapaces de llevar adecuadamente sus responsabilidades cotidianas sin ayuda de los demás.
- **vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad:** Se presenta un miedo exagerado a que se produzca una catástrofe en cualquier momento y ser incapaz de afrontarla, estas catástrofes pueden ser médicas, emocionales o externas.
- **Apego confuso/ yo maduro:** Estas personas suelen estar sobre implicadas con una o más personas significativas, tienden a creer que no pueden estar bien si la otra persona y suelen carecer de un sentido de identidad y dirección.
- **Fracaso:** Aquí se encuentra la creencia de que siempre se fallará en áreas donde se desea un logro, este esquema incluye sentimientos de ausencia de inteligencia, talento o éxito.

Dimensión límites deficitarios: En esta dimensión podemos encontrar personas que no desarrollaron límites internos apropiados relacionados con la autodisciplina y la reciprocidad. Presentan dificultades para respetar derechos ajenos, cooperar, cumplir con los compromisos aceptados y llevar a cabo objetivos a largo plazo. Estas personas crecieron en familias excesivamente permisivas e indulgentes. Los esquemas que pertenecen a este dominio son:

- **Grandiosidad/autorización:** Los individuos con este esquema presentan sentimientos de superioridad con respecto a las demás personas, por lo que piensan que tienen derechos y privilegios que los demás no. estas personas no se sienten vinculadas a las normas de reciprocidad que rigen las interacciones sociales, por tanto hacen lo que quieren cuando quieren, suelen ser dominantes y carecen de empatía.
- **Insuficiente autocontrol/ autodisciplina:** estas personas tienen poca tolerancia a la

frustración para alcanzar lo que se proponen, tienen poca regulación en la expresión de sus emociones y son impulsivas.

Dimensión dirección por las necesidades de los demás: Las personas con esquemas pertenecientes a este dominio le dan una importancia excesiva a satisfacer las necesidades de los demás por encima de las propias, todo esto con el fin de obtener aprobación. En la infancia estas personas no tuvieron la suficiente libertad para expresar sus demandas y necesidades. Los esquemas pertenecientes a esta dimensión son:

- **Subyugación:** Las personas con este esquema se rinden excesivamente al control de los demás para evitar la ira o el abandono, estas personas suprimen sus necesidades a la vez que lo hacen con sus respuestas emocionales ya que piensan que las mismas no tienen validez ni importancia.
- **Autosacrificio:** se satisfacen las necesidades de los demás a expensas de las propias todo esto con el objetivo de evitar el dolor ajeno y la culpabilidad o mantener vínculos emocionales. las personas con este esquema tienen una sensibilidad aguda hacia el sufrimiento de los demás.
- **Búsqueda de aprobación/ reconocimiento:** Estas personas prefieren la aprobación de los demás por encima del desarrollo de un self genuino y seguro, su autoestima depende más de las reacciones de los demás que de las propias.

Dimensión sobrevigilancia e inhibición: las personas con esquemas pertenecientes a este dominio suprimen sus sentimientos e impulsos por satisfacer reglas internas sobre su ejecución, todo esto a expensas de la felicidad, relajación, relaciones cercanas o una buena

salud. En su infancia estos pacientes fueron reprimidos y sometidos a reglas estrictas. En esta dimensión encontramos los siguientes esquemas:

- **Negatividad/ pesimismo:** estas personas se centran permanentemente en los aspectos negativos de la vida al mismo tiempo que ignoran o restan importancia a los aspectos positivos, presentan un miedo exagerado a cometer errores por lo que tienden a estar constantemente preocupados e hipervigilantes.
- **Inhibición emocional:** se limita la expresión de emociones, actuaciones y sentimientos, no hay espontaneidad y se evita todo el tiempo perder el control de impulsos, todo esto con el fin de evitar críticas. Estas personas suelen presentarse como planas, distantes y frías.
- **Metas inalcanzables/hipercriticismo:** las personas que presentan este esquema suelen tener la idea de que deben esforzarse mucho para satisfacer estándares muy altos, generalmente para evitar desaprobación o vergüenza. este esquema se presenta de tres maneras: En primer lugar **perfeccionismo**, que es la necesidad de hacer todo de forma correcta, luego **metas rígidas y deberías** en muchas áreas de ejecución y por último **preocupación exagerada por el tiempo y la eficiencia**.
- **Castigo:** Las personas con este esquema tienen la convicción de que todo el que comete errores debe ser castigado, por lo que tienden a ser intolerantes con aquellos que no satisfacen sus propios estándares.

2.5.2.4 Operaciones de esquemas.

Con respecto a los esquemas, Young, Klosko y Weishaar (2015) plantean dos

operaciones básicas posibles, la perpetuación y el cambio de los mismos. Cada suceso en la vida del individuo, ya sea pensamiento, emoción o conducta va llevar a cabo alguna de estas dos acciones, o bien podrá alimentar (perpetuación) y mantener el esquema o lo debilitará (cambio).

Perpetuación: hace referencia a todas aquellas conductas tanto internas como externas que mantienen en funcionamiento el esquema, esta se da a través de tres mecanismos primarios que son: Las distorsiones cognitivas, los patrones de vida autoderrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas.

Distorsiones cognitivas: En estas, los individuos perciben e interpretan de manera equivocada las situaciones de su día a día, lo que provoca que el esquema se refuerce tomando solo la información que confirma el mismo y negando cualquier otra que intente contradecirlo. Young, Klosko y Weishaar (2015) retoman entre otras, algunas de las distorsiones cognitivas planteadas por Beck, Rush, Shaw y Emery en su libro *“Terapia cognitiva de la depresión”* (1983).

- **Inferencia arbitraria:** Adelantar a conclusiones en ausencia de evidencia.
- **Abstracción selectiva:** Centrarse en un detalle y conceptualizar toda la experiencia en base a este ignorando otras características relevantes de la situación.
- **Generalización excesiva:** Elaboración de reglas generales o conclusiones a partir de uno o varios hechos aislados.
- **Maximización y minimización:** Son errores al evaluar la magnitud de un evento
- **Personalización:** consiste en atribuirse la responsabilidad de fenómenos externos,

aun cuando no existe evidencia de la misma.

- **Pensamiento absolutista dicotómico:** es la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

Patrones vitales contraproducentes: Son formas de comportamiento seleccionadas por el individuo de manera inconsciente que lo llevan a permanecer en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema, también lo llevan a evitar situaciones que podrían curar o modificar el mismo.

2.5.2.5 Estilos de afrontamiento propios del esquema: Las personas suelen desarrollar estos estilos de afrontamiento disfuncionales desde la infancia, esto se hace con el fin de no experimentar las emociones que aparecen cuando se activa el esquema, estos estilos evitan que se active el esquema pero no lo desaparecen. En este grupo podemos encontrar tres respuestas de afrontamiento del esquema básicas y universales:

- **Rendirse ante el esquema:** La personas no intenta evitar ni luchar contra el esquema, sino que acepta el mismo como cierto y se conforman a sentir el malestar que este les produce. Inconscientemente, el paciente repite patrones que producen la activación del esquema.
- **Evitación:** En este estilo la persona intenta llevar su vida de una manera buscando que el esquema no se active, por lo que evita cogniciones, afectos o conductas que tengan que ver con el esquema.
- **Sobrecompensación:** Cuando el individuo sobrecompensa está luchando contra su esquema pensando, sintiendo comportándose y relacionándose con los demás de

forma opuesta a lo que su esquema dicta. Aunque la sobrecompensación puede verse como un intento medianamente saludable de luchar contra el esquema, este continúa perpetuándose en lugar de curarse.

Cambio de esquema: Este proceso conlleva una devaluación de los elementos disfuncionales que componen el esquema, supone disminuir la intensidad de los recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones que componen el esquema. Este cambio de esquema también supone un cambio conductual ya que los pacientes deben aprender a reemplazar estilos de afrontamiento desadaptativos por unos que le permitan adaptarse mejor (Young, Klosko y Weishaar, 2015).

Respecto a la curación del esquema Young, Klosko y Weishaar (2015) plantean que deben tenerse en cuenta tres aspectos fundamentales: En primer lugar, está el hecho de que como ya vimos, los esquemas son rígidos y difíciles de cambiar, ya que las personas se resisten a ello. En segundo lugar, que para cambiarlos el individuo debe enfrentarse a ellos. En tercer y último lugar, que los esquemas no desaparecen ni se curan por completo, solo pueden flexibilizarse y llegar al punto en que se activan con menos frecuencia por lo que el afecto asociado al mismo será menos intenso.

2.5.3 Definición de términos.

Esquema maladaptativo temprano: patrón amplio y generalizado de contenido emocional y cognitivo, poco adaptativo, relativo a sí mismo y a la relación con los demás, se inicia al comienzo del desarrollo y se van replicando a lo largo de la vida. Provoca conductas

disfuncionales que suelen traer consecuencias negativas para quien los posee. Son verdades a priori y se autoperpetúan, aspecto que los hace resistentes al cambio (Young, Klosko y Weishaar, 2015)

Trastorno de la conducta alimentaria: Los TCA se caracterizan por una alteración de la ingesta normal de alimentos o la conducta sobre el control del peso, aspecto que desata consecuencias fisiológicas y psicosociales. Como resultado de lo anterior, aparece una malnutrición que afecta no sólo al organismo sino a su sistema cerebral, lo que a su vez perpetúa el trastorno. Se debe tener en cuenta que estas alteraciones conductuales no son secundarias a complicaciones médicas o psiquiátricas. (Acerete, Trabazo y Ferri, 2010)

Anorexia nerviosa: Es una enfermedad de carácter psicossomático, que presenta una alteración de la imagen corporal y un trastorno de la conducta alimentaria, cuyo rasgo clínico principal es la negativa a alimentarse de forma apropiada, por un temor irracional ante la posibilidad de ganar peso (CIE-10, 1992).

La anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y la estatura, un constante miedo a ganar peso o convertirse en obeso, y la presencia de una distorsión de la imagen corporal.

Esta, junto con el trastorno de Rumiación, el trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos, la bulimia Nerviosa, el Trastorno por atracón y los trastornos de la Ingestión de alimentos no especificados conforman el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM V, 2013)

2.5.4 Ejes teóricos.

El primer y eje en el cual se basará la presente investigación, será la teoría de esquemas maladaptativos tempranos formulada por Jeffrey Young, se busca a presentar una breve descripción sobre este tema que permitirá vislumbrar una relación entre los esquemas y la aparición de anorexia nerviosa. El segundo eje teórico será la anorexia nerviosa, se presentará su definición y algunos otros aspectos como factores de riesgo y principales síntomas, basados principalmente en lo consignado sobre el tema en el CIE 10 y el DSM -V.

2.6 Reflexión metodológica.

2.6.1 Enfoque.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se utilizó la recolección de datos para trabajar con una hipótesis planteada inicialmente a partir de ciertas preguntas, utilizando como herramientas la medición numérica y el análisis estadístico, todo esto con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

2.6.2 Diseño.

En cuanto al diseño de esta investigación fue transversal no experimental, debido a que las variables fueron identificadas en un momento específico en el tiempo y no hubo una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, simplemente se

observó la forma en que se comportaban las variables en forma natural y sin intervención alguna (Sousa, Driessnack y Costa. 2007)

2.6.3 Tipo de investigación.

La presente investigación fue un estudio de caso múltiple, ya que por medio de la aplicación de una prueba se pudo dilucidar, medir y registrar la conducta y cogniciones de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, en este caso, mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa. (Martínez, 2006)

2.6.4 Población.

La población objeto de estudio está compuesta por un grupo de nueve mujeres estudiantes de pregrado en una universidad pública de la ciudad de Medellín, con edades comprendidas desde los 19 a los 27 años de edad y diagnóstico de anorexia nerviosa. Se accedió a la población por medio de comunicaciones ubicadas en sitios estratégicos de los diferentes campus en las que se invitaba a las mujeres que tuvieran un diagnóstico de anorexia nerviosa a que participaran en la investigación.

2.6.5 Criterios de selección de la muestra- informantes.

Los criterios para la selección de la población fueron personas de sexo femenino, sin importar edad que estuvieran cursando un programa de pregrado en una universidad pública

de la ciudad de Medellín y que tuvieran un diagnóstico específico de anorexia nerviosa y no de otro trastorno de la conducta alimentaria.

2.6.6 Técnicas de recolección de datos- información.

La herramienta utilizada en esta investigación para la recolección de la información fue el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos de Jeffrey Young YSQ-L2, (adaptación al contexto colombiano por D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter, 2003). Además de esto se utilizó un cuestionario en el que se indagaba sobre algunos de los datos de las participantes como su edad, estado civil, creencias religiosas entre otros.

2.6.7 Criterios éticos y deontológicos.

La presente investigación fue realizada siguiendo los lineamientos éticos establecidos por la ley 1090 del 2006 capítulo VII “De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones”, respetando especialmente los artículos 49, 50 y 56. También se implementó un consentimiento informado, (se anexa el formato) donde se garantiza la confidencialidad asegurando que el uso de la información obtenida de las participantes será con fines académicos y cuya identidad no será revelada a terceros.

2.7 Resultados.

Tabla 1: Datos sociodemográficos.

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Barrio	Estrato	Nivel educativo	Pregrado	Creencias religiosas
A	Femenino	19	Soltera	Playa Rica	3	Pregrado	Química	Agnóstica
B	Femenino	18	Soltera	San Javier	2	Pregrado	Bibliotecología	Cristiana
C	Femenino	30	Soltera	Envigado	4	Pregrado	Nutrición	Judía
D	Femenino	24	Soltera	Chagualo	3	Pregrado	Odontología	Católica
E	Femenino	32	Soltera	Buenos Aires	3	Pregrado	Lic. Educación	Atea
F	Femenino	19	Soltera	Envigado	3	Pregrado	Nutrición	Católica
G	Femenino	19	Soltera	Limonar	1	Pregrado	Bibliotecología	Católica
H	Femenino	22	Soltera	Robledo	2	Pregrado	Lic. Ed. Física	Atea
I	Femenino	27	Soltera	Las Brisas	3	Pregrado	Odontología	Budista

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de las participantes donde se observa que el 100% de las personas evaluadas (9) son del sexo femenino. De las nueve participantes, el 34% (3) tiene 19 años. El 11% (1) tiene 18 años. El 11% (1) tiene 22 años. El 11% (1) tiene 24 años. El 11% (1) tiene 27 años. El 11% (1) tiene 30 años. El 11% (1) tiene 32 años. En cuanto al estrato socioeconómico, el 56% (5) pertenecen a estrato socioeconómico 3, el 22% (2) a estrato 2. El 11% (1) a estrato 1 y el otro 11% (1) a estrato 4. Con respecto a las creencias religiosas, se encontró que el 34% (3) pertenecen a la religión católica. El 22% (2) es atea. El 11% (1) es cristiana. El 11% (1) es judía. El 11% (1)

pertenece a la religión budista y el 11% es agnóstica. Todas las participantes se encuentran cursando un pregrado en la Universidad de Antioquia donde el 22% (2) se encuentra cursando el pregrado de bibliotecología. El 22% (2) estudia nutrición. El 22% (2) odontología. El 11% (1) licenciatura en educación, otro 11% (1) licenciatura en educación física y otro 11% (1) estudia química. En cuanto al lugar de residencia, el 23% (2) vive en envidado, el resto de las participantes reside en distintos barrios de la ciudad de Medellín, entre los que encontramos : Buenos aires (1), Chagualo (1), Las brisas (1), Limonar (1), Playa rica (1), Robledo (1), San Javier (1). De las nueve personas evaluadas, el 100% son solteras.

Tabla 2: Diagnóstico y síntomas presentes en cada una de las participantes.

Participante	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Diagnóstico	NO	SI							
Miedo intenso a aumentar de peso	SI								
Negación a mantener un peso normal	SI	NO	SI						
Evitación de alimentos que engordan	SI	NO	SI						
Vómitos auto provocados	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
Purgas intestinales	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Consumo de anorexígenos o diuréticos	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Distorsión imagen corporal	SI	NO	SI						
Ejercicio excesivo	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2, se encuentra la información respecto al diagnóstico de las participantes, donde de las nueve mujeres evaluadas, ocho tienen un diagnóstico de anorexia nerviosa hecho por un profesional de la salud mental, la restante, aunque presenta la mayoría de los síntomas no ha solicitado atención profesional. También se encuentra información sobre los síntomas y manifestaciones que se presentan en la patología, encontramos que: el 100% (9) de las participantes reporta miedo intenso a aumentar de peso, el 89% (8) se niega a mantener el peso normal para su edad y estatura, el 89% (8) evita consumir “alimentos que engordan”, el 56 % (5) presenta vómitos auto provocados, el 67% (6), realiza purgas intestinales por medio de laxantes, el 78% (7) consume anorexígenos o diuréticos y por último, el 67% (6) de las participantes se ejercita de forma excesiva.

Tabla 3: Diagnóstico, síntomas y número de participantes.

Criterio	Número de participantes
Diagnóstico	8
Miedo intenso a aumentar de peso	9
Negación a mantener un peso normal	8
Evitación de alimentos que engordan	8
Vómitos auto provocados	4
Purgas intestinales	3
Consumo de anorexígenos o diuréticos	2
Distorsión imagen corporal	8
Ejercicio excesivo	3

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Esquemas maladaptativos tempranos presentes en cada una de la participantes.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Estándares inflexibles 1	SI	NO	SI						
Privación emocional	SI	SI	NO						
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	SI	SI	NO						
Insuficiente autocontrol	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
Inhibición emocional	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO
Abandono	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Desconfianza/Abuso	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Autosacrificio	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Estándares inflexibles 2	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI
Derecho	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Entrampamiento	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra los resultados de la aplicación del cuestionario, los cuales arrojaron que: el 89% (8) de las participantes presenta el esquema estándares inflexibles 1, el 78% (7) el esquema privación emocional, el 78% (7) el esquema vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, el 67% (6) el esquema insuficiente autocontrol, el 67% (6) el esquema inhibición emocional, el 56% (5) el esquema abandono, el 56% (5) el esquema

desconfianza/abuso, el 56% (5) el esquema autosacrificio, el 56% (5) el esquema estándares inflexibles 2, el 33% (3) el esquema derecho, y el 33% (3) el esquema entrampamiento.

Tabla 5: Esquemas maladaptativos tempranos y número de participantes.

Esquema	Número de participantes
Estándares inflexibles 1	8
Privación emocional	2
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	2
Insuficiente autocontrol	3
Inhibición emocional	6
Abandono	5
Desconfianza/Abuso	4
Autosacrificio	5
Estándares inflexibles 2	5
Derecho	3
Entrampamiento	3

Fuente: Elaboración propia.

2.8 Discusión.

Los resultados de la aplicación del cuestionario, señalan que existe una mayor tendencia en la presencia de los esquemas pertenecientes a la dimensión sobrevigilancia e inhibición (Estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2 e inhibición emocional). Las personas que presentan esquemas en esta dimensión se caracterizan por la anulación de sentimientos e impulsos espontáneos, un esfuerzo por el cumplimiento de reglas internas rígidas, sacrificando aspectos como su bienestar emocional, físico y relaciones interpersonales adecuadas (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín, y Schnitter, 2005). Lo anterior puede evidenciarse claramente en las mujeres con anorexia nerviosa, las cuales poseen una visión perfeccionista de cómo debería lucir su cuerpo, lo que las lleva a establecer pautas de comportamiento rígidas que suelen ser extremas y desadaptativas, lo cual deteriora su salud y su vida interpersonal.

Según los planteamientos que ofrece la teoría, el origen de la aparición de estos esquemas, se explican con una infancia caracterizada por la contención de la espontaneidad, donde los cuidadores o la familia de origen se comportaron de manera severa, rígida y en algunas ocasiones punitiva, donde la ejecución, el deber, el perfeccionismo, la evitación de los errores y la supresión de las emociones, predominan sobre la espontaneidad y la diversión (Young, Klosko, y Weishaar ,2015). Según Young, Klosko, y Weishaar (2015), una de las condiciones para el desarrollo de un esquema maladaptativo temprano es la presencia de necesidades emocionales nucleares insatisfechas, en el caso de esta dimensión sería la frustración de espontaneidad y juego.

En cuanto a los esquemas pertenecientes a la dimensión de límites deficitarios (derecho e insuficiente autocontrol) era de esperarse que se obtuvieron puntuaciones con tendencia baja, ya que las personas con este tipo de esquemas se caracterizan por parecer malcriados, egoístas e irresponsables, todo esto debido a que su crianza estuvo a cargo de familias de origen permisivas e indulgentes (Young, Klosko, y Weishaar ,2015). Teniendo en cuenta que las mujeres con anorexia nerviosa presentan en su mayoría esquemas de rigidez y perfeccionismo, es poco frecuente que en ellas presenten límites insuficientes.

Con respecto a los esquemas que presentaron menor recurrencia, encontramos que son los pertenecientes a la dimensión deterioro en autonomía y ejecución, donde se ve afectada la capacidad de funcionar independientemente (Castrillón et al, 2005). Estos esquemas se originan por una infancia donde los padres fueron sobreprotectores y no les permitieron ser independientes, es decir, les impidieron explorar y llevar a cabo sus propios objetivos haciendo todo por ellos, lo que invalidó su auto-confianza y su capacidad para desempeñarse competentemente en diversas situaciones (Young, Klosko, y Weishaar ,2015). Es claro que esta dimensión puntuó bajo porque en lugar de ser sobreprotegidos, las personas que presentan esquemas de la dimensión sobrevigilancia e inhibición, fueron criadas con estándares altos y exigentes (Young, Klosko, y Weishaar ,2015), donde en lugar de hacer todo por ellas, probablemente, su desempeño fue tratado como insuficiente, y fueron alentadas a que debían hacerlo siempre mejor y buscar la perfección.

Con respecto a lo encontrado en los datos sociodemográficos, el primer factor predominante es el sexo de las participantes, aunque es un dato que llama la atención no llega a ser una sorpresa, ya que ser mujer es un considerado un factor de riesgo para la anorexia nerviosa. Uribe (2007) plantea que esta vulnerabilidad en el sexo femenino podría explicarse principalmente por los imaginarios y estándares impuestos socialmente de lo que sería el cuerpo ideal, donde la mujer se culpabiliza por su cuerpo y lo descalifica al percibirlo distante de este modelo ideal.

Otro dato interesante es la aparición de la soltería como estado civil de todas las participantes, esto puede explicarse también desde los patrones de pensamiento y conductas perfeccionistas encontrados como resultado de la aplicación del cuestionario, ya que los estándares excesivamente altos y expectativas de desempeño poco flexibles acompañados

crítica tanto a sí mismo como a los demás suele traer consigo dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales duraderas. (Chemisquy, 2017).

Con respecto a la carrera que estudian las participantes, aunque se esperaba debido a la naturaleza del trastorno en cuestión que hubiese un mayor número de estudiantes pertenecientes a nutrición y dietética, se encontraron diversos pregrados distribuidos equitativamente sin imposición de ninguna carrera sobre las otras.

En cuanto a otros aspectos encontrados como la edad, o el estrato, se ha encontrado concordancia con las estadísticas generales para la anorexia nerviosa, donde se dice que la misma suele aparecer mayoritariamente en personas jóvenes y de estrato socioeconómico medio-alto.

Al analizar los datos obtenidos al indagar por los síntomas, se encuentra la presencia del miedo intenso a subir de peso, negación a mantener un peso normal y evitación de alimentos que engordan en la mayoría de las participantes, lo que podría relacionarse con la dimensión esquemática predominante de sobrevigilancia e inhibición, la cual se caracteriza por el establecimiento de metas y reglas estrictas (Young, 1993) . Al considerarse como algo negativo subir de peso, es posible que se fije una meta relacionada con la imagen corporal la cual es inflexible, por lo tanto, aparece la negación y evitación de factores que interfieran con el propósito inicial, lo anterior respaldado por los dominios esquemáticos de estándares inflexibles.

Los síntomas menos frecuentes en las participantes fueron los de vómito autoprovocado, purgas intestinales y consumo de anorexígenos, podría especularse que los comportamientos relacionados con estos síntomas, son más característicos en una estructura impulsiva, y al comparar con los esquemas menos frecuentes, se puede identificar que son

precisamente aquellos que describen un bajo autocontrol y planeación. La escasa aparición de los síntomas mencionados anteriormente, está relacionada con un tipo de anorexia específica, la del tipo restrictivo, ésta se identifica porque durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no acostumbra a utilizar los métodos de atracones o purgas como pueden ser la provocación de vómito o uso excesivo de laxantes o diuréticos (Meler y Planell, 2013).

2.9 Conclusión.

En cuanto a los objetivos planteados para esta investigación, se puede concluir que cada uno de ellos se alcanzó satisfactoriamente, ya que se logró una correcta exploración de la relación existente entre esquemas maladaptativos tempranos y anorexia nerviosa. Lo anterior, fue posible gracias a la metodología planteada y al instrumento utilizado, aspectos que permitieron medir, describir e identificar los dominios esquemáticos y los esquemas que aparecen en la población seleccionada.

El resultado que arrojó la presente investigación, es que existen esquemas maladaptativos tempranos (Estándares inflexibles 1 y 2 e inhibición emocional) junto con sus dominios esquemáticos (Sobrevigilancia e inhibición) que emergen reiterativamente en las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa.

2.10 Recomendaciones.

Dentro de las recomendaciones principales que se hacen a raíz de este estudio se encuentran generar más investigaciones sobre anorexia nerviosa en el contexto de la ciudad de Medellín, debido a que en la revisión bibliográfica se encontraron pocos estudios

relacionados al tema, todo esto teniendo en cuenta que el ideal de mujer que caracteriza a la ciudad de Medellín puede favorecer la aparición de estándares inflexibles, lo que puede significar, como se ha mencionado anteriormente un factor que genere una vulnerabilidad para la aparición de anorexia nerviosa.

También se recomienda la elaboración de más investigaciones con énfasis en el género masculino y cómo se desarrolla la anorexia nerviosa en ésta población, ya que, aunque se sabe que el trastorno de la conducta alimentaria se presenta mayoritariamente en mujeres, también aparece en hombre y hay muy poca producción bibliográfica en el tema.

3. Referencias.

- Acerete, D. , Trabazo, R & Ferri, N. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. . Marzo 15, 2017, de Asociación Española de Pediatría Sitio web:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
- Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., y Sánchez Ortíz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1).
- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Editorial medica panamericana
- Beck, A. , Rush, A., Shaw, B. & Emery, G.. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A., & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría*, 72(4), 300-305.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclée de Brouwer.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-(YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37(3).
- Castrillon, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marin, C. Y Schnitter, M..

(2005). Validación del Young schema questionnaire long form en población colombiana. *Revista latinoamericana de psicología*, 37, 541-560.

Chemisquy, S. (2017). Las dificultades interpersonales de los perfeccionistas: consideraciones teóricas sobre el modelo de desconexión social . Abril 30 2018, de Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC) Sitio web:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062017000200007

de Psicólogos, C. C. (2006). Ley 1090: Código Deontológico y Bioético y Otras disposiciones.

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2).

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134

Garner, D. M., & Magana, C. (2006). Cognitive vulnerability to anorexia nervosa. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*, 365-403.

Hernandez, Fernandez y Baptista . (2010). Metodología de la investigación . Mexico :
McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V..

- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20).
- Martinez, P. (2007). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *pensamiento & gestion* , 20, 165-193.
- Meler, M. E. L., & Planell, L. S. (2013). *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. Editorial AMAT.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el
- Palacios Espinosa, X. (2007). Evolución de las teorías cognoscitivas y del tratamiento cognoscitivo conductual de la anorexia nerviosa. *Terapia psicológica*, 25(1), 73-85.
- Rondón Montañez, M. C. (2013). Intervención psicológica, cognitivo-conductual con mujeres que maltratan a sus hijos.
- Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., MANCILLA-DÍAZ, J. U. A. N., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Sousa, Driessnack y Costa. (2007). Revision de diseños de investigación resaltantes para enfermería parte 1: diseños de investigacion cuantitativa . *Rev Latino-am Enfermagem*, 15 (3), sin paginación.
- Uribe, J. (2007). Anorexia: Los factores socioculturales de riesgo . Colombia: Universidad de

Antioquia.

Vellisca González, M. Y., Orejudo Hernández, S., & Latorre Marín, J. I. (2012). Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío. *Clinica y Salud*, 23(2), 111-121.

Young, J., Klosko, J. Y Weishaar, M. (2015). *Terapia de Esquemas*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

4. Lista de anexos.

4.1 Consentimiento informado

Investigadores: Johana Peláez Urrea y Shadia Vega López

Título del Proyecto: _____
_____.

Introducción

A usted señor(a)....., lo estamos invitando a participar de la investigación _____
_____.

Queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.
- En caso de ser usted menor de edad, se hace necesario que este documento sea conocido, aprobado y firmado por su padre o acudiente.

A. Información sobre el estudio.

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y de ser necesario para preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados de este estudio, con el investigador o con cualquier persona que usted considere necesaria.

B. Propósito.

El objetivo de esta investigación es identificar Esquemas Maladaptativos Tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa

C. Procedimiento.

Si accede a participar en esta investigación, se le proporcionará un cuestionario cuyo fin será recolectar información que permita determinar qué Esquemas Maladaptativos Tempranos posee. En caso que usted lo desee, al finalizar la investigación podrá obtener retroalimentación a partir de los resultados.

D. Inconvenientes y riesgos.

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral. Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o quien crea necesario.

E. Reserva de la información y secreto.

Garantizando su derecho a la intimidad, cualquier información recolectada será manejada a nivel confidencial y sólo para fines académicos. Recuerde que únicamente los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a su información personal. Nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los datos personales de quienes participen en esta investigación.

Después de haber leído y comprendido toda información contenida en este documento con relación a la investigación “Esquemas Maladaptativos Tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa”, y de haber recibido de las investigadoras Shadia Vega y Johana Peláez, explicaciones verbales sobre ella y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que yo

_____ he resuelto participar en la misma.

Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar los resultados de esta propuesta en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de las investigadoras

el día _____ del mes de _____ del año _____ .

Nombre, firma y documento de identidad del participante

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad de las investigadoras

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____ de _____

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____ de _____

4.2 Encuesta datos sociodemográficos y síntomas

Sexo: F ___ M ___

Edad: ___

Estado civil : _____

Estrato socioeconómico: _____

Barrio: _____

Nivel de escolaridad: (Marcar el nivel que está cursando)

Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Pregrado ___

Si es estudiante de Técnica, tecnología o pregrado, especificar carrera : _____

Ocupación: _____

¿Realiza alguna actividad de ocio/ hobby? Si ___ No ___

¿Cuál? _____

Creencias religiosas: _____

¿Fue diagnosticada/o con Anorexia Nerviosa? Si ___ No ___

Marque con una X cuáles de los siguientes síntomas presenta:

Miedo intenso de aumentar de peso o engordar.	
Se niega a mantener el peso en lo que se considera normal para su edad y estatura.	
Pérdida significativa de peso originada a través de la evitación de consumo de "alimentos que engordan"	
Pérdida significativa de peso originada a través de Vómitos autoprovocados	
Pérdida significativa de peso originada a través de Purgas intestinales autoprovocadas	
Pérdida significativa de peso originada a través de consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos	
Distorsión de la imagen corporal (Verse distinto a como los demás dicen que luce)	
Pérdida significativa de peso originada por ejercicio excesivo	

4.3 Cuestionario de esquemas de Young

VALIDACIÓN DEL *YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE*

559

*CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂**

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

Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)

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

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado Civil: _____

Estrato socioeconómico: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

INSTRUCCIONES

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

	1	2	3	4	5	6
	Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1 Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.						
2 Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.					1	2 3 4 5 6
3 La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.					1	2 3 4 5 6
4 Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.					1	2 3 4 5 6
5 Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.					1	2 3 4 5 6
6 Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.					1	2 3 4 5 6
7 Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo					1	2 3 4 5 6
8 No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.					1	2 3 4 5 6
9 Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.					1	2 3 4 5 6
10 Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.					1	2 3 4 5 6
11 Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.					1	2 3 4 5 6
12 Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.					1	2 3 4 5 6
13 Me da una gran dificultad confiar en la gente.					1	2 3 4 5 6
14 Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.					1	2 3 4 5 6

Continúa

560

CASTRILLÓN, CHAVES, FERRER, LONDOÑO, MAESTRE, MARÍN Y SCHNITTER

Continuación

15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6