



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes con sobrepeso y obesidad del centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022- febrero 2023

**Trabajo de Integración Curricular
Previa a la Obtención de Título de
Licenciada en Psicología Clínica.**

AUTOR:

Sangy Hipatia González Ortega

DIRECTORA:

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

Loja- Ecuador

2023

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
Certificación

Loja, 12 de abril de 2023

DE: Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA-FSH-UNL

**CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE
INTEGRACIÓN CURRICULAR**

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: Fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes con sobrepeso y obesidad del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023, de la autoría de la estudiante: **Sangy Hipatia González Ortega**, el mismo que cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



Firmado electrónicamente por:
**MARIA PAULA TORRES
POZO**

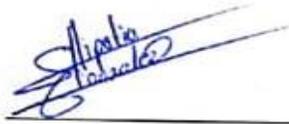
Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

FIRMA DEL DIRECTOR

AUTORÍA

Yo, **Sangy Hipatia González Ortega**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de identidad: 1150161212

Fecha: 13 de abril del 2023

Correo: Sangy.gonzalez@unl.edu.ec

Teléfono: 0986800418

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Sangy Hipatia González Ortega** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulado **Fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes con sobrepeso y obesidad del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022 - febrero 2023.**, como requisito para optar el título de **Licenciada en Psicología Clínica** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de abril del dos mil veintitrés.

Firma: 

Autora: Sangy Hipatia González Ortega

Cédula de identidad: 1150161212

Dirección: Ciudadela Daniel Álvarez, Calle: Francisco de Miranda y Miguel Hidalgo.

Correo Electrónico: Sangy.gonzalez@unl.edu.ec

Teléfono: 0986800418

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psic. María Paula Torres Pozo Mgtr.

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo de integración curricular a quienes han sido mi apoyo e inspiración:

A Dios y María Virgen quienes ha sido mi guía y fortaleza, porque nunca me han abandonado en los momentos más difíciles de mi vida y me dieron el valor de lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor porque cuando creí que todo estaba perdido sentí su presencia abrazándome.

A mi madre Mirian González, por brindarme su amor y apoyo incondicional durante todos estos años, quien con sus enseñanzas, disciplina y esfuerzo me ha convertido en una persona de bien, que con sus palabras de aliento y paciencia aprendí que todo es posible, gracias por demostrarme tu valentía y fortaleza como mujer, gracias por ser la mejor mamá del mundo.

A mis abuelos Norberto González y Luzmila Ortega por haberme apoyado y protegido desde niña en todo momento, por sus sabios consejos, sus valores y motivación constante que me han permitido llegar hasta este punto, pero más que nada, por su amor, llenándome de felicidad y ganas de salir adelante para mi crecimiento personal, ya que, depositaron su confianza en mí, agradezco a ellos porque han sido mi mejor regalo.

A mi familia en general por brindarme de una u otra manera el apoyo, para culminar mi carrera, además de acompañarme en situaciones donde realmente los necesite y me supieron dar su comprensión.

A quienes, a lo largo de mi trayecto de vida conocí y compartí experiencias espectaculares y supieron sacarme una sonrisa ante momentos adversos y que hoy por hoy siguen estando presentes, tanto en el proceso académico como personal y no me dejaron caer demostrándome el valor más genuino de lealtad.

Finalmente quiero dedicar este trabajo de integración curricular a mis docentes de la Universidad Nacional de Loja, ya que con sus enseñanzas compartidas me han enriquecido de conocimientos el cual pondré en práctica en el transcurso de mi vida tanto profesional como humana.

Sangy Hipatia González Ortega

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial agradezco a mi directora de trabajo de integración curricular Psic. María Paula Torres Pozo, a quien siempre estimare por su paciencia y por cada minuto de tiempo invertido en aclarar cualquier tipo de duda que me surgiera, por haberme orientado y darme su ayuda durante esta investigación, agradecerle también por haberme enseñado tan bien durante todo mi proceso universitario que me lleno de perspectivas positivas.

De igual manera a cada uno de los docentes y personal administrativo de la carrera de psicología clínica de la Universidad Nacional de Loja, que fueron partícipes del proceso para lograr este objetivo profesional.

Finalmente agradezco al Dr. Daniel Alejandro del centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI, quien me abrió las puertas y muy amablemente me brindo las facilidades necesarias para el desarrollo del presente trabajo.

Sangy Hipatia González Ortega

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación del trabajo de integración curricular.....	ii
Autoría.....	ii
Carta de autorización.....	iii
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de figuras.....	ix
Índice de tablas.....	ix
Índice de Anexos.....	x
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	7
4.1 CAPITULO I: Fusión cognitiva.....	7
4.1.1 Definición.....	7
4.1.2 Bases teóricas.....	8
4.1.3 Contextos de la fusión cognitiva.....	9
4.1.4 Tipos de fusión cognitiva.....	11
4.1.5 Factores de riesgo.....	14
4.1.6 Factores protectores.....	16
4.1.7 Evaluación de la fusión cognitiva.....	17
4.2 CAPÍTULO II: Autoconcepto.....	18
4.2.1 Definición.....	18
4.2.2 Desarrollo del autoconcepto.....	18
4.2.3 Tipos de autoconcepto.....	20

4.2.4	Componentes del autoconcepto	24
4.2.5	Factores que fomentan el desarrollo del autoconcepto	27
4.2.6	Evaluación del autoconcepto	27
5.	Metodología	28
5.1	Enfoque y diseño de la investigación.....	28
5.2	Tipo de estudio.....	28
5.3	Área de estudio	28
5.4	Población.....	29
5.5	Muestra	29
5.6	Criterios de inclusión	29
5.7	Criterios de exclusión	29
5.8	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	30
5.8.1	Técnicas:	30
5.8.2	Instrumentos:.....	31
5.9	Consideraciones éticas	34
5.10	Consentimiento informado.....	34
5.11	Procedimiento por objetivos	35
6.	RESULTADOS.....	36
6.1	Objetivo específico 1.	36
6.2	Objetivo específico 2	39
6.3	Objetivo general.....	54
7.	Discusión	68
8.	Conclusiones	72
9.	Recomendaciones.....	73
10.	Bibliografía.....	74
11.	Anexos.....	81

Índice de figuras

Figura 1. Análisis de correspondencia simple entre autoconcepto y fusión cognitiva.....	36
---	----

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de fusión cognitiva y edad de los participantes	36
Tabla 2. Distribución de fusión cognitiva y sexo de los participantes.....	37
Tabla 3. Distribución de fusión cognitiva y tiempo de tratamiento de los pacientes.....	38
Tabla 4. Distribución de autoconcepto laboral y edad de los participantes.....	39
Tabla 5. Distribución de autoconcepto laboral y sexo de los participantes.....	40
Tabla 6. Distribución de autoconcepto laboral y tiempo de tratamiento de los participantes.....	41
Tabla 7. Distribución de autoconcepto social y edad de los participantes.....	42
Tabla 8. Distribución de autoconcepto social y sexo de los participante	43
Tabla 9. Distribución de autoconcepto social y tiempo de tratamiento de los participantes	44
Tabla 10. Distribución de autoconcepto emocional y edad de los participantes	45
Tabla 11. Distribución de autoconcepto emocional y sexo de los participantes.....	45
Tabla 12. Distribución de autoconcepto emocional y tiempo de tratamiento de los participantes	47
Tabla 13. Distribución de autoconcepto familiar y edad de los participantes	48
Tabla 14. Distribución de autoconcepto familiar y sexo de los participantes.....	48
Tabla 15. Distribución de autoconcepto familiar y tiempo de tratamiento de los participantes	50
Tabla 16. Distribución de autoconcepto familiar y tiempo de tratamiento de los participantes	51
Tabla 17. Distribución de autoconcepto físico y sexo de los participantes	52
Tabla 18. Distribución de autoconcepto físico y tiempo de tratamiento de los participantes.....	53
Tabla 19. Prueba exacta de Fisher de fusión cognitiva y autoconcepto	54

Índice de anexos

Anexo 1. Autorización para la elaboración de la investigación	81
Anexo 2. Consentimiento informado	82
Anexo 3. Encuesta sociodemográfica para recopilación de información personal.....	83
Anexo 4. Cuestionario de Fusión Cognitiva	84
Anexo 5. Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF-5)	85
Anexo 6. Prueba de normalidad de datos	86
Anexo 7. Certificación de modificación y aprobación del tema.....	87
Anexo 8. Certificación de traducción.....	88

1. TÍTULO

Fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes con sobrepeso y obesidad del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023.

2. RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad, son dos condiciones médicas relacionadas con el exceso de grasa corporal, actualmente consideradas como un problema social y de salud. Existen diversos factores causales que inciden en el agravamiento de esta problemática, situación que, afecta el pensamiento creando una fusión cognitiva perjudicial que puede repercutir en el autoconcepto de la persona. El objetivo de este trabajo de integración curricular fue determinar la relación entre fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023. La metodología se basa en un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo-correlacional; la muestra estuvo compuesta por 30 participantes, conformada por 19 mujeres y 11 hombres de edades comprendidas entre los 26 hasta los 79 años aleatoriamente, con un tiempo de tratamiento de 1 hasta 12 meses, a quienes se les aplicó una encuesta sociodemográfica, el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el Cuestionario de Autoconcepto (AF-5). Respecto a los resultados, se encontró que los niveles de fusión cognitiva predominantes por edad corresponden al nivel medio con el 20 % de la muestra y con el régimen de 1 mes de tratamiento tanto en mujeres como en hombres, mientras que, el autoconcepto de la población femenina obtuvo niveles altos en todas las dimensiones académico/laboral con el 43,3 %, social con el 36,7 % y familiar con el 36,7 %,excepto en la dimensión emocional y física; por el contrario, en la población masculina existió prevalencia de niveles altos, en las dimensiones académico/ laboral con el 30 %, social con el 23,3 %, familiar con el 36 % y física con el 16,7 %, excepto en la dimensión emocional; existiendo una cercanía, aunque no muy significativa entre fusión cognitiva y autoconcepto. En base a los resultados, se diseñó una propuesta psicoterapéutica dirigida a personas diagnosticadas con obesidad y sobrepeso para otorgar estrategias necesarias que permitan reorganizar la fusión cognitiva para mantener y establecer un buen autoconcepto.

Palabras clave: *pensamiento, autoestima, emocional, conducta.*

2.1 ABSTRACT

Overweight and obesity are two medical conditions related to excess body fat, currently considered as a social and health problem. There are several causal factors that affect the aggravation of this problem, a situation that affects thinking, creating a detrimental cognitive fusion that can have repercussions on the person's self-concept. The objective of this integration curricular work was to determine the relationship between cognitive fusion and self-concept in patients of the Endocrinology, Obesity and Psychology Center IKIGAI in the city of Loja, period October 2022-February 2023. The methodology is based on a quantitative approach, non-experimental cross-sectional design, descriptive-correlational type; the sample was composed of 30 participants, consisting of 19 women and 11 men aged between 26 to 79 years randomly, with a treatment time of 1 to 12 months, who were applied a sociodemographic survey, the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) and the Self-Concept Questionnaire (AF-5). Regarding the results, it was found that the predominant levels of cognitive fusion by age correspond to the medium level with 20% of the sample and with the 1 month treatment regimen in both women and men, while the self-concept of the female population obtained high levels in all the academic/work dimensions with 43.3%, social with 36.7% and family with 36.7%, except in the emotional and physical dimension; On the contrary, in the male population there was a prevalence of high levels in the academic/work dimensions with 30 %, social with 23.3 %, family with 36 % and physical with 16.7 %, except in the emotional dimension; there was a closeness, although not very significant, between cognitive fusion and self-concept. Based on the results, a psychotherapeutic proposal was designed for people diagnosed with obesity and overweight to provide the necessary strategies to reorganize the cognitive fusion in order to maintain and establish a good self-concept.

Key words: thinking, self-esteem, emotional, behavior.

3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el ser humano tiende a preocuparse por una amplia variedad de temas y problemas que afectan su bienestar y el de su entorno. Se trata de un conjunto de circunstancias que lo condicionan debido a que cada vez son mayores las demandas en el ámbito: académico, laboral, social, personal, físico, entre otros.

Dada esta realidad, a partir de la revisión literaria se evidencia que la fusión cognitiva es un fenómeno de literalidad, que puede ser adaptativo o desadaptativo para el ser humano, dado que, todo pensamiento guía un comportamiento. En Lima, a propósito se realizó un estudio en estudiantes, el cual, se atiende que la fusión cognitiva es un elemento clave para la aparición y mantenimiento de síntomas depresivos de acuerdo a situaciones o eventos que son preocupantes (Novoa, 2019).

A partir de esta excesiva identificación con el contenido literal de los pensamientos no permite la experiencia de “ser en el presente”, sino que construye un mundo personal de experiencias del pasado o proyecciones de futuro dominado por el lenguaje, dando como resultado el rechazo a mantener contacto con experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos) que es la base del llamado trastorno de evitación experiencial (Ramos et al., 2018).

Por ejemplo, la impulsividad en las personas que realizan dieta es considerado el predictor más fuerte, ya que, al restringir voluntariamente la ingesta de alimentos, se sustituyen los controles fisiológicos por un control cognitivo, el cual tiende a fallar por la presión fisiológica (el hambre), generando el estrés, ansiedad, síntomas depresivos o el consumo de sustancias psicoactivas (Bersh, 2006).

Por otra parte, el autoconcepto para Rodríguez, et al., (2014), lo define como una organización cognitivo- afectiva en el comportamiento de los individuos, pues actúa como filtro o mediador de la información que se recibe del medio. Mientras que, para Abello, et al., (2011), esencialmente es la estructuración de esquemas mentales, que permite a los sujetos tener un conocimiento muy articulado de sí mismos, de sus destrezas y debilidades, sus logros y fracasos, sus preferencias, formas de actuar, y, por tanto, una forma muy particular de interpretar su realidad en interacción con otras verdades.

En personas con sobrepeso y obesidad varias se basan en “el qué dirán”, ya que, comúnmente son rechazadas por la sociedad en donde los malestares surgen a partir de estereotipos, haciendo de esta prolongación una consistencia negativa de quien es él o ella, creándose un entorno restrictivo de sus intereses, aptitudes, conductas entre otros (Vega, 2021).

Guajardo et al., (2012), explica un ejemplo sobre la prevalencia de la obesidad y sobrepeso en Ecuador por una alimentación escasa (agravada por la crisis económica), la vida sedentaria, pero también, por la presencia de relaciones conflictivas, sociales, académicas, incluso consigo mismas, pues, en el informe: Sobrepeso y la obesidad del Hospital Nacional General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S) señalaron que son las enfermedades más complejas que enfrenta un profesional de psicología y psiquiatría, por el hecho de que los problemas relacionados entorno a su vida diaria en su mayoría los desahogan a la hora de comer. En él mencionan que existe una prevalencia de sobrepeso de 1.2 por cada 1000 personas, a nivel latinoamericano y del caribe.

En este panorama resulta de gran preocupación a nivel de salud mental, prevenir complicaciones que se pueden desencadenar a causa del sobrepeso y obesidad, dado que, la fusión cognitiva actúa como filtro mental que produce una distorsión del pensamiento asociada a situaciones o experiencias negativas, como es el caso de la patología alimentaria (obesidad y sobrepeso) basada en la susceptible idea de comer, el cual, está representada en hechos precipitantes como los sucesos estresores o actitudes anormales hacia la figura corporal y los hechos perdurables como aquellos que siguen el esquema repetitivo como los atracones o incluso depuraciones que conllevan a consecuencias metabólicas, siendo este el caso, la fusión cognitiva puede causar un nivel grande de malestar, el cual, no permite conectar con fuentes de estímulos agradables, demostrando posibles repercusiones desfavorables en el autoconcepto, conduciendo al individuo al aislamiento y posteriormente a la depresión, ansiedad y otras psicopatologías.

Por lo expuesto, la presente investigación busca determinar la relación entre la fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja periodo octubre 2022-febrero 2023; para lograr este propósito se plantearon como objetivos específicos, identificar el nivel de fusión cognitiva a través del Cuestionario Fusión Cognitiva en pacientes con sobrepeso y obesidad de acuerdo a su edad, sexo y tiempo de tratamiento del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI, y conocer

las dimensiones de autoconcepto a través de Cuestionario AF5 en pacientes con sobrepeso y obesidad de acuerdo a su edad, sexo y tiempo de tratamiento del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja.

Por otro lado, en el marco teórico, se recoge y fundamenta aportaciones de autores y fuentes importantes acerca de las generalidades de la fusión cognitiva y autoconcepto que permita constatar la teoría y resultados obtenidos. La metodología con que se trabajó durante esta investigación fue de tipo no experimental trasversal, de enfoque cuantitativo y descriptiva correlacional. La selección de la muestra fue por conveniencia, estuvo conformada por 30 pacientes de los cuales 19 fueron mujeres y 11 hombres de entre los 26 años hasta los 71 años aleatoriamente, con un tiempo de tratamiento de un 1 hasta 12 meses.

Así mismo, esta investigación no está libre de limitaciones, principalmente por la selección de la muestra que fue por conveniencia, ya que, se trabajó con una población pequeña y no representativa estadísticamente, por dicha causa los resultados no pueden explorarse a poblaciones enteras. En último lugar, no se contó con el IMC o porcentaje de grasa corporal de los participantes ni con otras variables etiológicas de importancia, de esta manera se eliminaron las posibilidades de explorar la relación entre el nivel de fusión cognitiva y autoconcepto con los distintos tipos de obesidad y sobrepeso.

Finalmente, en base a los resultados y con el propósito de dar cumplimiento al tercer objetivo específico se plantea una propuesta psicoterapéutica, el cual está dirigida a pacientes con sobrepeso y obesidad, está estructurada en 2 talleres y tiene como principal objetivo desarrollar habilidades cognitivas y emocionales que permitan al paciente identificar y desafiar pensamientos automáticos y creencias limitantes, promoviendo la aceptación y el autocuidado, para mejorar su autoconcepto y prevenir la fusión cognitiva negativa, con el fin de alcanzar una mayor salud emocional y bienestar en su vida cotidiana.

4. MARCO TEORICO

4.1 CAPITULO I: *Fusión cognitiva*

4.1.1 Definición

La fusión cognitiva se define como la tendencia a creer el contenido literal del pensamiento y del sentimiento, la excesiva o impropia regulación de la conducta por procesos verbales (reglas), más que por las contingencias del entorno (Hayes et al., 2011). Fernández et al., (2006), mencionan que, la fusión cognitiva es un concepto que tiene su nombre producto del conductismo radical. En la antigüedad, René Descartes describió este fenómeno interno, afirmando que existe una conciencia reflexiva, consolidando con su famosa frase “pienso, luego existo”.

Wilson & Luciano (2002), definen como el acto de mezclar los eventos verbales-cognitivos con la experiencia “original”, por lo que resulta difícil para el individuo establecer una diferencia clara entre ambos; teniendo como consecuencia que, en varios contextos, al estar virtualmente fusionados los referentes y símbolos verbales, genere dificultades, afectando no solo la conceptualización del pasado o el futuro, sino también la idea que las personas tienen de sí mismas.

Gillanders et al., (2015), añaden que la fusión cognitiva es la dominancia de los pensamientos sobre la conducta. Concretamente lo relaciona con las conductas de evitación, angustia y abre la posibilidad de que en consecuencia se sufran de una amplia variedad de psicopatologías y enfermedades físicas.

Ruiz et al., (2017), señalan que, la fusión cognitiva demuestra la importancia que tiene para la comprensión del comportamiento y sus trastornos. Cuando los pensamientos son experimentados como aversivos, la fusión cognitiva trae consigo a la evitación experiencial, activando así una serie de estrategias como la evitación situacional, rumiación, preocupación excesiva, etc., las cuales suelen funcionar a corto plazo, provocando que se refuercen negativamente y, por ende, tiendan a repetirse y generalizarse en experiencias similares.

4.1.2 Bases teóricas

El mundo es un proceso en constante cambio, lo que va acompañado del establecimiento de diversos imaginarios sociales. Estos fenómenos no hacen más que responder a una realidad social generalizada, que se ha caracterizado desde comienzos de la modernidad por establecer nuevos valores y modelos a seguir que determinan las expectativas de vida de los individuos, pero, no las condiciones para ello. Pero fuera de la imagen construida a nivel social sobre estos sujetos, resulta de vital importancia comprender la forma desde la cual se perciben los propios actores (Mansilla, 2011).

En la antigüedad, René Descartes comienza a describir este fenómeno interno para la historia del pensamiento, en donde introduce la razón como órgano específicamente humano y totalmente anclado al sujeto que piensa y en ese sentido independiente a la mente misma (Márquez, 2019).

4.1.2.1 Psicoanálisis

Usando estas bases filosóficas, a partir de la segunda mitad del siglo XIX se comenzó a dar una visión psicológica a este proceso de fusión cognitiva, con el psicoanálisis (Schultz, 2010). Según Sigmund Freud añadió a la concepción filosófica de introspección el poder entender los motivos verdaderos, los cuales son conflictos de naturaleza inconsciente o latente., esto representaría un primer cambio para el concepto original de introspección como fenómeno interno (Cloninger, 2003).

4.1.2.2 Conductismo

Urdaneta (2009), sostiene que tanto los conductistas como los neoconductistas han criticado duramente el uso (y algunos la existencia) de la introspección como técnica psicológica. Además, estos autores aducen que la fusión cognitiva no proporciona el acceso a la mente de forma objetiva, es decir, que tiene algunas limitaciones. Es importante profundizar en ellas ya que en cierta medida el profundizar y meditar sobre algunos pensamientos no resulta positivo. (Maurus, 1993), menciona un ejemplo: la autoimagen negativa es causa frecuente de resentimiento o timidez, que actúa como mecanismo de defensa contra la falta de autoafirmación. La mayoría de personas, ocasionalmente, caen en estado de depresión, en donde se sienten mal e inconformes con su “yo” y se convencen de que no son amados o aceptados.

4.1.2.3 Cognoscitivismo

El cognitivismo prestó especial atención a la fusión cognitiva como fenómeno, pero en su profundo análisis se delimitaron ciertas características nuevas. Es aquí, a partir de los años 70 en que el concepto tiene un segundo cambio en su naturaleza, en el cual, la fusión cognitiva no involucra ningún órgano corporal en su funcionamiento (Ribes, 2004).

A través de la historia se involucró el concepto de introspección como tal, se refiere a la capacidad que tiene un sujeto de analizar y reportar los propios estados internos relacionados al pensamiento, las emociones y los sentimientos (Arango, 2019).

(Riviére, 1995), plantea que, el enfoque cognitivista solo resulta fecundo si se entiende como una metáfora de lo que en verdad ocurre con la mente, ya que su interpretación literal es poco inconsistente con los conocimientos aportados por la biología. Para este autor, “todo símbolo tiene que poseer una presencia fenomenológica, en tanto que constituye una ‘acción para otro’, en su origen comunicativo, o ‘una acción consciente para uno mismo’, en su presencia auto-consciente una vez que se ha interiorizado” (p. 104).

4.1.3 Contextos de la fusión cognitiva

4.1.3.1 Contexto verbal de literalidad o fusión

Maero (2021), señala que, la respuesta de un evento dependerá de cómo se ha relacionado con otro. Es decir, responder a eventos verbales cognitivos de la misma manera a como se respondería a los hechos reales de los que se habla. Puede resultar adaptativo debido a que facilita la planificación de acciones a futuro; sin embargo, se torna desadaptativo cuando la palabra toma más relevancia que el hecho en sí. Dicho en lenguaje cotidiano, podría traducirse como que el sentido de un evento depende de su interpretación; así, por ejemplo, que una emoción o sensación física sea evaluada como deseable o indeseable afectará la forma de relacionarnos con ella.

La potenciación de la literalidad o fusión cognoscitiva al hilo de las actuaciones para controlar los eventos evaluados negativamente, imposibilita la elección de actuar, ya que la única reacción posible en esas circunstancias es el escape de los eventos “amenazantes”(Fuentes, 1994). En la obesidad/sobrepeso la ingesta emocional parecerían funcionar como un tipo de

defensa contra la ansiedad o una reacción depresiva. Éste sería el tipo de patrón más común en personas maduras, quienes tenderían un mayor consumo de alimentos cuando presentan preocupaciones o tensión emocional, sintiéndose en un “lugar seguro” sin embargo, al no expresar su enojo se vuelven más depresivos (Bruch, 1973).

Por ejemplo, una persona puede sentirse triste por haber roto una dieta o por haber ingerido un alimento prohibido, y piensa: “me siento inútil”, “voy a ser obeso”, y siente que necesariamente debe hacer algo para restituir el error, como vomitar o hacer ejercicio intenso. A esto se le llama “fusión cognitiva” y es la falta de habilidad para cambiar la conducta en respuesta a las demandas presentes del entorno, en vez de seguir los dictados del pensamiento que son demandas verbales (Casanova, et al., 2018).

El contexto verbal de la literalidad supone no distinguir que las palabras tienen diferentes significados. El contexto de dar razones se refiere al apoyo cultural para concebir la emoción y la cognición, como causas de la conducta. Esto fortalece el resto de contextos verbales, ya que son las acciones las que contienen las contingencias que potencian la estrategia de evitación y convierten en más potente las cogniciones negativas (Soriano et al., 2005).

4.1.3.2 Contexto verbal de las valoraciones

El comportamiento público y privado de cada individuo es formado por su contexto social; a través de los cuales han aprendido a valorar los eventos como buenos o malos, bonitos o feos, agradables o desagradables, normal o anormal, positivo o negativo. Debido a ello, las personas aprenden a valorar como negativa toda experiencia que involucre sufrimiento psicológico; de esa manera, comienzan a formar reglas que provocan la evitación a cada experiencia relacionada con la originalmente valorada como negativa (Soriano et al., 2005).

Evaluar el pensamiento consiste en valorar lo que se produce, no lo que se supone que puede haberse producido (Saiz et al., 2008). Acorde con estas postulaciones, la obesidad está asociada con el aumento de afectos negativos, que son favorecidos por la estigmatización social, creencias irracionales, que varían de persona a persona, en el cual, los efectos emocionales secundarios más comunes son la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, la depresión, los pensamientos suicidas, y el autocastigo. Estos efectos también varían según el género, en el cual, tanto como las mujeres como los hombres, son más

propensos a desarrollar trastornos alimentarios como la anorexia o bulimia (Puhl, Luedicke, & Heuer, 2013).

4.1.4 Tipos de fusión cognitiva

4.1.4.1 Fusión con el pasado

Para Holman & Silver (1998), explican que, los pensamientos en la mayoría de veces se sitúan en el pasado, cuando el individuo ha tenido una resolución no satisfactoria de un hecho traumático (fracasos, pérdidas, recriminaciones por no haber hecho tal o cual cosa, etc.). Sin embargo, cuanto más tiempo permanezca atrapado en el pasado, más posibilidades tiene de desarrollar un trastorno. Por lo general, aquellos asociados a una situación del espectro de la depresión, aunque también es normal encontrar síntomas de ansiedad provocados por el estrés que genera la incapacidad para entrar en el presente.

Hayes, et al., (2012), menciona que, “la fusión cognitiva, en particular, restringe el funcionamiento de procesos del momento presente, estos patrones tienden a abrumar los procesos atencionales flexibles. Cuando las personas no pueden entrar en el momento presente de manera voluntaria y en su lugar están preocupados por el pasado o el futuro, se convierten en blancos fáciles para la rumiación, la ansiedad, la depresión, y similares”. Por ejemplo, en personas con obesidad o sobrepeso, el remordimiento por las decisiones que tomó y conllevaron a su enfermedad, el sentir que ha perdido oportunidades y experiencias por su peso y tener dificultades para aceptarse a sí misma, afecta su confianza y capacidad de desenvolvimiento. Es importante tener en cuenta que la reflexión sobre el pasado puede ser una herramienta de crecimiento personal, siempre que se haga de manera constructiva, de modo que, esta reflexión podría identificar patrones de comportamiento poco saludables y tomar medidas para cambiar su estilo de vida.

4.1.4.2 Fusión con el futuro

Es un proceso cognitivo a través del cual se busca identificar los problemas en el largo plazo y los posibles retos que moldearán el futuro, la evaluación inicial del compromiso a menudo implica en terapia pedirle al cliente que cite ejemplos de acciones particulares consistentes con el valor que él o ella ha tomado en el pasado y otros que puedan contemplarse en el futuro (Hayes, et al., 2012). En el cual, tener preocupaciones promete preparar al que se

preocupa para el futuro, mientras que la rumia promete que los errores del pasado no se repetirán (Wilson & DuFrene, 2009). Sin embargo, estas promesas no se cumplen; de hecho, todo lo contrario, Borkovec, et al., (2004), proponen que, el aumento de la preocupación y la rumiación son predictores negativos de un buen ajuste psicológico.

Bas (2002), añade que, el interés del hombre en el futuro se explica por su naturaleza de “racional”. La primera se manifiesta a través de un instinto de supervivencia y la segunda en la percepción de sí mismo en el tiempo (presente-pasado-futuro). Con eso el autor sostiene que la percepción del futuro ha sido un factor determinante en el desarrollo y en la conformación de la sociedad humana.

En el caso de la obesidad y el sobrepeso, se ofrecen dos perspectivas. Una negativa, dada desde la tecnología y la materialidad, que está relacionada con el consumo desmedido de productos y el confort sedentario y la otra positiva, en la que el diseño busca soluciones. Por ejemplo, las personas con obesidad pueden tener preocupaciones sobre las complicaciones de salud relacionadas con su peso en el futuro, como diabetes, enfermedades cardíacas o problemas en las articulaciones, lo que puede causar desesperación por encontrar una solución para mejorar su salud a largo plazo. Sin embargo, algunas personas pueden no pensar mucho respecto a su futuro en relación a su peso y pueden estar enfocadas en otras áreas de su vida, como su carrera, relaciones o hobbies, y pueden sentir que su peso no es un factor importante en su vida cotidiana (Mejía et al., 2018).

En general, es importante recordar que las personas con obesidad son individuos únicos y sus perspectivas y pensamientos sobre su futuro pueden variar significativamente.

4.1.4.3 Fusión con reglas

Las reglas verbales gobiernan nuestra conducta especificando verbalmente las consecuencias de nuestras acciones (Skinner, 1969). Suelen constar de:

1. Un contexto en el que se aplican.
2. Una conducta que seguimos.
3. Una consecuencia de esa conducta.

El pensamiento humano siempre es lingüístico y entonces, no tiene sentido buscar reglas en común entre ambas dinámicas, sino que las reglas del lenguaje serán las que construyan el

pensamiento, es así que, la relación lenguaje-pensamiento en el ser humano se entiende como una conjunción que emerge de forma simultánea y donde las bases que estructuran ambas dinámicas corresponden a las mismas conductas biológicas (Cid, 2011).

4.1.4.4 Fusión con un YO conceptualizado

El YO lo construimos cada vez que empleamos la palabra “yo”. Lo hacemos automáticamente desde que empezamos a hablar y recibimos refuerzo por emplearla. Así construimos nuestra autobiografía, las reglas que rigen nuestro comportamiento, la evaluación de nosotros mismos, nuestro rol social, etc. Sin embargo, este contenido puede ser fuente de problemas psicológicos, cuando regimos nuestra conducta por lo que creemos que somos o lo que queremos ser, por encima de lo que deseamos en esos momentos, podemos establecer rigideces en nuestro comportamiento que nos llevan a anteponer la preservación de nuestra autoimagen a lo que realmente nos interesa en el momento y a largo plazo (Higuera, 2021).

Por ejemplo, si una persona dice “yo soy gordo(a)” y se fusiona con ese contenido, es decir, actúa de acuerdo con él, es probable que deje de intentar acciones que le ayuden a llevar un estilo de vida saludable. Por ello, el empleo de la palabra “yo” implica un proceso de autoconciencia, es decir, respondemos verbalmente a nuestra conducta.

4.1.4.5 Fusión con razones

Hernández (2010), menciona la razón o la capacidad de razonar como una de las habilidades cognitivas más valoradas a lo largo de la historia, habiendo sido considerada en la antigüedad como una de las características que separan al hombre de otros animales y siendo a menudo confrontada con la emoción.

La razón es vista como un proceso, en el cual se requiere el seguimiento de reglas a través del lenguaje (actos de habla), para generar procesos de pensamiento en niveles superiores hasta alcanzar el desarrollo de la misma, todos los porqués y explicaciones lógicas que una persona dice lo que puede hacer o no en un momento dado. Por ejemplo, “No puedo cambiar porque siempre he sido así”, “no puedo hacer esto porque es muy difícil” etc. (Rodríguez, 2018).

A los seres humanos por naturaleza les gusta creer que son personas objetivas y racionales, pero lo cierto es que a menudo construimos las justificaciones después de haber tomado las decisiones, un fenómeno que se conoce como ceguera decisional. Por tanto, se debe

preguntar: ¿Qué explicaciones construimos para nosotros y los demás para justificar por qué no podemos, debemos o queremos hacer ciertas cosas? Por supuesto, se debe tener cuidado porque es probable que en algún momento entren en juego mecanismos de defensa como la racionalización para convencer por qué “no podemos” cambiar. En vez de asumir la validez de los motivos y razones que se debería cuestionar (Clusella, 2017).

4.1.5 Factores de riesgo

Tapia et al., (2015) menciona que, la fusión cognitiva tiene importantes consecuencias en las víctimas que repercuten en varios ámbitos de la vida. Además, no ocurren en un solo nivel, sino que impactan tanto en el plano individual como en el grupal y también el societal.

4.1.5.1 Nivel Social

En el plano social la fusión cognitiva se ve vulnerable cuando las creencias, costumbres o estereotipos que los individuos construyen acerca de los otros, representaciones esquemáticas y simplificadas de un grupo de personas al que se define a partir de ciertas características representativas generan malas ideas, por lo que las relaciones sociales también se verán deterioradas (Iwata, 2004). En la exclusión social de las personas con obesidad y en la salud pública de la población, los diferentes datos de discriminación muestran como estas personas sufren desde experiencias de prejuicio sutil hasta hostilidad. Esta discriminación además tiene efectos negativos en la salud pública dado que repercute en la eficacia de las acciones de prevención y tratamiento, dado que, infunde miedo, desanima a las personas a que mantengan hábitos alimentarios saludables y a que busquen ayuda médica/nutricionista (Fuster, 2011).

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015), menciona que, el riesgo mayor evidenciado según algunos estudios a partir de la presión social y la influencia de pensamientos negativos, contiene la variable género, las mujeres presentan mayores intentos de suicidio. Las defunciones en Medellín registran una edad entre los 18 y 25 años y entre los 45 y 59. El aislamiento social, condición de viudez, ser desempleado, discriminado o el fácil acceso a armas o tóxicos son factores preponderantes para el suicidio.

4.1.5.2 Nivel Clínico

En el caso de la obesidad y sobrepeso al igual que otras patologías físicas o psicosociales abarca los trastornos mentales diagnosticados a la persona que tiene pensamientos de culpabilidad, desesperanza, que correlacionan con ideación o intentos suicidas, es decir, los trastornos del estado del ánimo, la psicosis y los trastornos de personalidad. Los antecedentes familiares también son considerados, tanto los registros clínicos mentales y de manera semejante las conductas suicidas que hayan presentado en algún período de su vida. Otro riesgo clínico que aumenta la posibilidad son los intentos previos y el consumo de drogas (Vargas et al., 2015).

4.1.5.3 Nivel de experiencia de vida temprana

Son las experiencias de vida a temprana edad, esto es, historial de aspectos referentes a la crianza, estilos de afrontamiento, características de la personalidad, traumas de infancia, por ejemplo, padecer maltrato sea físico, sexual o psicológico, vivir la separación de los padres, interactuar con confluentes como el consumo de sustancias o comorbilidad psiquiátrica (Levenson 2005 citado de, Salmon, 2007). En la mayoría de los casos los determinantes asociados para este punto, que conllevan la activación de la fusión cognitiva, son aspectos familiares como la ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre enseñanza sobre hábitos saludables, y el hecho de que el padre o la madre trabajen, anulando la comunicación y establecimiento de reglas a cerca actividades cotidianas, lo que conlleva a los miembros del núcleo familiar a acomodarse y a normalizar tales acciones (Mendoza et al., 2016).

4.1.5.4 Nivel de eventos estresantes

El detonante para la aparición de pensamientos negativos es el estrés, que frecuentemente puede ser causado por el peso corporal, separaciones de pareja, una pérdida sensible, problemas familiares o dificultades en ámbitos sociales, educacionales o laborales. Exponen sobre el manejo del riesgo suicida con orientaciones para profesionales de la salud, que son preocupantes durante la adolescencia e incluyen aquellos asociados con la: experiencia o percepción de vergüenza, intimidación percibida, exclusión social o rechazo, fracaso percibido y miedo percibido debido a su apariencia física, lo que provocaría depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, ideas de suicidio, auto-rechazo personal, culpabilidad, problemas de autoestima,

problemas sexuales y afectivos, problemas de identidad personal, entre otras, debido a la falta de madurez para utilizar estrategias de afrontamiento (Kutcher & Chehil, 2007, p.72).

4.1.5.5 Nivel de población vulnerable y perteneciente a grupos

Algunas situaciones conllevan malestares psíquicos prioritarios de atención. Así, por ejemplo, las personas en situación de calle, los procesados penalmente, gestantes o que presenten una discapacidad física, problemas de autoconcepto son propensos a tener conducta suicida. El nivel socioeconómico de una familia puede determinar los recursos disponibles para acceder a servicios de salud y medicinas, influenciar en los hábitos individuales y afectar en la salud mental. Al no poseer recursos necesarios para sustentar las necesidades primarias el individuo puede entrar en un estado de ansiedad, tras presentar pensamientos negativos repetitivos como, por ejemplo: “que voy hacer” en vez de, buscar alternativas de resolución consistentes de lo que ocurre en el exterior (Aqualongo & Alen, 2020).

4.1.6 Factores protectores

Diversas investigaciones registran asociaciones positivas fuertes y consistentes entre los niveles de defusión cognitiva y los niveles de calidad de vida relacionada a la salud. Entre las diferentes enseñanzas que proporciona esta técnica está la de dejar ir los pensamientos, en especial los que son negativos. No se propone dejar de pensar sino tener una relación sana con lo que se piensa. Lo fundamental es romper la fusión con los pensamientos y la creencia de que somos y lo que pensamos (Vive, 2022).

Desde este prisma Extremera & Fernández (2002), destacan el papel de la inteligencia emocional como factor protector de la conciencia y manejo de las propias emociones, ya que, acciones como el no poder concentrarse, dormir mal, incluso haciendo ejercicio, la mente está repleta de pensamientos intrusivos. Por lo general, se convierten en una especie de amenaza, que tiene un impacto emocional.

Como menciona Carmona (2020), esta maravillosa propiedad que tiene la mente de representar la realidad y fusionarse con ella (creérsela literalmente para predecir, resolver problemas, prever necesidades, etc.) es un arma de doble filo, ya que en ocasiones, puede ser un verdadero lastre para que sigamos realizando las acciones que son necesarias para ser fieles a lo importante en nuestras vidas, consiste en debilitar el control que el pensamiento ejerce sobre

nuestra conducta, de manera que, aunque éste siga presente, no continúe siendo una barrera para la acción. Así, mindfulness es otra de las grandes herramientas con las que cuenta un psicólogo contextual para lograr este objetivo, dado que cuando se observan los pensamientos desde la actitud mindfulness, se da cuenta de que un pensamiento solo es un pensamiento, y nada más.

4.1.7 Evaluación de la fusión cognitiva

La fusión cognitiva hacia las personas con obesidad y sobrepeso se lo puede evaluar mediante una entrevista psicológica. A esta entrevista se la puede apoyar mediante el uso de reactivos o test psicológicos. Entre los principales se encuentran:

- Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ): Es el más utilizado para medir la variable descrita, misma que ha sido adaptada y validada en Argentina, permitiendo su brevedad, claridad y sencillez de los ítems. Esta nos permite conocer la fusión cognitiva, o defusión cognitiva, dependiendo de la orientación de sus siete preguntas, que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado, la cual cuenta con 7 preguntas en escala tipo Likert (Marder, 2019).
- Cuestionario de Experiencia de Fusión Cognitiva (Cognitive Fusion Experience Questionnaire, CFEQ): Es un instrumento de medición psicológica diseñado para evaluar el grado de fusión cognitiva que una persona experimenta con un grupo social específico. El cuestionario consta de 19 ítems que miden el grado de identificación con el grupo, la percepción del “yo” y el grupo en uno solo, la influencia del grupo en el comportamiento, las emociones, y la importancia que se le da al grupo en la propia identidad. Los resultados obtenidos a través del CFEQ pueden ayudar a comprender cómo se desarrolla la identidad social y cómo las personas se integran y se sienten conectadas con los grupos sociales a los que pertenecen (Swann et al., 2009).

4.2 CAPÍTULO II: Autoconcepto

4.2.1 Definición

Esnaola (2008), manifiesta que el autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo (p.70).

La mayoría de las teorías de personalidad, orientación y psicología proponen una definición de auto concepto como parte central de su marco teórico y que, aunque existen algunas diferencias, también existe una congruencia considerable, por lo que debería definirse el autoconcepto como “el conjunto total de información, ideas, percepciones, suposiciones y creencias que una persona tiene de sí.” (Eisenberg, 1981 citado en Naranjo, 2011, p.12).

Una perspectiva más general sobre el autoconcepto, al cual considera como una constelación de actitudes acerca del yo. Algunas de esas actitudes son saludables, realistas y funcionales; otras son irracionales, no realistas y disfuncionales (Ellis, 1999, como se citó en Naranjo, 2011).

En términos generales, cuando las personas experimentan sucesos difíciles o incómodos, cambian su vida de forma radical, muchas de las veces la misma no posee la capacidad o habilidad para hacer frente al problema, tras no encontrar una solución se produce un desplome emocional. En base a ello hay herramientas de cómo desarrollar autoconcepto dentro de las cuales están: identificar y reconocer fortalezas, relaciones sociales de apoyo y circunstancias que de alguna manera influyan en el proceso para lograr una vida saludable (Fiorentino, 2008).

4.2.2 Desarrollo del autoconcepto

Los primeros años de vida constituyen un periodo importante de desarrollo y evolución. Durante esta etapa se estructuran y consolidan elementos fundamentales para el desarrollo de la personalidad, que, de una u otra manera, se verán reflejados en la adultez mediante los procesos de socialización (Papalia, 2012).

4.2.2.1 Desarrollo en la niñez

El autoconcepto se construye a partir de la experiencia y las percepciones generadas por los sujetos, las cuales se hacen progresivamente más complejas en una secuencia de tres etapas: etapa del sí mismo primitivo, del sí mismo exterior y del sí mismo interior (Gurney, 1988 citado en Campo, 2014).

- Etapa del sí mismo primitivo: A partir del nacimiento del niño hasta los dos años parte del reconocimiento visual de sí mismo, hasta llegar a percibirse como una realidad diferente de los demás.
- Etapa del sí mismo exterior: Comprendida desde los dos años hasta los doce aproximadamente el niño, va adquiriendo elementos cada vez más complejos en su visión de sí mismo, a través de experiencias de éxitos y fracasos, en las cuales, es decisiva la interacción con los adultos. Los niños desean hacer más y más cosas, pero en esta etapa aprenden que algunas de las cosas que quieren hacer reciben la aprobación de los demás, mientras que otras reciben el rechazo de los demás. Por tanto, aparece un conflicto entre su deseo por hacer cosas y su deseo de recibir la aprobación de otras personas. A esta edad, se definen a sí mismos por rasgos y características observables, mencionando comportamientos concretos, condiciones físicas específicas, preferencias, hablando de destrezas particulares en vez de generalizar sus habilidades, es decir, que el conocimiento de sí mismo, se da posterior al reconocimiento de los otros (Barros, 2016).
- Etapa del sí mismo interior: El sí mismo interior, se ve permeada por una visión de sí mismo más contextualizada y ajustada, producto del pensamiento abstracto y crítico que caracteriza al adolescente. Este proceso comienza alrededor de los doce años y a través de él se intenta responder a la pregunta: ¿Quién soy yo?
Esta tercera etapa descrita por Gurney es muy vulnerable la autoestima, debido al cuestionamiento personal como por la crítica social.

4.2.2.2 Desarrollo en el adolescente

(Ramírez, 2005), menciona que, la adolescencia supone importantes logros para dar el paso a la vida adulta. Entre ellas: terminar de formar la identidad personal, el autoconcepto, entre

otros aspectos. La influencia de los padres y el estilo de crianza determinan las bases para esta etapa, así como también el compromiso del adolescente para alcanzar su propósito de vida.

Por tanto, un adecuado manejo de crisis y tolerancia a la frustración, son esenciales a esta edad, de modo que, el estado de madurez que alcance fortalecerá el ámbito psicológico, social y físico. Sin embargo, aquel que no logre adquirir dichos elementos será más vulnerable a presentar un autoconcepto deficiente y a su vez será más difícil enfrentar las situaciones adversas (Hurtado & Flores, 2012).

4.2.2.3 Consolidación en la Edad Adulta

Allport (1937), propone una serie de criterios de la personalidad adulta madura normal y sana, dentro de ellas esta, que el adulto establece relaciones afectuosas con otros, demuestra intimidad por ello, una compasión y tolerancia dentro de las relaciones interpersonales, se extiende el sentido de sí mismo a las actividades y entorno psicosocial, obtiene seguridad emocional, desarrolla una percepción realista de la vida, habilidades personales y busca el compromiso a nivel social, el discernir del propio yo, tiene objetivación del sí mismo, adopta una filosofía que unifica la vida hacia las metas trazadas en el futuro.

Barrios (1951), menciona que una de las cualidades más importantes de la personalidad madura es que posee intereses sofisticados y permanentes y un estilo de conducta característico y pronosticable. Por tanto, a medida que la persona envejece estas autopercepciones se vuelven mucho más organizadas.

4.2.3 Tipos de autoconcepto

4.2.3.1 Autoconcepto emocional

El autoconcepto emocional es cómo se percibe cada persona en la dimensión emocional, en lo referente a los aspectos más impulsivos y reactivos de su forma de ser, incluye la percepción de los siguientes componentes: el equilibrio emocional, la sensibilidad, el reconocimiento y control de las propias emociones (Goñi, 2009, p.186). En otras palabras, hace referencia a la percepción del individuo en cuanto a su autoestima, respeto que se expresa así mismo, confianza, cuidado personal y de sus respuestas ante el entorno y situaciones específicas de la vida cotidiana.

Para construir este punto es importante aprender de los errores y desarrollar habilidades para adquirir confianza y seguridad durante el proceso evolutivo, para más adelante obtener buenos aspectos de la percepción personal tanto interna como externa; en síntesis, depende de la voluntad que tenga la persona (Rojas, 2015).

Citando a Rojas et al., (2011), en este contexto, las personas con sobrepeso y obesidad, especialmente mujeres, presentarían una relación entre sobrealimentación y alexitimia, (dificultad para identificar, expresar y comprender las emociones en uno mismo o en los demás.), dado que, existen a una serie de factores, incluyendo sentimientos de vergüenza y culpa, estigmatización y discriminación, y una relación compleja con la comida como atenuante para el estrés o la ansiedad. Por descontado, no a todo el mundo con esta condición le preocupa tener algunos kilos de más. Varios conocen a personas corpulentas que son seguras de sí mismas y felices, y a personas delgadas que son inseguras. Empero, la gente suele sentir presión al querer tener un aspecto determinado, por ello, la conducta y pensamientos por su peso se pueden alterar.

4.2.3.2 Autoconcepto Académico

Se define autoconcepto académico como la percepción del alumno acerca de su propia capacidad para llevar a cabo determinadas actividades y tareas escolares, o como la visión que tiene de sí misma como estudiante. Sirve como sistema de guía personal para dirigir el comportamiento y rendimiento de la escuela. (Villaruel, 2001).

El autoconcepto académico se subdivide en la percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares tales como inglés, historia, matemáticas o ciencias. Por debajo de estos subdominios aparecen, a su vez, otros niveles que representan percepciones mucho más específicas y dependientes de situaciones concretas; el autoconcepto académico, además, iría adquiriendo con la edad una mayor diferenciación interna y también una mayor distinción con respecto a otros constructos relacionados tales como el logro matemático (Shavelson et al., 1976, citado en Goñi, 2009, p.27).

Por consiguiente, si se ubica el plano de la obesidad y sobrepeso en el ámbito académico se torna un grave problema, que puede ser causa de rechazo grupal, deficiente rendimiento académico, y deserción escolar, que a su vez, el individuo interiorizara afectando su potencial intelectual (Sánchez et al., 2016).

4.2.3.3 Autoconcepto laboral

Se entiende a este constructo como un conjunto de cogniciones autorreferenciales sobre las que las personas basan su autovaloración como personas trabajadoras y como profesionales (Ferrari & Filippi, 2009, p.129).

Es importante mencionar que la falta de autoconfianza puede llegar a ser limitante en el desenvolvimiento laboral, puede llegar a disminuir de forma significativa la capacidad de concentración, atención y toma de decisiones e incluso generar algunos síntomas como ansiedad o estrés (Barros, 2016).

El estrés tiene un costo personal para el trabajador, así como para el empresario, podría terminar produciendo malos hábitos alimentarios, mayor ingesta de alcohol, baja actividad física dentro y fuera del trabajo por cansancio, aumento de hormonas del hambre y alteraciones del sueño, terminando finalmente en obesidad o sobrepeso (Martínez et al., 2021).

4.2.3.4 Autoconcepto físico

Es uno de los dominios más estudiados, que juega un papel importante en el bienestar personal a nivel físico y psicológico. El autoconcepto físico es una representación mental, compleja y multidimensional, que las personas tienen de su realidad corporal, incluyendo elementos perceptivos y cognitivos (rasgos físicos, tamaño y formas del cuerpo), afectivos y emocionales (grado de satisfacción o insatisfacción), evaluativos (autovaloración), sociales (experiencias de aceptación y rechazo) y otras representaciones sobre aspectos relacionados con lo corporal (Marchago, 2002, citado en Bustos, 2011, p.200).

Sin embargo, el descuido de este aspecto empieza cuando la persona se inclina por prácticas inadecuadas como alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de drogas psicoactivas. En síntesis, conductas que son poco saludables para el bienestar físico y emocional. Por ejemplo, la (OMS, 2022) señala que, en la vejez el concepto físico está relacionado con el estado de salud, por lo que en su mayoría la apariencia física es menos importante en esta etapa. Todo depende del individuo para formar hábitos saludables y obtener una percepción física adecuada tomando en cuenta un grado de equilibrio en su funcionalidad.

La obesidad y sobrepeso es una condición que puede afectar el autoconcepto de los adolescentes y adultos, dado que los estándares culturales de belleza estigmatizan la obesidad y priorizan cuerpos delgados y ligeros, por ejemplo, una persona ante su imagen corporal, es probable que desarrolle un bajo concepto de sí mismo, porque no solo se trata de que acepte su cuerpo, sino que vive el rechazo social hacia éste (Montero, 2001).

La obesidad aparece como uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar grandes enfermedades crónicas. Duplica o triplica la posibilidad de padecer cáncer, trastornos de deterioro cognitivo, apnea del sueño (SAHS), enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y retinopatía, hipoglucemias, lesiones articulares, reflujo gastrointestinal (Martínez et al., 2021).

4.2.3.5 Autoconcepto social

El autoconcepto social hace referencia a la autopercepción de las habilidades sociales con respecto a las relaciones interpersonales, es decir, que se forma a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos colectivos (Markus et al., 1987, citado en Goñi et al., 2007, p.181). Las exigencias sociales son verdaderamente sobresalientes para las personas, ya que pueden llegar a determinar el funcionamiento del mismo en todas sus esferas ya sean personales, familiares, académicas o laborales. Fortalecer este aspecto es importante para la buena utilización de los recursos psicológicos del individuo.

Guayara (2005), menciona que, teniendo en cuenta que el autoconcepto asume la construcción personal en base al lenguaje social, un ejemplo, considerado con riesgo de impacto es la condición de personas con obesidad y sobrepeso, el cual, es posible que la búsqueda de soluciones para la aceptación esté relacionada con el dolor emocional que puede producirse al no tener la imagen corporal deseada construida socialmente como un ideal estético.

4.2.3.6 Autoconcepto familiar

Se puede afirmar que la familia es el primer grupo social en la consolidación y formación del autoconcepto general. Se observa que, si la familia establece normas, transmite y practica sus valores; posibilitará que el sujeto tenga mayor autoconfianza y se sienta implicado e integrado dentro de su entorno familiar (Romero & Jiménez, 2019).

Así mismo como lo propone Horno (2009), las personas con las que se convive, no garantizan la creación del vínculo afectivo, cuando el entorno familiar no tiene bases asentadas para su adecuada construcción e integración de lazos afectivos, el desempeño de roles y la comunicación se debilita, por ello es necesaria la creación de vínculos y vivencias positivas, que son las que contribuyen al desarrollo de la autonomía en las niñas y los niños.

En el caso de las personas que crecen en una familia con hábitos alimentarios incorrectos y con un estilo de vida sedentario (en el que no se controla el tiempo ante la televisión, los videojuegos y el ordenador), tienen un riesgo superior al 33% para padecer, cuando menos, sobrepeso u obesidad en su juventud. Los padres no sólo pueden transmitir la obesidad a sus hijos a través de los genes, es decir por herencia, sino que sus costumbres alimenticias y, en general, su estilo de vida y comportamiento pueden afectar al buen desarrollo infantil y adolescente (National Longitudinal Study of Adolescent Health, 2002).

(Hernández, 2010) señala que, los padres que padecen sobrepeso no siempre están conscientes de la obesidad y sobrepeso del hijo, o bien se muestran renuentes a admitirlo, esa actitud hace difícil que el sobrepeso se prevenga o se trate, porque los individuos adquieren desde niños conductas alimentarias erróneas. Algunos suelen utilizar expresiones como “está un poco gordo, nada más” entre otras similares, lo ven como una forma de sanidad, puesto que consideran que entre más gordo mejor, generalmente son las madres quienes alimentan a los niños en exceso.

4.2.4 Componentes del autoconcepto

El autoconcepto se conforma de tres aspectos principales que se ven involucrados en todos los procesos mentales, esta es la parte cognitiva que engloba a las emociones y sentimientos. La parte afectiva que son las acciones del individuo y la parte conductual los factores que en conjunto forman el concepto de sí mismo (García & Musitu, 2014).

4.2.4.1 Componente cognitivo

Sabino (2004), menciona que el componente cognitivo es el más efectivo a la hora de modificar una actitud y se refiere al conjunto de informaciones y creencias que tiene una persona sobre el objeto. Dichas creencias pueden o no ser verdaderas; lo importante es tenerlas, porque

no de alguna manera no se desarrolla una actitud hacia un objeto social sino se da una opinión del mismo, otras características propias de este componente son:

- Fijación: está formado por informaciones y creencias más o menos estables y duraderas.
- Firmeza: Cuanto más enraizada estén en el individuo las creencias que sustentan este componente, más difícil de modificar será una actitud, mientras que, si las creencias son débiles, las posibilidades de cambio serán mayores y más fáciles.
- Singularidad: El componente cognitivo de las actitudes es esencialmente simple; se trata de conocimientos sencillos dirigidos a un único objeto social.
- Concienciación: El hecho de que toda actitud implique un contenido conceptual o informativo no quiere decir que siempre se tenga una clara conciencia del mismo. Este componente incluye la idea de la propia personalidad y conducta que cada ser humano posee de acuerdo al entorno social, ambiental y personal en el cual se ha desarrollado, de manera que, la capacidad de percibir e interpretar el exterior determinan el sentido de sí mismo. En la teoría de Kelly la cual determina la complejidad cognitiva, menciona que los adultos demuestran ser más complejos que los niños, en el sentido de comprender su autoconcepto. Sin embargo, no todos los adultos pueden desarrollar completamente todos los procesos cognitivos, ya que va a depender en gran medida del tipo de experiencias simples o complejas que ha atravesado durante su primera etapa de vida, para que decreten los conocimientos, valores de la complejidad cognitiva, que le llevarán a actuar de un modo concreto ante un objeto o situación.

4.2.4.2 Componente afectivo

Gutiérrez (2020), manifiesta que los componentes afectivos constituyen esquemas afectivos socialmente contruidos que predisponen a los individuos a experimentar algunas emociones y actuar en consecuencia. Es decir, la valoración emocional, consta de los sentimientos que produce un objeto o una situación ya sea positiva o negativa, de modo que, las creencias pueden ser favorables o desfavorables. Una actitud estará, por lo tanto, asociada con las vivencias afectivas y sentimientos de la vida cotidiana.

Schultz (2010), establece que la emotividad es el principal factor del componente afectivo del autoconcepto. La emotividad determina el grado de activación que consta de suponer un

juicio de valor en forma positiva o negativa, las cualidades personales, la respuesta afectiva ante la percepción de sí mismo, acompañadas de lo agradable o desagradable que resulte.

Por otro lado, el rechazo producido por las malas experiencias vividas, pueden percibirse de dos maneras: las personas que se muestran indiferentes y las personas que se expresan sensibles. Estos dos tipos pueden considerarse negativas, por tanto, el nivel de emotividad equilibrado predisponer a las personas con este tipo de reacciones a mantener una conducta emocional denotada por temor o ira y a su vez mantenerla misma hasta el final de la vida adulta.

4.2.4.3 Componente conductual

Halgin (2008), describe que son habilidades propias de expresar sentimientos y emociones positivas o negativas. Comprende el proceso final de la valoración interior, aclara que el control de estas emociones evita conflictos en las relaciones interpersonales, en donde, se ponen a prueba las capacidades sociales y capacidades de convivencia, variables que controlan y modifican la conducta. Cuando existen reguladores de conducta que provienen del exterior, el individuo es capaz de ejercer el autocontrol. El saber actuar para modificar la influencia de los sucesos externos, no significa el actuar bajo control sino el determinar cómo y en qué momento reaccionar al estímulo.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que las personas con obesidad y sobrepeso, eran aquellas que tenían problemas de personalidad y se aliviaban mediante la conducta de comer. Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de estas personas, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrentan. Así mismo, se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión. Pero muchos de estos reportes no pueden representar el grado de psicopatología asociada a la obesidad, debido a la exclusión de grupos control apropiados en muestras clínicas (Vázquez et al., 2001).

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad en sí misma como un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no revierte únicamente el problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona (Wardle et al., 1995).

4.2.5 Factores que fomentan el desarrollo del autoconcepto

Como se ha resaltado la formación y el desarrollo del autoconcepto tiene una gran influencia en todas las esferas del ser humano. Para Campo (2014), el desarrollo del autoconcepto depende de los tipos de experiencias percibidas como negativas o positivas y de diversos factores tales como biológicos, psicológicos y socioculturales. Siendo mayor el impacto que ejercen las personas emocionalmente significativas como la familia, el grupo de amigos y demás. Sin embargo, se debe aclarar que no basta únicamente con esto ya que al tratarse de un proceso dinámico se requiere una constante interacción y el desarrollo paralelo de los diversos contextos como la escuela, el trabajo, el nivel socioeconómico, etc.

4.2.6 Evaluación del autoconcepto

Los siguientes instrumentos para medir el nivel de autoconcepto personal son a través de cuestionarios validados. Entre los principales se encuentran:

- Escala de Autoconcepto, creada a partir de definiciones de términos (adjetivos) propuestos por estudiantes universitarios, el autoconcepto aparece dividido en cuatro dominios siendo uno de ellos el emocional el cual, a su vez, estaría formado por tres componentes: los estados de ánimo, la salud emocional y los sentimientos interindividuales (La Rosa et al., 1991, citado en Goñi, 2005).
- Autoconcepto AF5, compuesta por 30 elementos que evalúan a nivel global el autoconcepto, en las áreas social, académico/profesional, emocional, familiar y física. Proporciona puntuaciones de cada una de las áreas, este test permite resultados completos de los aspectos mencionados, mismos que son fundamentales y claves para el desarrollo y bienestar personal (García & Musitu, 2014).
- Cuestionario de autoconcepto de Garley, pretende medir el autoconcepto, entendido desde una perspectiva multidimensional. El test explora 6 dimensiones que se corresponden con cada una de las escalas que lo componen: Dimensión física, Dimensión social, Dimensión intelectual, Dimensión familiar, Dimensión de control (Sensación de control), Dimensión personal, se trata de una valoración global del individuo como persona (Conde, 2019). Es un plano de abstracción superior al de las dimensiones anteriores, por ello se puede considerar como una escala de autoestima.

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque y diseño de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, puesto que, según Hernández (2014) “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento, predicciones y correlaciones entre las variables” (p.4), apropiado para el presente estudio pues se pretende principalmente determinar la relación entre fusión cognitiva y autoconcepto en personas con obesidad y sobrepeso.

El estudio se ejecutó bajo un diseño no experimental transversal y de campo, debido a que se realizará sin la manipulación de ninguna de las variables establecidas. Por el contrario, se basó fundamentalmente en la recolección de datos en un único y determinado momento, en el lugar de origen de la población de estudio y en su entorno natural, lo que permitió describir variables y analizar su incidencia e interrelación.

5.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo ya que permitió especificar las características de las variables en un contexto determinado, y correlacional ya que el propósito principal es indagar la posible relación o grado de asociación que existe entre la fusión cognitiva y el autoconcepto en los pacientes con obesidad y sobrepeso n pacientes con sobrepeso y obesidad del Centro Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023.

5.3 Área de estudio

La investigación se realizó en la ciudad de Loja en el Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI ubicado en la Calle Juan de Salinas y 18 de noviembre esq., en el segundo piso. El Centro oferta servicio de salud privada en las áreas de medicina general, psicología, endocrinología y laboratorio de análisis.

5.4 Población

La población fue constituida por 90 personas que se encuentran en tratamiento y forman parte del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023, en una edad comprendida entre 14 a 85 años.

5.5 Muestra

Para la realización del presente estudio de investigación, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia que según Otzen y Manterola (2017), es usada para crear muestras de acuerdo a la accesibilidad, facilidad y la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra para el trabajo de investigación, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular. Es decir, permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos y cumplan con las características que se busca investigar, en este caso son los criterios de inclusión, obteniendo así una muestra de 30 pacientes del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI.

5.6 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores a 18 años que han sido diagnosticados con sobrepeso y/u obesidad.
- Pacientes que tengan desde un mes hasta un año de tratamiento.
- Pacientes que hayan leído y firmado el consentimiento informado.
- Cuestionario de Fusión Cognitiva de Moreno & Márquez y cuestionario AF-5 de García & Musitu contestadas de forma completa y correcta.

5.7 Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan menos de un mes y más de un año de tratamiento.
- Pacientes que no autoricen formar parte de la investigación.
- Pacientes con discapacidad, limitaciones cognitivas o sensoriales que les impida responder los instrumentos.
- Cuestionario de Fusión Cognitiva de Moreno & Márquez y cuestionario AF-5 de García & Musitu contestadas de forma incompleta e incorrecta.

5.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

5.8.1 Técnicas:

5.8.1.1 Encuesta sociodemográfica

La técnica de encuesta es utilizada como procedimiento de investigación, ya que, permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. En el ámbito sanitario son muy numerosas las investigaciones realizadas utilizando esta técnica, ya que, se van a tratar aspectos preliminares de la investigación (Ortega, 2023). En este caso la encuesta consto de cinco preguntas abiertas de acuerdo a su enfermedad actual, que permitió indagar con mayor profundidad la fusión cognitiva y autoconcepto en relación a la obesidad y sobrepeso, tomando en cuenta variables como:

- **Edad:** Varios estudios demuestran que la fusión cognitiva y autoconcepto están ligados con la edad, ya que, a medida que las personas crecen y maduran, su autoconcepto y la manera en que perciben y procesan la información cambian (Harter, 1999).
- **Sexo:** Según Guido (2011), el procesamiento de la información y el autoconcepto pueden ser influenciados por diferencias de género. se ha encontrado que las mujeres tienden a tener una mejor memoria verbal y habilidades para procesar información emocional, mientras que los hombres tienden a tener un mejor rendimiento en tareas espaciales y de resolución de problemas. Además, las mujeres se preocupan más por las relaciones interpersonales y el bienestar emocional, mientras que los hombres valoran más el éxito y la competencia en áreas como la carrera y el deporte. Estas diferencias de género también pueden ser influidas por factores socioculturales y contextuales, como las expectativas sociales y culturales en cuanto al papel de la mujer y del hombre en la sociedad.
- **Tiempo de tratamiento:** Hace referencia al tiempo durante el cual se está realizando un abordaje terapéutico, atendiendo a modificaciones del estilo de vida que incluyan cambios en la alimentación y el ejercicio físico, y al apoyo farmacológico (Torres, 2010).

5.8.2 Instrumentos:

5.8.2.1 Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)

Autor: Romero Moreno & Márquez González

Año: 2014

Objetivos: Modelo compuesto por 7 elementos para medir la fusión cognitiva. Evalúa la tendencia de las personas a fusionar sus creencias, pensamientos y sentimientos con los de su grupo de referencia.

Aplicación: Individual. Las alternativas son escala de Likert (nunca, muy rara vez, rara vez, alguna vez, con frecuencia, casi siempre y siempre), y otorgan de uno a siete puntos por ítem. Esta variable fue categorizada en los puntajes entre 7 y 20, indican baja fusión cognitiva; entre 21 y 33, fusión cognitiva media; y entre 34 y 49, alta fusión cognitiva.

Ámbito De aplicación: Adultos mayores a 18 años.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Fiabilidad: Utilizado en investigaciones en diferentes contextos, como grupos religiosos, deportivos y políticos. Considerando la mayoría de estas muestras, se aporta evidencias de confiabilidad por consistencia interna ($0.90 < \alpha < 0.95$), manteniéndose en ese rango incluso al realizar adaptaciones a la realidad coreana (Kim y Cho, 2015) y española (Romero, Márquez, Losada, Gillanders, & Fernández, 2014). En el año 2017 Ruiz et al. (2017), buscaron analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de fusión cognitiva en español en la realidad colombiana, arrojando como resultados un coeficiente de consistencia interna alto ($0.89 < \alpha < 0.93$), haciéndolo apto para su uso en dicho contexto.

Estandarización: Encuestas a 450 universitarios (240 mujeres y 210 hombres).

Interpretación: Se debe calcular la puntuación total de los siete ítems, las puntuaciones de referencia se basan en estudios previos y pueden variar según el país o la región, no existe una norma de baremación específica, puesto que, en el contexto clínico o en cualquier caso, dado a las particularidades del evaluado puede no ser adecuada en todos los casos, ya que, se esta evaluando el pensamiento, por tanto, hay que tener en cuenta que la fusión cognitiva no es necesariamente un rasgo "bueno" o "malo". En algunos casos, puede ser beneficioso para la persona, mientras que en otros puede ser perjudicial (Gillanders et al., 2014).

5.8.2.2 Autoconcepto Forma 5 (AF-5)

Autores: Fernando García y Gonzalo Musitu

Año: 2014

Objetivos: Es un cuestionario compuesto por 30 elementos que evalúan el autoconcepto: concepto que se tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es “la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia a sí mismo como un objeto.

Aplicación: Individual y colectiva. Se debe contestar de acuerdo al grado de cada frase con un valor entre 1 y 99

Ámbito de aplicación: Niños y adultos, a partir de los 10 años.

Duración: 15 minutos aproximadamente, incluyendo la aplicación y la corrección.

Fiabilidad: Su fiabilidad ha sido objeto de múltiples investigaciones. Las medianas de los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,71 a 0,88. Cuando se analizaron todos los elementos a la vez, el coeficiente de consistencia fue de 0,84. Por otra parte, han sido numerosos los estudios empíricos que avalan la validez del AF-5. Por ejemplo, Fuentes et al., (2011), citado en García (2014), analizaron la relación entre las dimensiones del AF-5 y 13 indicadores de ajuste psicosocial en la adolescencia, encontraron que las puntuaciones más altas en las dimensiones del AF-5 correspondían con el mejor ajuste psicosocial, las mejores habilidades personales y el menor número de problemas conductuales. También las puntuaciones en autoconcepto emocional han sido relacionadas con estilo de socialización parental además de mostrar una relación positiva con la comunicación emocional y una relación negativa con la inhibición en las actividades físicas y deportivas (Bernal, 2007).

Estandarización: 6483 sujetos de ambos sexos, con un rango de edad entre 10 y 62 años.

Baremación: Para la elaboración de los baremos se ha tenido en cuenta las diferencias estadísticas del sexo femenino y masculino, la cual ha sido aplicada en muestras escolares y adultos no escolarizados, por ello, las puntuaciones directas, se han optado por elaborar tablas independientes para cada sexo. En primer lugar, se ha dividido la distribución en diez partes mediante el cálculo de las puntuaciones deciles (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 y 90). El siguiente paso fue estimar los centiles intermedios entre los nueve deciles (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95). En el caso de que la puntuación directa obtenida por el sujeto no esté representada en el baremo, se realizara una interpolación entre el centil del valor anterior y centil del valor posterior para determinar el que corresponde (García et al., 1999).

Dimensiones

- Académico/Laboral: Se refiere a la percepción que una persona tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento de desempeño del rol a partir de los profesores o superiores, y el segundo se refiere a las cualidades valoradas en ese contexto (potencial, estima). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, rendimiento académico/laboral, calidad de la ejecución del trabajo, aceptación, estima de los compañeros, liderazgo y responsabilidad; y, negativamente, con el absentismo académico/laboral y el conflicto (Lila et al., 1991).
- Social: Es la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social y a su facilidad o dificultad de mantenerla y ampliarla; el segundo eje apunta a las cualidades en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, rendimiento académico/ laboral, estima de profesores, compañeros y superiores, aceptación, conducta prosocial y valores universalistas; y, negativamente, con los comportamientos disruptivos, agresividad y sintomatología depresiva (Cheal et al., 1991).
- Emocional: Hace referencia a la percepción de la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas. Un autoconcepto emocional alto significa que el individuo tiene control de las situaciones y emociones a diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, con un autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona positivamente con habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y, negativamente, con la sintomatología depresiva, ansiedad, consumo de alcohol y cigarrillos y con la pobre integración en el aula y el ámbito laboral (Herrero et al., 1995).
- Familiar: Es la percepción que tiene la persona de su participación e integración en el medio familiar. Este factor se articula en torno a dos ejes. El primero, a los padres en dos dominios como son la confianza y el afecto. El segundo eje, al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente con el sentimiento de felicidad y apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente al sentimiento de no estar implicado y no ser aceptado por los otros miembros de la familia (Abril et al., 1996).

- Física: Hace referencia a la percepción que tiene la persona de su aspecto y su condición física. El factor gira en torno a dos ejes, el primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social y el segundo al aspecto físico. Un autoconcepto físico alto significa que se percibe agradable, se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente, lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. Esta dimensión correlaciona positivamente con la salud, el autocontrol, percepción de bienestar, rendimiento deportivo, motivación de logro y la integración social y escolar, mientras que, negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y en menor grado con la presencia de problemas con los iguales (Cava et al., 1994).

5.9 Consideraciones éticas

En el desarrollo de la presente investigación se ha de respetar rigurosamente la voluntariedad de los participantes al momento de colaborar en el estudio.

- Considerar el retiro voluntario del estudio si el participante así lo desea.
- Mantener el compromiso de la integridad de los participantes al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.
- Garantizar la no discriminación de la población participante considerando su género, orientación sexual, nacionalidad, raza o etnia, por su condición de salud, etc.
- Informar del total anonimato de los participantes sin que sea expuesta de manera pública su información personal.

5.10 Consentimiento informado

Se utilizó para informar detalladamente a los participantes la investigación a realizar. Además de ser el sustento legal de la participación libre y voluntaria de determinados sujetos, el mismo que tiene como principal objetivo el respeto al principio de autonomía del individuo, por tanto, al completar este documento se confirma que el participante acepta formar parte de la muestra estudiada. El mismo constó de los siguientes aspectos:

- Datos informativos del investigador.
- Objetivo y razón por la cual se realiza investigación.
- Cláusula de confidencialidad en el uso de la información.

5.11 Procedimiento por objetivos

Fase 1: Una vez aprobado el proyecto de titulación, se procedió a tomar contacto personal con el director administrativo IKIGAI de la ciudad de Loja, para presentarle el respectivo oficio de autorización y ejecución del proyecto de investigación con la finalidad de determinar los lineamientos para aplicar los diferentes instrumentos a la muestra participante.

Fase 2: Una vez seleccionada la muestra de investigación, se procedió a socializar el estudio e invitar a los pacientes a ser parte de este; consentida su participación verbal se procede con la firma del consentimiento informado

Fase 3: Se procede a la aplicación de la encuesta y los reactivos a los participantes, el cuestionario de Fusión cognitiva de Moreno & Márquez y la escala de autoconcepto AF-5 de García y Gonzalo Musito, se dio apertura a inquietudes que surgieron durante la evaluación. La aplicación de los dos reactivos estuvo prevista realizarse durante el mes de enero a marzo del año del presente año, en el cual se asistió de manera diaria para identificar a los pacientes y se los seleccionaba de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Fase 4: Se procedió a tabular la información recolectada correspondiente al primer instrumento a través de la herramienta estadística IBM SPSS Statics, con el fin de determinar el grado de fusión cognitiva y nivel de autoconcepto en personas con obesidad y sobrepeso. Después de obtener los resultados de la población de estudio, se analizó y detalló cada tabla con una breve interpretación del mismo, lo que permitió establecer los datos requeridos para realizar la discusión de resultados.

Fase 5: En base a los resultados obtenidos y a la información teórica científica estudiada, se procedió a dar cumplimiento al tercer objetivo, planteando una propuesta psicoterapéutica de salud mental destinado a la mejora de autoconcepto y cómo manejar situaciones relacionadas con estados de fusión cognitiva.

6. RESULTADOS

6.1 Objetivo específico 1.

Identificar el nivel de fusión cognitiva a través del Cuestionario Fusión Cognitiva en pacientes con obesidad de acuerdo con su edad, sexo y tiempo de tratamiento del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja.

Tabla 1.
Distribución de los participantes según fusión cognitiva y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años		F	%
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fusión Cognitiva	Alto	0	0%	2	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6,7%
	Medio	3	10%	6	20%	3	10%	1	3,3%	1	3,3%	14	46,7%
	Bajo	3	10%	5	16,7%	4	13,1%	2	6,7%	0	0%	14	46,7%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100,0%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario de fusión cognitiva aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI.

Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Según se observa en la tabla 1, el grupo de edad de 26 a 34 años, el 20 % de la muestra mantiene un contraste del 10 % en niveles medio y bajo de fusión cognitiva, mientras que, aquellos que se sitúan en el rango de edad de 35 a 43 años, los cuales constituyen la mayor agrupación de datos, representando el 43,3 %, de ellos un 20 % presenta un nivel medio de fusión cognitiva, esto significa que, son pacientes que pueden ser influenciados por sus pensamientos, creencias y sentimientos ante la presión social en ciertas situaciones. En comparación al grupo comprendido de 44 a 52 años con un 23,3 % de la muestra, el 13,1 % presenta un nivel de fusión cognitiva baja, lo cual, significa que tienen mayor capacidad crítica e independencia de sus pensamientos, lo que les permite aceptar y tolerar mejor su entorno social y desenvolverse sin dificultades. En el grupo de 53 a 61 años, se evidenció que el 6,7 % de pacientes presentan una fusión cognitiva en nivel bajo, no obstante, el grupo etario comprendido por las edades de 71 a 79 años obtuvo un nivel medio de fusión cognitiva con el 3,3 %.

Tabla 2.
Distribución de los participantes según fusión cognitiva y sexo de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino		F	%
		F	%	F	%		
Fusión Cognitiva	Alto	2	6,7%	0	0%	2	6,7%
	Medio	9	30%	5	16,7%	14	46,7%
	Bajo	8	26,7%	6	20%	14	46,7%
Total		19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario de fusión cognitiva aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI.

Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la Tabla 2 se indica la relación entre fusión cognitiva y sexo de los pacientes que pertenecen al sexo femenino con un 63,3 %, de ellas el 30 % presentaron fusión cognitiva en un nivel medio, por otro lado, los pacientes del sexo masculino se encontraron presentes en un 36,7 %, de ellos el 20 % contaron con un nivel bajo de fusión cognitiva.

Tabla 3.
Distribución de los participantes según fusión cognitiva y tiempo de tratamiento de los participantes

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																				Total							
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses		12 meses		F	%				
Fusión Cognitiva		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
	Alto	0	0%	2	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6,7%
	Medio	3	10%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	2	6,7%	4	13,3%	14	46,7%				
	Bajo	5	16,7%	0	0%	2	6,7%	1	3,3%	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	14	46,7%				
Total	8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	30	100%					

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario de fusión cognitiva aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la Tabla 3 se identifica que el 26,7 % de pacientes, con un tiempo de tratamiento de 1 mes que son los predominantes en el estudio, presentan un nivel bajo de fusión cognitiva correspondiente al 16,7 %. No obstante, un valor relevante, aunque minutorio se encontró dentro de los 2 meses de tratamiento correspondiente al 6,7 % de pacientes que presentan un nivel de fusión cognitiva alta. Además, también se puede apreciar que la prevalencia de los pacientes dentro del nivel medio de fusión cognitiva se ubica en un tiempo de tratamiento de 12 meses con el 13,3 %; estos hallazgos podrían sugerir que existen niveles más altos de fusión cognitiva en aquellos pacientes que iniciaban el tratamiento en comparación con aquellos con un mayor tiempo de estancia en él mismo, lo cual, podría atribuirse a la mejora de su aspecto físico.

6.2 Objetivo específico 2

Conocer las dimensiones de autoconcepto a través de Cuestionario AF5 en pacientes con obesidad y sobrepeso de acuerdo a su edad, sexo y tiempo de tratamiento del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja.

DIMENSIÓN: AUTOCONCEPTO ACADÉMICO/ LABORAL

Tabla 4.
Distribución de los participantes según autoconcepto académico/ laboral y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto académico/ laboral	Alto	4	13,3%	9	30%	4	13,3%	3	10%	0	0%	20	66,7%
	Medio Alto	2	6,7%	3	10%	2	6,7%	0	0%	1	3,3%	8	26,7%
	Medio	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	2	6,7%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Mediante el cruce de variables entre autoconcepto académico/ laboral y la edad de los participantes del estudio se encontró que, pacientes de 26 a 34 años constituyen el 20 % de la muestra, en el cual el 13,3 % concierne a un autoconcepto académico/laboral alto, mientras que, pacientes de 35 a 43 años constituyen la mayor agrupación de datos, representando el 43,3 % de la muestra, de los cuales el 30 % presentan un autoconcepto académico/laboral alto, seguido del grupo de edad de 44 a 52 años que representan el 23,3 % en esta dimensión la cual, representa un nivel alto con el 13,3 %, en tanto que, pacientes de 53 a 61 años el 10 % de la muestra tiene un autoconcepto académico /laboral alto; en contraposición a pacientes de 71 a 79 años donde tan solo un 3,3% pertenece a dicho grupo de edad, y en ellos prevalece un nivel medio- alto de autoconcepto académico/ laboral con también un 3,3 %.

Tabla 5.
Distribución de los participantes según autoconcepto académico/ laboral y sexo de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino		F	%
		F	%	F	%		
Autoconcepto laboral	Alto	13	43,3%	9	30%	22	73,3%
	Medio Alto	6	20%	2	6,7%	8	26,7%
Total		19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la Tabla 5, se identifica que en el sexo femenino correspondiente al 63,3 %, el 43,3 % presenta un autoconcepto académico/ laboral alto, en contraste con los pacientes del sexo masculino que representaron un 36,7% de la población, donde el 30% también se ubica en el nivel alto de autoconcepto académico/ laboral.

Tabla 6.
Distribución de los participantes según autoconcepto académico/ laboral y tiempo de tratamiento

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																				Total			
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses		12 meses		F	%
Autoconcepto laboral		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Alto		7	23,3%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	4	13,3%	22
Medio		1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	8	26,7%
Alto																									
Total		8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 6, tras realizar el cruce de variables entre autoconcepto académico/ laboral y el tiempo de tratamiento de cada paciente, se encontró que el 26,7 % que se encuentran en 1 mes de tratamiento, el nivel de autoconcepto académico/ laboral es alto con un 23,3 %. Mientras que, los pacientes que llevan 12 meses representando al 13,3 % del estudio, cuentan con un nivel alto de autoconcepto académico/ laboral en un 13,3 %.

DIMENSIÓN: AUTOCONCEPTO SOCIAL

Tabla 7.
Distribución de los participantes según autoconcepto social y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto Social	Alto	2	6,7%	9	30%	5	16,7%	2	6,7%	0	0%	18	60%
	Medio Alto	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	0	0%	1	3,3%	8	26,7%
	Medio	0	0%	2	6,7%	0	0%	1	3,3%	0	0%	3	10%
	Medio Bajo	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario A F5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Según la tabla 7 se puede observar que el 20 % de la muestra corresponde al rango de edad de 26 a 34 años, en el cual el 10% de ellos presentan un autoconcepto social medio-alto, seguido del 6,7 % en el nivel alto y 3,3 % en el nivel medio-bajo. Pacientes de 35 a 43 años que constituyen la mayor agrupación de datos con el 43,3 % de la muestra, tuvo predominio del nivel alto en el autoconcepto social con un 30 % en comparación del 6,7 % de pacientes con un nivel medio- alto y medio. El 23,3 % son aquellos pacientes con una edad comprendida de 44 a 52 años, como en el caso anterior este porcentaje es mayor en el nivel alto con un 16,7 % frente al 6,7 % de personas con un nivel medio- alto. No obstante, el grupo etario de 71 a 79 años tan solo un 3,3% pertenece a dicho grupo de edad, y en ellos prevalece un nivel medio- alto de autoconcepto social con también un 3,3 %.

Tabla 8.
Distribución de los participantes según autoconcepto social y sexo de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino		F	%
		F	%	F	%		
Autoconcepto social	Alto	11	36,7%	7	23,3%	18	60%
	Medio Alto	6	20%	2	6,7%	8	26,7%
	Medio	2	6,7%	1	3,3%	3	10%
	Medio Bajo	0	0%	1	3,3%	1	3,3%
Total		19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En el presente estudio, el 63,3 % perteneciente a pacientes de sexo femenino, se contó con un autoconcepto social alto del 36,7 %, en comparación del 20 % de un nivel medio-alto y un 6,7 % de nivel medio. Por otro lado, en el 36,7 % de pacientes de sexo masculino, prevalece el nivel alto de autoconcepto social con el 23,3 %, en comparación del 6,7 % de un nivel medio- alto y el 3,3 % de niveles medio y medio- bajo.

Tabla 9.
Distribución de los participantes según autoconcepto social y tiempo de tratamiento

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																				Total					
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses				12 meses			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			F	%		
Autoconcepto social	Alto	6	20%	1	3,3%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	2	6,7%	1	3,3%	8	60%
	Medio Alto	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6,7%	2	6,7%	0	0%	8	26,7%		
	Medio	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6,7%	3	10%		
	Medio Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%		
Total		8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	3	10%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Podemos observar que el 26,7 % de los pacientes que llevan tratamiento de 1 mes, existe un mayor predominio en el nivel alto de autoconcepto social con el 20 %. En comparación al 13,3 % que revelan permanencia en el tratamiento por 12 meses, el porcentaje de los pacientes con un autoconcepto social se ubica en un nivel alto y medio de 6,7 % en ambos casos.

DIMENSIÓN: AUTOCONCEPTO EMOCIONAL

Tabla 10.
Distribución de los participantes según autoconcepto emocional y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto emocional	Alto	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	0	0%	6	20%
	Medio Alto	2	6,7%	6	20%	3	10%	0	0%	0	0%	11	36,7%
	Medio	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	3	10%
	Medio Bajo	1	3,3%	5	16,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	10	33,3%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 10, se aprecia que el 20 % de la muestra se ubicó en el rango de edad de 26 a 34 años, en el cual, el 6,7 de ellos presentaron un nivel de autoconcepto emocional alto y medio-alto del 6,7 %. El 43,3 % de los pacientes que constituyen la mayor agrupación de datos se ubicaron en el rango de edad de 35 a 43 años, de ellos un 20 % presentaron un autoconcepto emocional en un nivel medio- alto. Seguidamente, se encuentran los pacientes con una edad comprendida de los 44 a los 52 años con un 23,3 %, de ellos el dato más relevante es aquel se ubica en el nivel medio- alto del autoconcepto emocional con un 10 %. En el grupo de edad de 53 a 61 años comprendido por un 10 % de la muestra de ellos un 6,7 % correspondió a un nivel de autoconcepto emocional alto. Mientras que, pacientes de 71 a 79 años tan solo un 3,3 % pertenecen a dicho grupo de edad, y en ellos prevalece un nivel medio- bajo de autoconcepto emocional con también un 3,3 %.

Tabla 11.

Distribución de los participantes según autoconcepto emocional y edad de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino			
		F	%	F	%	F	%
Autoconcepto emocional	Alto	3	10%	3	10%	6	20%
	Medio Alto	6	20%	5	16,7%	11	36,7%
	Medio	2	6,7%	1	3,3%	3	10%
	Medio Bajo	8	26,7%	2	6,7%	10	33%
	Total	19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 11 se observa que, el 63,3 % representa a pacientes del sexo femenino, en el cual, predomina el nivel medio- bajo de autoconcepto emocional con un 26,7 %, seguidamente del 20 % de un nivel medio- alto, un 10 % con un nivel alto y un 6,7 % con un nivel medio. En comparación, a la muestra de pacientes del sexo masculino que corresponde al 36,7 %, en el cual, predomina el nivel medio- alto con un 16,7 %, seguidamente del 10 % de un nivel alto, el 6,7 % de un nivel medio- bajo y solo un 3,3 % con un nivel de autoconcepto emocional medio.

Tabla 12.
Distribución de los participantes según autoconcepto emocional y tiempo de tratamiento

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																								Total	
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses		12 meses		F	%		
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Autoconcepto emocional	Alto	1	3,3%	0	0%	2	6,7%	1	3,3%	2	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	20%		
	Medio Alto	4	13,3%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	2	6,7%	2	6,7%	11	36,7%		
	Medio	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%		
	Medio Bajo	1	3,3%	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	2	6,7%	1	3,3%	2	6,7%	10	33,3%		
Total		8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	30	100%		

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 12, se evidencia que el 26,7 % de los pacientes que permanecen en el tratamiento por 1 mes, existe un mayor predominio en el nivel medio alto de autoconcepto emocional con el 13,3 %. Así mismo aquellas personas que se encontraban en tratamiento por 12 meses correspondientes al 13,3 % mantienen un autoconcepto emocional en un nivel medio- alto y medio- bajo con el 6,7 % para ambos casos.

DIMENSIÓN: AUTOCONCEPTO FAMILIAR

Tabla 13.
Distribución de los participantes según autoconcepto familiar y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto Familiar	Alto	4	13,3%	9	30%	4	13,3%	3	10%	0	0%	20	66,7%
	Medio	2	6,7%	3	10%	2	6,7%	0	0%	1	3,3%	8	26,7%
	Alto	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	2	6,7%
	Bajo	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	2	6,7%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Como se muestra en la tabla 13, el 20 % de la muestra corresponde al rango de edad de 26 a 34 años, en el cual, el 6,7 de ellos presentaron un nivel de autoconcepto familiar alto del 13 %. Mientras que, el 43,3 % de los pacientes que constituyen la mayor agrupación de datos pertenecieron al rango de edad de 35 a 43 años, de ellos un 30 % presentaron un autoconcepto familiar en un nivel alto. Después, se encuentran los pacientes con una edad comprendida de los 44 a los 52 años con un 23,3 %, el dato más relevante es aquel que se ubica en el nivel alto del autoconcepto familiar con un 13,3 %. En el grupo de edad de 53 a 61 años comprendido por un 10 % de la muestra todos ellos correspondieron a un nivel de autoconcepto emocional alto. Mientras que, pacientes de 71 a 79 años tan solo un 3,3 % pertenecen a dicho grupo de edad, y en ellos prevalece un nivel medio- alto de autoconcepto familiar con también un 3,3 %.

Tabla 14.
Distribución de los participantes según autoconcepto familiar y sexo de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino		F	%
		F	%	F	%		
Autoconcepto familiar	Alto	11	36,7%	9	30%	20	66,7%
	Medio Alto	6	20%	2	6,7%	8	26,7%
	Medio	2	6,7%	0	0%	2	6,7%
Total		19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Al realizar el cruce de variables entre autoconcepto familiar y sexo de los pacientes del estudio se logró determinar que existió un predominio de pacientes del sexo femenino con un 63,3 %, de ellas el 36,7 % presentan el autoconcepto familiar en un nivel alto; por el contrario, los pacientes de sexo masculino representaron el 36,7 % del estudio, de ellos el 30 % cuentan con un autoconcepto familiar alto.

Tabla 15.
Distribución de los participantes según autoconcepto familiar y tiempo de tratamiento

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																				Total			
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses		12 meses		F	%
Autoconcepto Familiar		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Alto	6	20%	1	3,3%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	20	66,7%
	Medio Alto	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	8	26,7%
	Medio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	1	3,3%	2	6,7%
Total	8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	30	100%	

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 15 se logra identificar que aquellos participantes que se encuentran en 1 mes de tratamiento, predominantes en el estudio con un 26,7 %, de ellos el 20 % presentan un autoconcepto familiar alto; esto si lo comparamos con el grupo que ya se encontraban en un tiempo de tratamiento de 12 meses nos encontramos con el 13,3 %, donde el nivel alto era predominante con el 10 %.

DIMENSIÓN: AUTOCONCEPTO FÍSICO

Tabla 16.
Distribución de los participantes según autoconcepto físico y edad de los participantes

		EDAD										Total	
		26 a 34 años		35 a 43 años		44 a 52 años		53 a 61 años		71 a 79 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto Físico	Alto	4	13,3%	4	13,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	10	33,3%
	Medio Alto	1	3,3%	4	13,3%	3	10%	0	0%	1	3,3%	9	30%
	Medio	1	3,3%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	0	0%	8	26,7%
	Medio Bajo	0	0%	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	0	0%	3	10%
Total		6	20%	13	43,3%	7	23,3%	3	10%	1	3,3%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 16 se aprecia que el grupo de edad de 26 a 34 años correspondiente al 20 % de la muestra el 13,3 % pertenece a un nivel alto de autoconcepto físico. Mientras que, de los pacientes de 35 a 45 años que constituyen la mayor agrupación de datos con el 43,3 % de ellos un 13,3 % presentaron un nivel de autoconcepto físico alto y medio-alto en ambos casos, en comparación al grupo de edad de los 44 a 52 años, en el cual, del 23,3 % de la muestra el 10 % presento un nivel de autoconcepto físico medio-alto. Por otra parte, el grupo de edad de 53 a 61 años comprendido por un 10 % de la muestra el 6,7 % correspondieron a un nivel medio de autoconcepto emocional. Mientras que, el grupo etario de 71 a 79 años tan solo un 3,3 % pertenecen a dicho grupo de edad, y en ellos prevalece un nivel medio- alto de autoconcepto físico con también un 3,3 %.

Tabla 17.
Distribución de los participantes según autoconcepto físico y sexo de los participantes

		SEXO				TOTAL	
		Femenino		Masculino		F	%
		F	%	F	%		
Autoconcepto físico	Alto	5	16,7%	5	16,7%	10	33,3%
	Medio Alto	7	23,3%	2	6,7%	9	30%
	Medio	5	16,7%	3	10%	8	26,7%
	Medio Bajo	2	6,7%	1	3,3%	3	10%
	Total	19	63,3%	11	36,7%	30	100%

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: A partir del análisis y/o cruce de variables del estudio, se determinó que los pacientes del sexo femenino correspondientes al 63,3 %, el nivel de autoconcepto físico medio-alto fue el prevaleciente con un 23,3 %, seguido del 16,7 % en niveles alto y medio y un 6,7 % de un nivel medio-bajo. Por el contrario, los pacientes del sexo masculino con el 36,7 %, similar a lo que sucede en la población femenina, el nivel de autoconcepto físico que más predomina es el alto con un 16,7 %, seguido del 10 % en un nivel medio, un 6,7 % de un nivel medio y tan solo el 3,3 % de un nivel medio-bajo.

Tabla 18.
Distribución de los participantes según autoconcepto físico y tiempo de tratamiento

		TIEMPO DE TRATAMIENTO																								Total	
		1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		6 meses		7 meses		8 meses		9 meses		10 meses		12 meses					
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Autoconcepto físico	Alto	5	16,7%	1	3,3%	2	6,7%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	10	33,3%		
	Medio Alto	2	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	9	30%		
	Medio	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	8	26,7%		
	Medio Bajo	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%		
Total		8	26,7%	3	10%	3	10%	2	6,7%	2	6,7%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	3	10%	4	13,3%	30	100%		

Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la tabla 18 se logra identificar que aquellos pacientes que se encuentran en 1 mes de tratamiento, predominantes en el estudio con un 26,7 %, de ellos el 16,7 % presenta un autoconcepto físico alto; esto si lo comparamos con el nivel porcentual que se encuentra en segundo lugar nos encontramos ante aquellos que permanecían en el tratamiento de 12 meses con el 13,3 % de la muestra, en ellos similar a lo que pasa en el caso anterior resalta los niveles medio- alto y medio con un 6,7 % en ambos casos.

6.3 Objetivo general

Determinar la relación entre la fusión cognitiva y autoconcepto en el centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, período octubre 2022 – febrero 2023.

Para lo cual se llevó a cabo el siguiente procedimiento y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 19.
Prueba exacta de Fisher de autoconcepto y fusión cognitiva

Fusión Cognitiva	
	<i>p</i>
<i>Autoconcepto</i>	,517

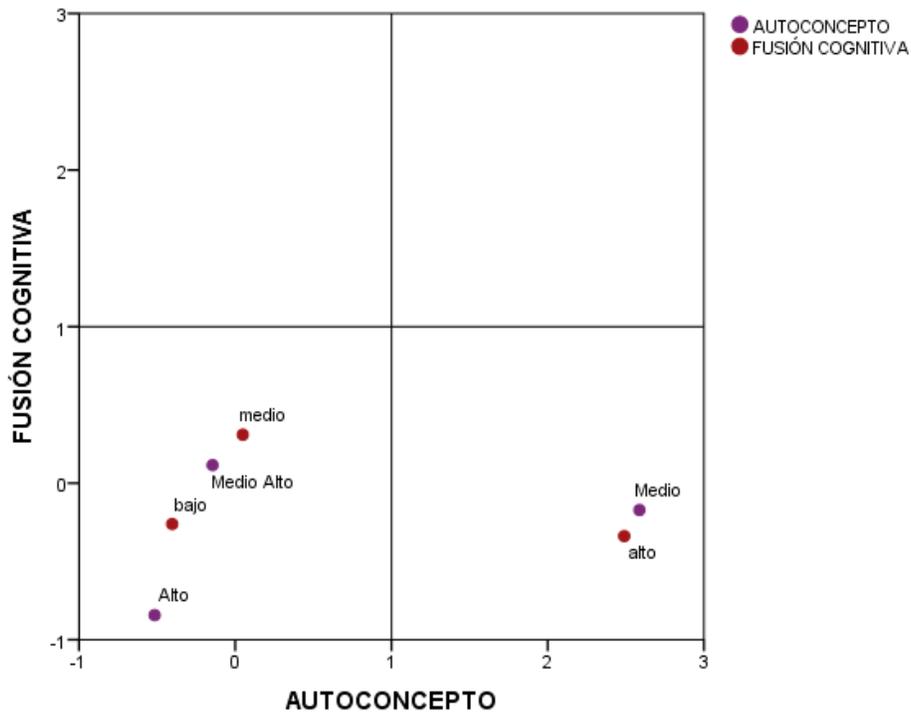
Cuestionario de fusión cognitiva y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI. Elaborado por: Sangy González.

Análisis: Luego de realizar la prueba exacta de Fisher se logra determinar que la opinión que tienen los pacientes del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI sobre sí mismos, no necesariamente está relacionada con la falta de distinción entre la realidad y el pensamiento, lo que se conoce como fusión cognitiva. Esto se debe a que al obtener el valor p mayor a 0,05, ($=,517$) se rechaza la H_a (Hipótesis alterna) y se acepta la H_o (Hipótesis nula), estableciendo que ambas variables son independientes.

Por tanto, se procede a realizar un análisis de correspondencia simple para lograr observar la interacción de ambas variables en el contexto único del estudio. (Ver **Figura 1**)

Figura 1

Análisis de correspondencia simple entre autoconcepto y fusión cognitiva



Fuente: Encuesta sociodemográfica y cuestionario AF5 aplicados a pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI.

Elaborado por: Sangy González.

Análisis: En la Figura 1 se observa que existe una mayor cercanía o relación entre el autoconcepto medio y una fusión cognitiva alta, seguidamente nos encontramos con la asociación, de un autoconcepto medio – alto y una fusión cognitiva en niveles medios y bajos; el resto de datos no se encuentran cercanamente por lo que no se puede entablar una relación.

6.4 Objetivo específico 3: Diseñar una propuesta psicoterapéutica en base a los resultados obtenidos.

Título de la propuesta psicoterapéutica:

Tú razón de ser

Presentación

La presenta propuesta psicoterapéutica, se basa en un enfoque cognitivo-conductual, ya que incluye técnicas y estrategias que se centran, en las cogniciones ya sean verbales y/o en imágenes que tienen las personas en su mente para modificarlas junto con las conductas que presenten en base a esos pensamientos y emociones cuando se vean alteradas o distorsionadas (Camacho, 2003).

Por lo cual, la propuesta psicoterapéutica tiene el propósito de prevenir el desarrollo o avance de una fusión cognitiva negativa, especialmente aquella que tiene relación con el peso corporal que puede influir desfavorablemente en el autoconcepto personal, físico, familiar, laboral, académico y social, en el cual se desenvuelve una persona. De tal forma que se pueda potenciar los factores positivos presentes, mediante estrategias y técnicas psicológicas impartidas en talleres que a su vez pretendan identificar, concientizar, sensibilizar y modificar dichos pensamientos, emociones y conductas relacionadas con la problemática en la población descrita.

Justificación

La propuesta psicoterapéutica, está diseñada a partir de los resultados obtenidos en la investigación el cual tiene como propósito reducir la fusión cognitiva negativa y fortalecer el autoconcepto, debido a los pensamientos negativos acerca de su “yo” interior como exterior que conllevan cuadros de estrés, tristeza, preocupación, miedo, frustración, vergüenza y arrepentimiento que experimentan las personas con sobrepeso y obesidad al inicio y durante un tratamiento nutricionista, y por lo tanto afecta su interacción personal y social. Es así que el programa busca fortalecer o generar factores protectores, mediante una sólida construcción de su identidad, autoestima, autoconocimiento y comunicación asertiva.

Objetivo General

Fortalecer la capacidad del paciente para manejar pensamientos y emociones negativas, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y de autocuidado para mejorar su autoconcepto, con el fin de alcanzar una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos

- Otorgar psicoeducación basada en la fusión cognitiva y el autoconcepto.
- Facilitar estrategias psicológicas al paciente para mejorar el concepto que tienen de sí mismos a través de la construcción de pensamientos positivos sobre su condición corporal.

Metodología

La propuesta psicoterapéutica tiene un enfoque cognitivo-conductual, que permitirán fortalecer la calidad de vida de los pacientes. El taller tiene una metodología activa donde los participantes se encargan de ir construyendo su propio aprendizaje, en un proceso constructivo, guiado y motivado por el/la psicólogo/a, quien llevará las sesiones de modo teórico-práctico a través de la exposición de contenidos básicos de cada una de las variables propuestas y estrategias o técnicas que fortalezcan los pensamientos y el autoconcepto positivo, además se asegurará de la comprensión total de dichos contenidos al finalizar cada sesión mediante actividades de cierre y retroalimentación.

El presente taller tendrá una duración de 5 sesiones y el tiempo establecido para cada uno será de 45 a 60 minutos, para dar cumplimiento a todos los objetivos planteados, el cual, se realizará de manera grupal, puesto que la cobertura dependerá de la demanda que en su momento se presente; se hará uso del espacio disponible en el Centro IKIGAI, por ende, se requiere la participación mínima de un facilitador, que en este caso será la psicóloga del mismo lugar.

Durante la ejecución de la propuesta psicoterapéutica, se procederá a crear un clima terapéutico adecuado que permita la participación, seguridad y colaboración del paciente.

TALLER 1: EQUILIBRIO VS INCERTIDUMBRE

Sesión 1: CONOCIENDOME

Objetivo: Brindar psicoeducación basada en la fusión cognitiva y el autoconcepto.

Desarrollo:

1. **Saludo:** Bienvenida.
2. **Alianza terapéutica:** Según Rogers (1951), la alianza terapéutica es un proceso psicoterapéutico, en el cual se crea un vínculo con el paciente, con el fin de que el proceso se lleve en un contexto empático de confianza y compromiso.
3. **Sensibilización:** Concientizar y emplear la escucha activa.
4. **Psicoeducación:** Es una técnica cuyo objetivo es brindar información pertinente a los participantes de un proceso, con el objetivo que estén en el mismo contexto del proceso que se esté llevando a cabo (Belomé, 2017).
5. **Cierre:** Retroalimentación y despedida.

Procedimiento:

1. **Saludo:** Presentación de roles, objetivos y acuerdos del taller, además de la participación.
2. **Alianza terapéutica:** “presentación con tarjeta” El coordinador dará una tarjeta y un marcador a cada paciente, luego se pide que escriban su nombre en la parte superior de la tarjeta, a continuación, deberá escribir tres cosas de sí misma, que pueden ser intereses, habilidades, anécdotas divertidas, etc. y finalmente deben leerlo en voz alta y expresar que es lo que sintieron al realizar el ejercicio (González et al., 2004).
3. **Sensibilización:** Historia de sensibilización, sobre alguna experiencia o dificultad en la vida cotidiana de una persona con fusión cognitiva negativa debido a su peso corporal y como ha influido en su autoconcepto, al finalizar esta actividad se debe retroalimentar.
4. **Psicoeducación:** Informar o deconstruir conceptos
 - Fusión cognitiva:

- ✓ ¿Qué es?
- ✓ Tipos de fusión cognitiva: Se dan a conocer mediante definiciones y ejemplos de la vida cotidiana.
- ✓ Mitos del pensamiento: Los pacientes deben responder a cada afirmación que la capacitadora brinde y decir si es verdadero o falso. Deben justificar la respuesta y la responsable de la actividad dirá si era verdadera o falsa y si retroalimentar cada frase (Fritzen, 1998).
- ✓ Importancia del autoconocimiento y la introspección: Se identifica las principales fusiones cognitivas en cada paciente para reestructurarlo.
- Autoconcepto:
 - ✓ ¿Qué es?
 - ✓ Dimensiones de autoconcepto: Se dan a conocer mediante definiciones y ejemplos de la vida cotidiana.
 - ✓ Dibujo mis emociones: La capacitadora dictara situaciones con la cual los pacientes deberán dibujar una cara expresando una emoción de acuerdo a la misma, posterior a ello, deberán escribir al frente una frase que describan cómo se ven a sí mismos (Gantt et al., 2011).
 - ✓ Aceptación de la figura corporal: Mediante el autoconocimiento los pacientes deberán responder lo más honesto, preguntas planteadas por la capacitadora acerca del grado de aceptación de la figura corporal y sus partes. Luego se reforzarán las respuestas positivas y se reflexiona sobre aquellas que no tuvieron una respuesta favorable (Giménez, 2013).
 - ✓ Mis etiquetas positivas: Los pacientes utilizarán el esquema de “IKIGAI” en el cual escribirán cualidades positivas sobre: su pasión, su misión, su vocación y su profesión, luego, lo tendrán que pegar en la pared y finalizar con una retroalimentación de la importancia de buscar cualidades.

5. **Cierre:** Recapitulación de los contenidos abordados durante la sesión y lo aprendido.

Duración: 45 a 60 minutos

Materiales:

-Tarjetas de presentación (marcadores) y el esquema IKIGAI (lápiz)

-Laptop

-Proyector

-Material didáctico (trípticos)

Responsable: Psicólogo/a Clínico/a

Sesión 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN MI VIDA

Desarrollo:

- 1. Saludo:** Actividad de inicio
- 2. Psicoeducación:** Es una técnica cuyo objetivo es brindar información pertinente a los participantes de un proceso, con el objetivo que estén en el mismo contexto del proceso que se esté llevando a cabo (Belomé, 2017).
- 3. Cierre:** Retroalimentación y despedida.

Procedimiento:

- 1. Saludo:** La actividad se denomina “O KABITA” en donde los pacientes tendrán que decir el título de la dinámica y expresarlo cuando la capacitadora diga: con ira, con miedo, con risa, etc. (González et al., 2004).
- 2. Psicoeducación:** Informar o deconstruir conceptos
 - Informar cuales son los factores de riesgo y protección de la fusión cognitiva y el autoconcepto.
 - Como influyen los estereotipos de belleza o discriminación en el pensamiento y como se fusiona con el autoconcepto.
 - Presentación de material audiovisual.

“Come como la persona que quieres ser” (Edeka, 2017).
<https://www.youtube.com/watch?v=CyvtS7nPPf8>

-Se retroalimenta

-Discutir la diferencia entre malos y buenos hábitos alimenticios.

-Analizar las ventajas de llevar una vida saludable para mejorar mi mente y mi cuerpo.

-Importancia de la familia y redes de apoyo saludables, pero sobre todo de mí.

3. Cierre: Recapitulación de los contenidos abordados durante la sesión y lo aprendido.

Duración: 45 a 60 minutos

Materiales:

-Laptop

-Proyector

-Material audiovisual

Responsable: Psicólogo/a Clínico/a

TALLER 2: EL ARTE DE RECONSTRUIRME

Sesión 3: NO SOY MIS PENSAMIENTOS

Objetivo: Ofrecer técnicas y estrategias psicológicas a los pacientes para mejorar el concepto que tienen de sí mismos a través de la construcción de pensamientos positivos sobre su condición corporal.

Desarrollo:

1. Saludo: Actividad de inicio

2. Psicoeducación: Es una técnica cuyo objetivo es brindar información pertinente a los participantes de un proceso, con el objetivo que estén en el mismo contexto del proceso que se esté llevando a cabo (Belomé, 2017).

3. **Técnica de Defusión cognitiva:** La técnica consiste en aprender a observar los pensamientos y emociones de manera objetiva, se centra en ayudar a las personas a separarse o "despegarse" de los pensamientos y emociones que pueden estar causando sufrimiento, de manera que puedan verlos con mayor claridad y reducir su impacto negativo en su vida (Caballo, 2011).
4. **Mindfulness:** Práctica de meditación y conciencia, que consiste en prestar atención a la respiración, las sensaciones corporales y los pensamientos que surgen, permitiendo que fluyan sin ser juzgados cultivando una mayor conciencia de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas que se experimenta en el momento actual (Donald, 2014).
5. **Cierre:** Retroalimentación y despedida.

Procedimiento:

1. **Saludo:** Dinámica “la pelota preguntona”, consiste en que los participantes del grupo formen un círculo y se vayan pasando rápidamente la pelota mientras suena la música. Cuando esta pare, la persona que tenga la pelota en ese momento debe decir su nombre y responder a una pregunta respecto a los contenidos vistos en las sesiones anteriores (González et al., 2014).
2. **Psicoeducación:** Informar o deconstruir conceptos
 - Identificar los pensamientos irracionales de los pacientes mediante una hoja de registro.
 - Exponer voluntariamente uno de los pensamientos intrusivos o los más prevalente para realizar el “juego de roles”, sobre distintas situaciones que deberán ser solucionadas desde un enfoque de comunicación asertiva guiada por la capacitadora (González et al., 2004). Posterior a ello se debe retroalimentar.
3. **Técnica de Defusión Cognitiva**
 - Aplazar el momento de crisis: Permitir dar cuenta a los pacientes de lo que sienten y darle unos minutos de expresarse. Respirar e ir aplazando la crisis para poder recibir la emoción (Caballo, 2011).

- Ponle un nombre a tu mente: Se trata de una técnica en el cual los pacientes deberán ponerle un nombre a su mente, con el fin de dar otra identidad, por ejemplo: “señora mente” “Martha”, el cual, lo utilizaran para referirse a los pensamientos o emociones negativas e imaginar que es otra persona, eso ayudará a asumir una distancia psicológica de su discurso y adoptar una actitud más crítica. Cabe aclarar que el objetivo no es minimizar la importancia de los pensamientos, sino evaluarlos en su justa medida (Caballo, 2011).

4. Mindfulness

- Flujo de pensamientos y emociones: Percibir como los pensamientos llegan, pero también como se van, ser solo observador sin intentar engancharse a ellos y dejarlos pasar (Donald, 2014).
- Fortalecer la intención y la atención: Desarrolla la habilidad de prestar atención a nuestra intención y las metas que nos rodean. Se trata de establecer propósitos, sea para algo grande o pequeño y empoderarse por tres razones importantes. En primer lugar, permite que los pacientes dirijan su propio camino y decidan cómo quieren hacer frente a las áreas difíciles de su vida. En segundo lugar, incluye el concepto de libre voluntad, lo cual significa que, como seres humanos, cada uno de nosotros podemos superar hábitos, condicionamientos, mecanismos de defensa insanos y conductas adictivas. Finalmente, la intencionalidad aporta conciencia atencional a los problemas y las situaciones que estén afectando al cliente ahora. Esto es fundamental, desde luego, porque para cambiar cualquier conducta, primero hay que ser consciente de ella (Donald, 2014).

5. Cierre: Recapitulación de los contenidos abordados durante la sesión y lo aprendido.

Duración: 45 a 60 minutos

Materiales:

-Pelota

-Laptop

-Proyector

-Lápiz, hoja de papel

Responsable: Psicólogo/a Clínico/a

Sesión 4: REFLEJANDO MI MEJOR VERSIÓN: APRENDIENDO A CONDUCIR MI VIDA

Desarrollo:

- 1. Recapitulación:** Se realiza una recolección de ideas importantes acerca de la temática revisada en la sesión anterior, con el fin de tenerlas en cuenta para la presente sesión (Navarro, 2015).
- 2. Psicoeducación:** Es una técnica cuyo objetivo es brindar información pertinente a los participantes de un proceso, con el objetivo que estén en el mismo contexto del proceso que se esté llevando a cabo (Belomé, 2017).
- 3. Dinámica**
- 4. Técnica de mandos verbales:** Esta técnica se basa en la idea de que las palabras que usamos para hablarnos a nosotros mismos pueden tener un gran impacto en cómo nos sentimos y actuamos (Beck, 1995).
- 5. Cierre:** Retroalimentación y despedida.

Procedimiento:

- 1. Recapitulación:** La capacitadora realizará un pequeño resumen sobre los puntos más relevantes de la sesión anterior y pedirá al paciente que expongan sus propios puntos.
- 2. Psicoeducación:** Informar o deconstruir conceptos
 - Autoaceptación
 - Autoconcepto
 - Autoimagen

- Autocontrol
 - Autonomía
3. **Dinámica:** “Manos: mis limitaciones y habilidades” Se comienza explicando brevemente sobre la importancia de las manos y cómo pueden ser un indicador de nuestras limitaciones y habilidades, luego se pide a los participantes que piensen en las habilidades que tienen relacionadas con sus manos, como escribir, dibujar, cocinar, tocar un instrumento, entre otras. Luego, se pide que piensen en las limitaciones que han experimentado en relación a sus manos, como lesiones, etc., posterior a ello deberán compartir en parejas algunas de las habilidades y limitaciones que identificaron en el paso anterior, empleando la comunicación asertiva. Se concluye la dinámica resumiendo las experiencias y reflexiones de los participantes (González et al., 2014).
 4. **Mandos verbales:** Quitar el vocabulario, oraciones que me juzguen o me frustren, buscando una mejor aceptación hacia mí mismo y valorando mis esfuerzos mediante el uso de hábitos saludables (Beck, 1995).
 5. **Cierre:** Recapitulación de los contenidos abordados durante la sesión y lo aprendido.

Duración: 45 a 60 minutos

Materiales:

-Laptop

-Proyector

Responsable: Psicólogo/a Clínico/a

Sesión 5: DESCUBRIENDO MI VERDADERO YO

Desarrollo:

1. **Actividad de inicio:** Presentación de material audiovisual
2. **Psicoeducación:** Es una técnica cuyo objetivo es brindar información pertinente a los participantes de un proceso, con el objetivo que estén en el mismo contexto del proceso que se esté llevando a cabo (Belomé, 2017).

3. **Dinámica**
4. **Role playing**
5. **Cierre:** Retroalimentación y despedida.

Procedimiento:

1. **Actividad de inicio:** Presentación de material audiovisual “El puente” (Chian, 2010).

<https://www.youtube.com/watch?v=lsbDNkiVlxM>

-Retroalimentación

2. **Psicoeducación:** Informar o deconstruir conceptos

- Comunicación asertiva
- Tipos de comunicación
- Técnicas para desarrollar comunicación asertiva
- Tolerancia a las críticas
- Empatía
- Autonomía

3. **Dinámica** “El teléfono sin palabras”, promueve la comunicación no verbal y la comprensión de señales que transmitimos con nuestro cuerpo y expresiones faciales y a su vez como éstas pueden afectar la forma en que son percibidos por los demás (González, 2014).

-Retroalimentación y reflexión de la dinámica.

4. **Role playing:** “Qué harías si”: La capacitadora expondrá una situación que deberá ser solucionada por los pacientes desde un enfoque de comunicación asertiva.
5. **Cierre:** Para finalizar, los pacientes realizarán la actividad “Carta a mí”, la capacitadora pedirá que en una hoja de papel tipo carta escriba para su yo del futuro, recordándole

todo el proceso y lo aprendido a lo largo del taller. Para que el paciente pueda desarrollar la actividad puede hacer uso de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te sientes actualmente sobre esta experiencia y cómo crees que te sentirás en el futuro?
- ¿Qué esperas lograr en el futuro y cómo crees que esta experiencia podría ayudarte a alcanzar tus metas?
- ¿Qué consejos te darías a ti mismo del futuro para enfrentar los desafíos que puedan surgir?
- ¿Qué es lo que más te preocupa del futuro y cómo podrías prepararte para enfrentar esos desafíos?
- ¿Qué aspectos de tu vida actual te gustaría mantener en el futuro y qué cambios te gustaría hacer?
- ¿Cómo te gustaría sentirte contigo mismo en el futuro y qué acciones puedes tomar hoy para trabajar hacia ese futuro?

Duración: 45 a 60 minutos

Materiales:

-Laptop, material audiovisual

-Lápiz, papel tipo carta

Responsable: Psicólogo/a Clínico/a

7. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se determinó la existencia de relación entre fusión cognitiva y autoconcepto en personas con obesidad y sobrepeso del Centro de Endocrinología, Obesidad y Psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, en una muestra conformada por 30 pacientes, con edades comprendidas desde los 22 a 79 años aleatoriamente, con un tiempo de tratamiento de 1 mes hasta 12 meses.

Los resultados indicaron que el 63,3 % de la muestra fueron pacientes del sexo femenino y el 36,7 % fueron correspondientes al sexo masculino, donde la mayoría fluctúa entre los 35 a 43 años equivalente al 43,3 %, seguido por las edades de 44 a 52 años con el 23,3 %, los pacientes de 22 a 34 años con el 20 %, de 53 a 61 años con el 10 % y finalmente los pacientes de 71 a 79 años con el 3,3 %. Siendo más predominante aquellos que llevaban 1 mes en el proceso de pérdida de peso equivalente al 26,7 %, seguido del 13,3 % correspondiente a 12 meses, luego el 10 % en los 2, 3 y 10 meses de tratamiento, mientras que, el 6,7 % correspondieron a los 4, 5 y 9 meses, finalmente el 3,3 % que corresponden a 6, 7 y 8 meses.

En cuanto al primer objetivo específico, se encontró que tanto en mujeres como hombres la presencia de fusión cognitiva por edad se evidencia predominante en edades de 35 a 43 años, en el cual los datos más prevalentes se ven reflejados de ellos un 20 % en el nivel de fusión cognitiva medio, mientras que, pacientes de 44 a 52 años, el 13,1 % muestran un nivel bajo, para las edades de 24 a 34 años representan un nivel de fusión cognitiva bajo y medio del 10 % y edades de 53 a 61 años hasta la población etaria de 71 a 79 años corresponde un nivel de fusión cognitiva bajo de 6,7 %. En contraste con un estudio realizado en Lima en 229 estudiantes entre los 16 a 26 años de edad, de los cuales 95 (41.5 %) eran hombres y 134 (58.5 %) eran mujeres, se identificó que, 93.4 % del total de los evaluados (214) tienen un nivel no clínico de fusión cognitiva, es decir que esta cantidad no muestra proclividad a implicarse con los propios pensamientos como si fueran la realidad objetiva e inalterable. En contraparte, un 6.6% del total de estudiantes (15) muestran niveles clínicos de fusión cognitiva, lo que nos habla de una alta tendencia a no deslindar los pensamientos evaluativos del contexto real (Novoa, 2019).

Así mismo, en los resultados obtenidos del primer objetivo sobre los niveles de fusión cognitiva de acuerdo al tiempo de tratamiento, se logró identificar que el 26,7 % de pacientes, con un tiempo de tratamiento de 1 mes son los que predominan en el estudio, ya que, presentan un nivel

bajo de fusión cognitiva correspondiente al 16,7 % de la muestra. No obstante, un valor relevante, aunque minoritario se encontró dentro de los 2 meses de tratamiento correspondiente al 6,7 % de pacientes que presentan un nivel de fusión cognitiva alta. Además, se pudo evidenciar que la prevalencia de los pacientes dentro del nivel medio de fusión cognitiva se ubica en un tiempo de tratamiento de 12 meses con el 13,3 %.

Algunos estudios similares, realizados con las variables anteriormente mencionadas, como el de Ramos et al., (2018), investigaron el constructo de fusión cognitiva en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad, tras 6 meses de intervención hospitalaria, en donde, un nivel de fusión cognitiva fue superior al de otras muestras publicadas y se asocia a mayor patología, y a pesar de que la misma se reduce tras el tratamiento no se confirma el supuesto del efecto obstaculizador sobre el cambio sintomático en la depresión o la gravedad del Trastorno de personalidad. Alloy et al., (2000); citados en Kerr (2010), Conway et al., (2000) y Martin et al., (2004) hacen énfasis en que este fenómeno tiene que ver con ciclos repetitivos de pensamientos negativos, hablan de que son producto de una historia de acontecimientos estresantes y son de naturaleza puramente psicológica.

Por otra parte, los resultados del segundo objetivo reflejaron predominante las edades de 35 a 43 años en el autoconcepto total tanto en el sexo femenino, el cual, obtuvo una puntuación alta en las dimensiones académico/laboral, social y familiar, como en el sexo masculino, el cual, el nivel que más predominaba se encontraba en un nivel medio y medio-alto en estas dimensiones. En cuanto a las dimensiones emocional y física, aunque en un porcentaje minoritario las mujeres representaron un nivel medio-bajo en la primera y medio-alto en la segunda, por el contrario, los hombres predominaron en la dimensión emocional con un nivel medio-alto, y en la dimensión física con un nivel alto.

Por lo que, en contraste con una investigación realizada en México denominada estilo de vida, autoconcepto y trastornos emocionales en estudiantes universitarios obesos, cuya muestra aleatoria fue de 195 estudiantes, de los cuales 121 eran mujeres y 72 eran hombres, con una edad promedio de 20 a 29 años, en el cual, se evidenció que en el autoconcepto total no se encontró ningún alumno que de manera general se perciba con un buen autoconcepto ya que el 31.4 % reportó un autoconcepto bajo y el 68.2 % un autoconcepto medio; en cada una de las dimensiones evaluadas hubo presencia de autoconcepto bajo: familiar (31,3 %), emocional (14,9

%) y académico (12.8 %), siendo estos últimos un autoconcepto medio. Y de la muestra total solo el 7,7 % reportaron un buen autoconcepto académico/laboral (Saldaña & Rodríguez, 2017).

Cueva et al., (2012), explica que, los jóvenes con obesidad tienen un autoconcepto negativo en la dimensión familiar, siendo las mujeres quienes más viven esta situación percibiéndose como poco agraciadas descalificando su peso, sintiéndose poco apoyadas y fuertemente criticadas, mientras que el autoconcepto social se puede hablar de las dificultades para mantener sus redes sociales afectando su bienestar psicosocial, el rendimiento académico así como presentar una sintomatología depresiva vinculándose con la dimensión emocional teniendo dificultades para controlarlas.

En el análisis de ambas variables se evidenció una correlación, aunque lejana, de un autoconcepto medio– alto y una fusión cognitiva en niveles medios y bajos, a diferencia del resto de datos que no se lograron encontrar cercanamente por lo que no se pudo entablar relación. A su vez se puede contrastar con el estudio desarrollado en España por Gómez et al., (2019), que investigó la relación entre la fusión cognitiva y el autoconcepto en un grupo de 337 adolescentes con una edad media de 16 años, en el cual, 163 eran mujeres y 174 eran hombres. Los resultados del estudio indicaron que la fusión cognitiva se relacionaba negativamente con el autoconcepto. Es decir, cuanto mayor era la fusión cognitiva, menor era el autoconcepto. Además, los resultados también sugirieron que los adolescentes con una mayor fusión cognitiva tenían una mayor propensión a experimentar síntomas depresivos. Además, se realizaron análisis adicionales para evaluar la influencia de la edad y el género en estas relaciones, se encontró que el autoconcepto era más fuerte en los participantes más jóvenes, mientras que la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas depresivos era más fuerte en las chicas que en los chicos.

En el estudio de Meza & Pompa (2015), analizaron la relación entre género, índice de masa corporal y autoconcepto en adolescentes, el cual, se evidenció que existen diferencias significativas tanto mujeres y hombres en cuanto a las dimensiones de autoconcepto académico, social, emocional y físico; mientras que las comparaciones por grupos de peso revelaron diferencias en el autoconcepto físico y total.

Resulta interesante analizar y describir sobre los factores coadyuvantes en la forma como la realidad de diversas situaciones que provocan una serie de ideas, pensamientos influyen en áreas intrapersonales e interpersonales de un individuo.

En otro orden de ideas, es necesario señalar que esta investigación presenta dos limitaciones principales. Primero, se trabajó con una muestra pequeña y no representativa estadísticamente, por dicha causa los resultados no pueden explorarse a poblaciones enteras.

En último lugar, no se contó con el IMC o porcentaje de grasa corporal de los participantes ni con otras variables etiológicas de importancia. De esta manera se eliminaron las posibilidades de explorar la relación entre el nivel de fusión cognitiva con los distintos tipos de obesidad y sobrepeso.

Como se ha podido observar en cada uno de los estudios mencionados, se piensa que mientras exista una fusión cognitiva alta significa que, hay una dificultad para integrar y coordinar la información externa lo que provoca trabas para resolver problemas tras tener pensamientos negativos. Mientras que, una fusión cognitiva media se refiere a una capacidad moderada para integrar y coordinar diferentes fuentes de conocimiento de manera efectiva para realizar tareas cognitivas simples y complejas. Por otro lado, cuando existe la presencia de una fusión cognitiva baja, representa una dificultad en el procesamiento de información externa e interna de un individuo, por ende, se apoya en el descenso o afectación para su desenvolvimiento a nivel de las esferas social, personal e interpersonal. Por último, este mismo hecho, por un lado, permite sostener que el sufrimiento humano no es una conducta “anormal” producto de malas experiencias o procesos. A su vez, esta ubicuidad apoya el supuesto de la “normalidad destructiva”, que afirman que ciertos procesos habituales y comunes pueden llegar a tener efectos destructivos (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

8. CONCLUSIONES

- Se logró identificar que tanto en mujeres como hombres la presencia de fusión cognitiva por edad predomina en edades de 35 a 43 años en el cual los datos más relevantes fueron de nivel medio, seguido de un nivel bajo. En cuanto al tiempo de tratamiento, se encontró que, en 1 mes de tratamiento, la fusión cognitiva era baja seguida de un nivel medio, mientras que, en pacientes con tratamiento de 2 a 6 meses predominó un nivel bajo, y en aquellos con tratamiento 7, 9, 10 y 12 meses predominó un nivel medio.
- En cuanto al autoconcepto total se evidenció predominante las edades de 35 a 43 años en el autoconcepto total tanto en el sexo femenino, el cual, obtuvo una puntuación alta en las dimensiones académico/laboral, social y familiar, como en el sexo masculino, el cual, el nivel que más predominaba se encontraba en un nivel medio y medio-alto en estas dimensiones. En cuanto a las dimensiones emocional y física, aunque en un porcentaje minoritario las mujeres representaron un nivel medio-bajo en la primera y medio-alto en la segunda, por el contrario, los hombres predominaron en la dimensión emocional con un nivel medio-alto, y en la dimensión física con un nivel alto.
- Mediante la correlación ejecutada entre la variable de fusión cognitiva y autoconcepto, se encontró que existe una cercana relación entre un autoconcepto medio y fusión cognitiva alta. Además, se identificó una asociación, aunque lejana, de un autoconcepto medio-alto y una fusión cognitiva en niveles medios y bajos, a diferencia del resto de datos que no se lograron encontrar cercanamente por lo que no se pudo entablar relación.
- El desarrollo de la propuesta psicoterapéutica para la fusión cognitiva y el autoconcepto dirigida para los pacientes del Centro de Endocrinología y Psicología IKIGAI, se basó en un enfoque cognitivo-conductual, que enfatizó la importancia de la autoexploración, la atención plena y la aceptación. La terapia puede ser adaptada para abordar las necesidades específicas de cada paciente, y se puede personalizar para abordar problemas específicos de autoconcepto, como la baja autoestima, la vergüenza y la autocrítica. En general, esta propuesta psicoterapéutica tiene el potencial de ayudar a los pacientes a desarrollar una mayor conciencia de sí mismos y a construir una relación más positiva con su yo interno.

9. RECOMENDACIONES

- Considerando los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de fusión cognitiva por edad, sexo y tiempo de tratamiento, se sugiere implementar intervenciones psicológicas para modificar patrones de pensamiento fusionados, evaluarlos regularmente durante el tratamiento y ajustar las intervenciones en consecuencia. Además, podría añadirse a ello un programa de estilo de vida saludable que incluya actividad física y dieta equilibrada, e involucrar a los familiares en el proceso de tratamiento para brindarles psicoeducación sobre la importancia de los pensamientos en la aceptación corporal y la autoestima en pacientes con obesidad y sobrepeso.
- A partir de los resultados obtenidos en cuanto al autoconcepto, se podría sugerir la implementación de intervenciones psicológicas enfocadas en la promoción de un autoconcepto positivo y saludable en pacientes con obesidad y sobrepeso, teniendo en cuenta las diferencias de género en las distintas dimensiones del autoconcepto identificadas en esta investigación, haciendo énfasis en aquellas dimensiones en las que se presentan mayores dificultades. Es importante tener en cuenta que un autoconcepto saludable está relacionado con un mejor bienestar emocional y una mayor capacidad para afrontar las dificultades del proceso de pérdida de peso, por lo que sería una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento.
- En cuanto a la correlación de fusión cognitiva y autoconcepto en pacientes con sobrepeso y obesidad se podría recomendar ampliar el margen de personas, ya que, dada a la población pequeña, es importante considerar realizar otras investigaciones considerando las variables anteriormente descritas, lo que permitirá comprender de una mejor manera la relación de fusión cognitiva y el autoconcepto en sus distintas dimensiones.
- Después de haber realizado una propuesta psicoterapéutica para la fusión cognitiva y el autoconcepto, se puede recomendar que es importante para los profesionales de la salud mental tengan en cuenta, la relación entre estas dos variables en su práctica clínica y que utilicen técnicas específicas para abordar estos problemas, adaptándolas a las necesidades individuales de cada paciente y trabajando de manera colaborativa para alcanzar objetivos terapéuticos realistas y alcanzables.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Allport G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*, Holt, Nueva York.
- Altman, D. (2014). *The Mindfulness Toolbox. 50 Practical Mindfulness Tips, Tools, and Handouts for Anxiety, Depression, Stress, and Pain*. SIRIO, S.A.
- Abello, R. & Amar, J. (2011). *El niño y su comprensión del sentido de la realidad*. (3.^a ed.). Editorial Universidad del Norte. <https://editorial.uninorte.edu.co/gpd-el-nino-y-su-comprension-del-sentido-de-la-realidad-3ra-edicion-revisada-y-aumentada.html>
- Barrios, F. (1951). *Ideas para una Teoría de la Personalidad* (1a ed.). Manuel de Salas. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/63656/2/182050.pdf>
- Barros, V. (2016). *Programa de desarrollo personal para fortalecer los niveles de autoestima en los usuarios de servicio de integración laboral para personas con discapacidad*. Universidad de Azuay.
- Bas, E. (2002). *Prospectiva: Cómo usar el pensamiento sobre el futuro*. Ediciones Deusto, S.A.
- Beck, J. (1995). *Manual práctico de terapia cognitiva*. Desclée de Brouwer.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Bustos, G. (2011). *El autoconcepto físico en Educación Secundaria. Diferencias en función del género y la edad*. 14.
- Borkovec, T., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidant theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York: Guilford Press.
- Caballo, V. (2011). *Psicología positiva: Una aproximación desde la psicología humanista*. Desclée de Brouwer.
- Campo L. (2014). El Desarrollo del Autoconcepto en Niños y Niñas y su Relación con la Interacción Social en la Infancia. *Psicogente*, 17(31), 67-79.
- Casanova, I., Cabañas, V., Fernández, (2018). Treatment of a Single case of an Eating Disorder from an Acceptance and Commitment Perspective. 1, 85–117.
- Carmona, I. (2020). Defusión Cognitiva: Debilitando El Control Del Pensamiento Sobre Nuestras Acciones. *ITACA*.
- Cid, F. (2011). *Formas de Pensamiento y Reglas del Lenguaje. Algunas Características*. 19(35), 153-160.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. 592.

- Clusella, S., (2017) *El debate sobre la conciencia en el pensamiento moderno y en la ciencia actual: otras perspectivas*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona] Alianza Editorial.
- Conde, P., (2019) *Evaluación de Cuestionario de Autoconcepto Garley*. GiuntiEOS
- Esnaola, I. (2008). *EL AUTOCONCEPTO: Perspectivas de Investigación*. 29.
- Extremera, N. y Fernández, P. (2002). *La inteligencia emocional en el aula como factor protector de conductas problema: violencia, impulsividad y desajuste emocional*. *Actas I Congreso Hispanoamericano de Educación y Cultura de Paz*, 599-605. Universidad de Granada
- Saiz, C., & Rivas, S. (2008). *Evaluación en Pensamiento Crítico: una Propuesta para Diferenciar Formas de Pensar*. 22–23, 25–66.
- Fernández S., Cárdenas A., & Mesa, F. (2006). Rene Descartes, un Nuevo Método y una Nueva Ciencia. *Scientia Et Technica*, XII (32), 401-406.
- Ferrari, L., & Filippi, G. (2009). *Identidad, Identificación y Realización en el Trabajo Contemporáneo. Transformaciones del Autoconcepto Laboral y del Involucramiento con el Trabajo Concreto*. 8.
- Fuentes, J. (1994). *Conductismo radical vs. conductismo metodológico: ¿qué es lo radical del conductismo radical?* En J. Gil, C. Luciano & M. Pérez-Álvarez (Eds.), *Vigencia de la Obra de Skinner* (pp. 29-60). Granada: Editorial Universidad
- Fiorentino, M. T. (2008). La Construcción de la Resiliencia en el Mejoramiento de la Calidad de Vida y la Salud. *Suma Psicológica*, 15, 21.
- Gantt, L., Tinnin, L. W., & Finnegan, L. (2011). *Drawing Change: Using Visual Representations to Facilitate Organizational Development*. Sage Publications.
- Gillanders, D., Sinclair, A., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>
- Giménez, P., Correché, MS y Rivarola, MF (2013). Autoestima e Imagen Corporal. Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en preadolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, XIV (27), 83-93.
- Gómez, I., Gómez, A., & Guzmán, E. (2019). Cognitive Fusion and Self-Concept in Adolescents. *International Journal of Psychological Research*, 12(1), 57-65. doi: 10.21500/20112084.3719
- González, J., Monroy, A., & Kupferman, E. (2004). *Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas*. Editorial Pax México.

- Goñi, E., & Ruiz de A. (2005). *La Estructura del Autoconcepto Personal*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 291-304.
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad* [Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco] <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/go%C3%B1i%20palacios.pdf?sequence=1>
- Goñi, E., & Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 179-194.
- Guajardo, L., Cadena, D., Munive, R., & Farelas, M. (2012). *Autoconcepto en las Voces de Jóvenes Obesas y Obesos*.
- Guayara, Á. (2005). *Autoconcepto en Mujeres en Situación de Obesidad*. [Tesis de grado, Universidad Surcolombiana]
- Guido, P., Mújica, A. y Gutiérrez, R. (2011). Diferencias en el Autoconcepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento. *Liberabit*, 17(2), 139-146.
- Gutiérrez, S. (2020). El componente afectivo de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 15(29), 123-151.
- Halgin, R (2008). *Psicología de la anormalidad*. (5ª, ed.) México: Edita
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed). Guilford Press.
- Hernández, A. (2010). *Tratado de nutrición*. Editorial Médica Panamericana. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=561427>
- Hernández, I. (2010). El Lenguaje: Herramienta De Reconstrucción Del Pensamiento. *Razón y Palabra*, 72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199514906041>
- Higuera, D. (2021). El yo en la terapia de aceptación y compromiso. *Psicoterapeutas*. <https://psicoterapeutas.com/las-bases-teoricas/el-yo-en-la-terapia-de-aceptacion-y-compromiso/>
- Higuera, J. (2021). Breve presentación de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Psicoterapeutas*. <https://psicoterapeutas.com/terapia-de-aceptacion-y-compromiso/breve-presentacion-de-la-terapia-de-aceptacion-y-compromiso/>

- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting “stuck” in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1146–1163.
- Horno, P. (2009). *Amor y violencia: la dimensión afectiva del maltrato. El afecto y el desarrollo. Desclee de Brouwer, S.A.*
- Hurtado, M., & Flores, A. (2012). *Influencia de la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen social, en las dimensiones de la socialización de estudiantes universitarios*. 339.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Inicio—Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. <https://www.medicinalegal.gov.co/>
- Iwata, R. (2004). *Museo Memoria y Tolerancia*. https://www.myt.org.mx/tolerancia_url/estereotipo-prejuicio
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Suicide Risk Management*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470750933>
- López, M. (2015). *Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* [Tesis de Doctorado, Universidad de Málaga]. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10651/TD_Lopez_de_Uralde_Selva.pdf?sequence=1
- Maero, F. (2021). *Simón dice y el contexto de literalidad*. *Psyciencia*.
- Mansilla, M. (2011). Las Marcas del Miedo Urbano. *Revista Sociedad y Equidad*, 2, Art. 2. <https://doi.org/10.5354/rse.v0i2.14484>
- Márquez, M. (2019). *Bach. Axel Andrew Novoa Bazán*.
- Martínez, I., Valdés, L., Bayona, A., Martínez, J., & Martínez, I. (2021). Relación entre la obesidad y el estrés laboral: Una revisión sistemática. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 67(263), 112-127. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000200004>
- Maurus, J. (1993). *Cultive Su Autoimagen*. Editorial San Pablo.
- Mejía, G. M., Escandón, P. A., Roldán, A. F., & Velásquez, J. P. (2018). *Diseño para la salud: Arquitectura de la elección para el control del sobrepeso y la obesidad* (1st ed.). Sello Editorial Universidad de Caldas. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18dvt5z>
- Meza, C., & Pompa, E. (2015). Género, obesidad y autoconcepto en una muestra de adolescentes de México. [Gender, obesity and self concept in a sample of Mexican adolescents]. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. doi:10.5232/ricyde, 12(44), Art. 44.
- Montero, J. (2001). *Obesidad: Una Visión Antropológica*. Universidad de Buenos Aires
- Naranjo, M., (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3), 0.

- Naranjo, M. (2011). El autoconcepto positivo; un objetivo de la orientación y la educación. *Actualidades Investigativas en Educación*, 6(1). <https://doi.org/10.15517/aie.v6i1.9192>
- National Longitudinal Study of Adolescent Health. (2002). *Obesidad del adolescente y el entorno familiar*.
- Novoa, A. (2019). *Análisis de la calidad de los servicios de transporte público urbano en la ciudad de Lima*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP
- Organizacion Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. OMS
- Palacios, J. & Coveñas, J., (2019) Predominancia del autoconcepto en estudiantes con conductas antisociales del Callao. *Propósitos y Representaciones*, 7(2), 325-352. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n2.278>
- Papalia, D. E. (2001). *Desarrollo humano* (12va ed.). McGraw-Hill Companies.
- Pasco, J., Williams, L., Jacka, F., Brennan, S., & Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(5), 477-482. <https://doi.org/10.1177/0004867413483371>
- Peñalver, C. (2019). *Evaluación de Cuestionario de Autoconcepto Garley*. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2020/CAG-Informe-Alegaciones.pdf>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. A. (2013). The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805–826. DOI:10.1080/10810730.2012.757393
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y Desarrollo de los Hijos: Practicas de Crianza. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 31(2), 167-177. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- Ramos, J., Rodríguez, A., Sánchez, A., Mena, A., & Mena, A. (2018). Fusión cognitiva en trastornos de personalidad: Una contribución a la investigación sobre mecanismos de cambio. *Clínica y Salud*, 29(2), 49-57. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a8>
- Ribes, E., (2004). La Psicología Cognoscitiva y el Conocimiento de otras Mentes. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 12(3), 7-22.
- Rivière, A. (1995). Mentes, cerebros y cómputos: ¿Problemas o misterios? En F. Mora, *El problema cerebro-mente* (p. 73-134). Madrid: Alianza Universidad.
- Rodríguez, A. (2018). Teoría de la razón en Searle. La razón como cualidad de la mente generada por el uso del lenguaje. *Praxis Filosófica*, 45S, 165-195. <https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i45S.6135>

- Rodríguez, S., & Fernández-Zabala, A. (2014). Autoconcepto y rendimiento escolar: ¿una relación directa o indirecta? *Revista de Psicodidáctica*, 19(1), 111-128. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.7324>
- Rojas, E. (2015). *La voluntad es la clave para conseguir lo que uno se ha propuesto. Es la joya de la corona de la conducta*. 3.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., Pérez, R., (2011) Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139 (5), 571-578. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>
- Romero, A., & Jiménez, L. (2019). Clima social familiar ¿Qué relación tiene con el autoconcepto en adolescentes del Callao? *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 4(2), 120-129.
- Ruiz, S., & Goñi, E. (2005). *La Estructura del Autoconcepto Persona*L. 2(1), 15, 1009-1025.
- Ruiz, F.J., Suárez-Falcón, J.C., Riaño-Hernandez, D. y Gillanders, D. (2017). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Fusión Cognitiva en Colombia*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. DOI: 10.1016/j.rlp.2016-09-006.
- Sabino, S. (2004). *1. Teorización de las variables*. 30.
- Saldaña, M. % Rodríguez N. (2017) estilo de vida, autoconcepto y trastornos emocionales en estudiantes universitarios obesos. *Revista electrónica de psicología Iztacala* 20(3)
- Salmon, R. (2007). The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12), 1990. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n1223a>
- Saiz, C., & Rivas, S. (2008). *Evaluación en Pensamiento Crítico: una Propuesta para Diferenciar Formas de Pensar*. 22–23, 25–6
- Sánchez, M., González, J., Mendoza, M., Sagahón, L. M., Salgado, V., & Ochoa, C. (2016). *La Obesidad Escolar. un Problema Actual*. 26(1), 137-156.
- Schultz, D. (2010). *Teorías de la personalidad* (3.^a ed.). Cengage Learning.
- Soriano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(2), 333–358. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000200008
- Tapia, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones*. 38(2), 52-55. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008

- Torres, G., García, M., Villaverde, C., & Garatachea, N. (2010). *Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos*. 47–51.
- Urdaneta, J. (2009). *El nivel filosófico en psicología*. 3.
- Vargas, J. (2019). *Manual para la atención integral del comportamiento suicida*. Universidad de Antioquia
- Vazquez, V. & Lopez, J. (2001) *Psicología y obesidad*. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9 (2), 91-96
- Vega, A. (2021). *La construcción de identidad(es) de jóvenes estudiantes en Facebook: exposición, juego y negociación identitaria en las redes sociales*. [Tesis de doctorado, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional]. <https://repositorio.cinvestav.mx/handle/cinvestav/2797>
- Vega, A. (2018). *Treatment of a single case of an eating disorder from an acceptance and commitment perspective*. (6), 85–117.
- Villarroel, V. (2001). *Relación entre Autoconcepto y Rendimiento Académico*. 10(1), 3-18.
- Vive. (2022). *Defusión cognitiva: El trabajo con los pensamientos negativos*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Rioja]
- Wardle J, & Volz, G. (1995) *Social variation in attitudes to obesity in children*. *Int J Obes*, 19: 562-9.
- Wilson, K., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. & Luciano, C., (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (1a ed.). Piramide. <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=3816272>

11. ANEXOS

Anexo 1. Autorización para la elaboración de la investigación



UNL

Universidad Nacional de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad de la Salud Humana

UNL-FSH-DCPS CL-2023-015
Loja, 25 de enero de 2023.

Doctor
Daniel Alejandro Montalván
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAY DE LA CIUDAD DE LOJA
Ciudad. -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. **SANGY HIPATIA GONZÁEZ ORTEGA** con cedula de identidad 1150161212, estudiante del VIII ciclo pueda aplicar reactivos Psicológicos, previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica con el tema denominado "**FUSIÓN COGNITIVA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON OBESIDAD Y SOBREPESO DEL CENTRO DE ENDOCRINOLOGIA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAI DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022-FEBRERO 2023**" con la coordinación de la Psicóloga María Paula Torres Pozo Mgs, docente de la Carrera.

Aprovecho la ocasión para expresarles a usted mis sentimientos de consideración.

APA
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH



Archivo
APA/tsc

[Signature]
D. Daniel E. Alejandro M.
OBESIDAD Y COMORBILIDADES
COD: 1104508740
[Signature]

Calle Manuel Monteros
Tras el Hospital Psiquiátrico - Loja - Ecuador
072-571379 Ext. 102

Anexo 2. Consentimiento informado

Yo, declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulado FUSIÓN COGNITIVA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAI DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022-FEBRERO 2023. A cargo de Sangy Hipatia González Ortega, el cual, es un proyecto de trabajo de titulación que cuenta con el apoyo de la Universidad Nacional de Loja

Mi participación se llevará a cabo en el Centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja y consistirá en responder 2 encuestas, además me han explicado que la información registrada será confidencial. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, así que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación.

En base a lo expuesto, declaro que acepto participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarme del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.

Firma del participante

Fecha

Anexo 3. Encuesta sociodemográfica para recopilación de información personal

CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAI

ENCUESTA

Fecha de aplicación:

Responda de acuerdo a sus datos personales

NOMBRES Y APELLIDOS	
CÉDULA	
EDAD	
SEXO	
TIEMPO DE TRATAMIENTO	

Anexo 4. Cuestionario de Fusión Cognitiva

CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5. Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF-5)

Cuestionario de Autoconcepto AF5

García. y Musitu, G. (1995). Autoconcepto Forma 5. AF5. Madrid: TEA, Ediciones.

Nombre y Apellidos:

Sexo:

Centro:

Curso:

Edad:

Fecha de aplicación:

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 01 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Escoja el grado que más se ajuste a su criterio. Conteste con la máxima sinceridad.

CONTESTE DE 01 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA		
1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).		
2. Hago fácilmente amigos.		
3. Tengo miedo de algunas cosas.		
4. Soy muy criticado en casa.		
5. Me cuido físicamente.		
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador (estudiante).		
7. Soy una persona amigable.		
8. Muchas cosas me ponen nervioso.		
9. Me siento feliz en casa.		
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.		
11. Trabajo mucho en clase.		
12. Es difícil para mí hacer amigos.		
13. Me asusto con facilidad.		
14. Mi familia está decepcionada de mí.		
15. Me considero elegante.		
16. Mis superiores (profesores) me estiman.		
17. Soy una persona alegre.		
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.		
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.		
20. Me gusta como soy físicamente.		
21. Soy un buen trabajador (estudiante).		
22. Me cuesta hablar con desconocidos.		
23. Me pongo nerviosos cuando me pregunta el profesor		
24. Mis padres me dan confianza		
25. Soy bueno haciendo deportes		
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador		
27. Tengo muchos amigos		
28. Me siento nervioso		
29. Me siento querido por mis padres		
30. Soy una persona atractiva		

Anexo 6. Prueba de normalidad de datos

A partir de los datos recopilados a través del presente trabajo de investigación se procedió a realizar una prueba de normalidad para determinar si los datos siguen o no una distribución normal y, por ende, decidir que pruebas estadísticas aplicar.

Para realizar la prueba de normalidad se empleó el test de Shapiro - Wilk, que es aplicable cuando tenemos datos menores a 50 participantes, fue realizada con un nivel de confianza del 95%.

De esta forma si el valor de significancia resulta menor que 0,05 el conjunto de datos no sigue una distribución normal.

Resultados de Prueba de Shapiro - Wilk de Normalidad de los Datos

Shapiro - Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.
Autoconcepto	,571	30	,000

Se observa que, para la variable de Autoconcepto el valor de significancia (Sig.) es menor a 0,05, por lo tanto, se puede decir con total seguridad que los datos no siguen una distribución normal. Por lo tanto, se tomó la decisión de aplicar estadística no paramétrica, por lo que se procedió a recodificar las variables de cruce para convertirlas en dicotómicas y de esta forma aplicar la prueba exacta de Fisher, ajustando las variables a las características para poder emplear dicha prueba.

Anexo 7. Certificación de modificación y aprobación de tema del trabajo de integración curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 035
Loja, 27 de febrero de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Señorita
Sangy Hipatia González Ortega,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL.

ASUNTO: RESPUESTA MODIFICACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS.

De mi consideración:

Por el presente extendiendo un cordial saludo; con respecto a lo solicitado; modificación de tema del trabajo de Integración Curricular, por cambio del lugar de investigación; se autoriza la modificación de la siguiente manera:

Tema "FUSIÓN COGNITIVA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAI DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022-FEBRERO 2023".

Objetivo General

- Determinar la relación entre la fusión cognitiva y auto concepto en el centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja, periodo octubre 2022-febrero 2023.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de fusión cognitiva a través del Cuestionario Fusión Cognitiva en pacientes con obesidad y sobrepeso de acuerdo a su edad, sexo y tiempo de tratamiento del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI en la ciudad de Loja.
- Conocer las dimensiones de auto concepto a través de Cuestionario AF5 en pacientes con obesidad y sobrepeso de acuerdo a su edad, sexo y tiempo de tratamiento del centro de endocrinología, obesidad y psicología IKIGAI de la ciudad de Loja.
- Diseñar una propuesta psicoterapéutica en base a los resultados obtenidos.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext.102

Anexo 8. Certificación de traducción

Mgs. Mónica Jimbo Galarza

C E R T I F I C O :

Haber realizado la traducción de Español – Inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica titulado “FUSIÓN COGNITIVA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA, OBESIDAD Y PSICOLOGÍA IKIGAI DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022-FEBRERO 2023” de autoría de Sangy Hipatia González Ortega con CI:1150161212.

Se autoriza a la interesada hacer uso de la misma para los trámites que crea conveniente.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Emitida en Loja, a los 10 días del mes de abril de 2023.



Mgs. Mónica Jimbo Galarza

MAGÍSTER EN ENSEÑANZA DE INGLÉS COMO LENGUA EXTRANJERA

REGISTRO EN LA SENECYT N° 1021-2018-1999861