

RELACION ENTRE ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y
ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON SOBREPESO EN LA
CIUDAD DE BUCARAMANGA.

LEIDY YUDIBIA CASTELLANOS USECHE
INGRID XIOMARA MOGOLLON DIAZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA

2008

RELACION ENTRE ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y
ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON SOBREPESO EN LA
CIUDAD DE BUCARAMANGA

LEIDY YUDIBIA CASTELLANOS USECHE
INGRID XIOMARA MOGOLLON DIAZ

Trabajo de grado

En la modalidad de proyecto de grado para optar al título de Psicólogas

Directora

Martha Lucía Albarracín Cordero

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA

2008

Agradecimientos

A Dios por su amor misericordioso y porque día a día me demuestra cuanto me ama.

A la virgen de la Esperanza que intercede por mí y me ama con su corazón de madre.

A mi mami por su amor incondicional y darme la fuerza necesaria para continuar en esta travesía.

A mi papá que es mi motivador número uno.

A mis hermanas que son mi ejemplo a seguir.

A mi familia por su cariño y sus oraciones.

A Marthica por su apoyo, comprensión, Tolerancia.

A esa persona que me enseñó que el dolor existe y que es de valientes salir adelante.

A todas esas personas que me acompañaron en la travesía, que mi Dios los bendiga.

A todos mil y mil gracias los llevare siempre en mi corazón y estarán en mis oraciones.

Leidy

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
1. INTRODUCCION	10
2. JUSTIFICACION	11
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivo General	13
4.2. Objetivos Específicos	13
5. MARCO CONCEPTUAL	13
5.1. SOBREPESO	13
5.2. ESQUEMA	19
5.2.1. Definición	19
5.2.2. Esquema Maladaptativos Tempranos EMT`s	22
5.2.3. Características de los EMT`s	23
5.2.4. Procesos de los EMT`s	23
5.2.5. Clasificación de los EMT`s	24
5.2.5.1. Desconexión y Rechazo	25
5.2.5.1.1. Abandono	25
5.2.5.1.2. Desconfianza- Abuso	27
5.2.5.1.3. Deprivación Emocional	27
5.2.5.1.4. Vergüenza-Defectuosidad	27
5.2.5.1.5. Aislamiento Social-Alineación	27
5.2.5.2. Desempeño y Autonomía Deficiente	27
5.2.5.2.1. Dependencia Emocional	28
5.2.5.2.2. Vulnerabilidad al Daño y la Enfermedad	28
5.2.5.2.3. A si mismo Infradesarrollo Indiferenciado	28
5.2.5.2.4. Fracaso	29
5.2.5.3. Limites Deteriorados	29

5.2.5.3.1. Derecho-Grandiosidad	29
5.2.5.3.2. Autocontrol Insuficiente-Autodisciplina	29
5.2.5.4. Orientación a los demás	30
5.2.5.4.1. Subyugación	30
5.2.5.4.2. Autosacrificio	30
5.2.5.4.3. Búsqueda de Aprobación	31
5.2.5.5. Vigilancia Excesiva e Inhibición	31
5.2.5.5.1. Negatividad-Pesimismo	31
5.2.5.5.2. Inhibición Emocional	32
5.2.5.5.3. Estándares inflexibles - Hipercrítica	31
5.2.5.5.4. Punitividad	31
5.2.6. Origen de los EMT's	32
5.3. ANSIEDAD	35
5.3.1. Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo	36
5.3.2. Ansiedad Estado	37
5.3.3. Ansiedad Rasgo	37
5.3.2. Manifestaciones de Ansiedad	38
5.3.3. Ansiedad y salud	41
5.3.4. Epidemiología de la ansiedad	41
5.4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	45
6. METODO	49
6.1. Diseño	49
6.2. Participantes	49
6.3. Instrumentos	48
6.4. Procedimientos	49
7. RESULTADOS	51
8. DISCUSIÓN	59
9. CONCLUSIONES	68
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS	70
11. ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Media y Desviación Típica de los EMT's con una muestra de población universitaria n=140	51
Tabla 2. Media y Desviación Típica para Ansiedad Estado-Rasgo STAI en adolescentes y adultos con una muestra de población universitaria n=140.	52
Tabla 3. Media y Desviación Típica para Ansiedad Estado-Rasgo STAI en adultos, según el estado civil con una muestra de población universitaria n=140.	53
Tabla 4. Media y Desviación Típica para las puntuaciones totales de EMT's según edad, género y estado civil con una muestra de población universitaria de n=140.	54
Tabla 5. Correlación de Pearson entre EMT's y Ansiedad Estado-Rasgo STAI con una muestra de población universitaria de n=140.	55
Tabla 6. Correlación de Pearson entre EMT's y Ansiedad Estado-Rasgo STAI según edad, género y estado civil con una muestra de población universitaria de n=140.	56

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Batería de pruebas para el presente estudio.

Anexo 2. Clasificación de peso en adultos de acuerdo con el IMC.

Anexo 3. Tabulación de los resultados de los instrumentos de medición de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y Ansiedad.

Anexo 4. Baremos STAI: adolescentes y adultos – varones y mujeres.

RESUMEN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO

TITULO Relación entre esquemas maladaptativos Tempranos y Ansiedad en estudiantes universitarios con sobrepeso en la Ciudad de Bucaramanga.

AUTOR (ES): Castellanos Useche Leidy Yudibia
Mogollón Díaz Ingrid Xiomara

FACULTAD: Psicología

DIRECTOR: Albarracín Cordero Martha Lucía

RESUMEN: Se evaluó la relación existente entre Esquemas Maladaptativos Tempranos y Ansiedad Estado Ansiedad Rasgo en 140 estudiantes universitarios entre 18-35 años de edad con sobrepeso en la ciudad de Bucaramanga. El diseño es un estudio no experimental, descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Esquemas de Young validado para Colombia (2003) y el Cuestionario Ansiedad Rasgos-Estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Los Esquemas Maladaptativos Tempranos mostraron coeficientes de correlación positivos medios y débiles con Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Se presenta mayor grado de ansiedad en mujeres adolescentes y las correlaciones más altas entre ansiedad y esquemas son: Esquema de Abandono y Ansiedad Rasgo (0,68); Autocontrol y Ansiedad Rasgo (0,66); Autocontrol y Ansiedad Estado (0,61). Así mismo las personas que se encuentran casadas no presentan ninguna correlación alta entre estas dos variables.

PALABRAS CLAVES: Esquemas Maladaptativos Tempranos, Índice de Masa Corporal, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, Sobrepeso.

GENERAL SUMMARY WORK OF DEGREE.

TITLE: Relationship between early maladaptive schemes and Anxiety in college students with overweight in Bucaramanga City .

AUTHORS : Castellanos Useche Leidy Yudibia
Mogollón Díaz Ingrid Xiomara

FACULTY : Psychology

DIRECTOR: Albarracín Cordero Martha Lucía

ABSTRACT: It has been evaluated between Schemes Maladaptatives Tempranos and Anxiety in 140 college students between 18-35 years of age which were overweight in the city of Bucaramanga. The design of the study was not experimental, descriptive correlative. The instruments used were the Cuestionario of schemes of Young validated for Colombia (2003) and the Cuestionario of Anxiety tear y state de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1928). Schemes Maladaptatives Tempranos showed coefficients of correlation half positive and weak with Anxiety state and Anxiety tear. It's presented more anxiety in adolescent women and correlations higher between anxiety and schemes are: shemes of Scheme of Abandon and Anxiety I tear (0,68); Self-control I leave Anxiety tear (0,66) and Self-control Retire and Anxiety State (0,61). Likewise one thinks as important information that the persons who are married do not present any correlation between (among) these two variables.

Key Words: Early Maladaptive Schemes, Corporal Mass Indices, Anxiety Trait, Anxiety State, Overweight.

1. INTRODUCCIÓN

La psicología como ciencia del comportamiento humano ha estudiado diferentes fenómenos que cobran importancia en un determinado momento histórico y cultural. Este trabajo contiene el estudio de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad en una población con sobrepeso.

En cuanto a los Esquemas Maladaptativos Tempranos se instauran en la infancia, en la socialización primaria, así es como la actitud de los padres y su comportamiento cobran gran importancia en la formación de la cognición no solo del mundo, sino también la forma de verse a si mismo. Los esquemas pueden ser entendidos como, una entidad organizada y estructurada que genera emociones y comportamientos frente a éste.

Para el estudio se toman los planteamientos de Spielberger (1971) referente a los dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Es así que a partir de la medición se puede indicar la posición relativa de los sujetos respecto a la población normal.

Los dos constructos anteriores son medidos en una población con sobrepeso, por considerarse una problemática importante en la sociedad actual.

Desde una revisión descendente encontrará inicialmente la justificación, que muestra la importancia de estudiar la relación existente entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad en estudiantes con sobrepeso. Posteriormente se encontrará la pregunta de investigación quien es la encargada de darle el direccionamiento a la investigación. Luego encontrará los objetivos que orientan nuestra investigación el cual es determinar la relación que existe entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y las puntuaciones obtenidas de Ansiedad en estudiantes universitarios con sobrepeso de la ciudad Bucaramanga. Seguido de esto se presenta el marco conceptual conformado principalmente por tres apartados que en su orden son: El sobrepeso, los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad. Como muestra se seleccionó a 140 estudiantes de diferentes instituciones educativas de Educación

Superior como: Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Autónoma de Bucaramanga y la Universidad Cooperativa de Colombia de la ciudad de Bucaramanga.

Los instrumentos que se seleccionaron para el estudio: el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2) validado en población colombiana, puesto que ofrecen garantías psicométricas que aportan validez al estudio. Luego se procedió a la aplicación de pruebas y al análisis estadístico a través de la correlación de Pearson.

Los resultados obtenidos arrojan bajas puntuaciones en los Esquemas Maladaptativos Tempranos y en la Ansiedad Estado-Rasgo. En la correlación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad Estado-Rasgo, se establece que los factores de correlación oscilaron entre 0.23 y 0.71, obteniendo una correlación media entre los ítems de 0.43. Sin embargo el esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad es el único esquema que no se correlaciona con la Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Posteriormente se realizó la discusión de los resultados de esta investigación y finalmente se encuentran las conclusiones y los aportes del estudio para próximas investigaciones. Todo esto con el ánimo de aportar a la comprensión de la relación existente entre las variables Ansiedad/Estado, Ansiedad/Rasgo y Esquemas Maladaptativos Tempranos.

2. JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (2004) describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular, para su plan de aplicación pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, con el objetivo de lograr una reducción significativa de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física.

Existe más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales al menos 300 millones de ellos son clínicamente obesos (W.H.O, 2003). Entre un 25% y el 40% de la población de los países tiene sobrepeso. Bahamón (2001) afirma que Colombia, país en

vía de desarrollo, atraviesa en este momento por la llamada *etapa de transición epidemiológica*, donde el sobrepeso y la obesidad están desplazando a las enfermedades infecciosas y a la desnutrición dentro de los contextos de los problemas de salud pública, por lo cual se requieren esfuerzos multidisciplinarios que contribuyan al manejo integral del problema.

Hirschmann y Munter (1997) han estudiado ampliamente la presión psicológica que ejerce la sociedad con respecto al sobrepeso y la obesidad, así como las compulsiones que los seres humanos desarrollan al sentirse presionados por el “peso ideal”. Teniendo en cuenta que la cultura considera como componente principal la figura, lo estético y físico ante cosas importantes como lo humano, por tal motivo hay empleo de grandes cantidades de energía para modelar los cuerpos en lugar de la existencia. Por su parte, Vázquez-Velásquez (2004) han puntualizado que la sociedad es hostil con los individuos que tienen sobrepeso, porque históricamente ésta, ha creído que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad.

Esta visión hace evidente la importancia del trabajo investigativo con este tipo de problemática, pues se encuentra que muchos autores ya han relacionado los esquemas cognitivos con la depresión y la ansiedad, pero han dejando a un lado a poblaciones vulnerables en su evolución y con bajo desarrollo de su autoestima.

Desde esta perspectiva este trabajo tiene relevancia teórica al relacionar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de estudiantes con sobrepeso, quienes presentan situaciones propias a su problemática como la crítica por su figura, su físico y su imagen, de tal manera que interfieren en su autoestima, en cómo se ven a sí mismo y cómo se perciben en su totalidad.

Por tanto el presente estudio es pertinente en la medida que identifica las estructuras disfuncionales cognitivas y emocionales que manejan los estudiantes universitarios de la ciudad de Bucaramanga con sobrepeso, identificando los Esquemas Maladaptativos Tempranos planteados por Young (1999) y la Ansiedad Rasgo-Estado propuesta por Spielberger (1990) contribuyendo al análisis de la correlación que existe entre dichas variables a investigar, permitiendo posteriormente sustento que contribuya a diseñar estrategias efectivas, en cuanto a programas de promoción, prevención e intervención, orientados a la promoción de estilos de vida saludables.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad en un grupo de estudiantes universitarios con sobrepeso de la ciudad de Bucaramanga?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y las puntuaciones obtenidas en Ansiedad en estudiantes universitarios con sobrepeso en la ciudad Bucaramanga.

4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar los Esquemas Maladaptativos Tempranos que presenta la muestra seleccionada de estudiantes universitarios con sobrepeso.
- Evaluar la Ansiedad que presenta la muestra seleccionada de estudiantes universitarios con sobrepeso.
- Analizar los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad presentes en la muestra seleccionada de estudiantes universitarios con sobrepeso.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. SOBREPESO

El sobrepeso es definido por Bahamón (2001) como la reserva excesiva de grasa en el tejido adiposo ocasionada por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico el cual depende de variables genéticas, nutricionales, psicológicas y sociales. Para este autor el sobrepeso es el desequilibrio calórico entre lo que se consume y se gasta, que por lo tanto genera mayor masa corporal en comparación con la talla y el peso.

Las necesidades nutricionales básicas de la mayoría de las personas son de aproximadamente unas 2.000 calorías al día para mujeres y 2.500 para hombres; sin embargo, un atleta profesional o un obrero pueden necesitar 4.000 calorías o más (Foster, 1994). En una dieta saludable y balanceada debería haber 15% a 30% de grasas (máximo 10% de ácidos grasos saturados, 3% a 7% de polinsaturados, máximo 300 mg. de colesterol), 50% a 70% de carbohidratos complejos, 16% a 24% de polisacáridos no almidones, no más de 10% de azúcares refinados y 10% a 15% de proteína (Pradilla y Gracia, 1995). Sin embargo, cuando el consumo de energía (calorías) es superior al gasto energético (balance energético positivo), esa energía ingerida en exceso se deposita en el cuerpo en forma de grasa (Olivares, 2001).

De esta manera, entre las causas de la obesidad y el sobrepeso se destacan el comer más de lo que el organismo puede utilizar y la actividad física o ejercicios inadecuados, los cuales algunas veces pueden tener relación con algunas enfermedades y medicamentos, así como también de acuerdo a las características específicas del síntoma, tales como calidad, duración, factores agravantes, factores aliviantes y enfermedades asociadas.

Las investigaciones de Casado, Camuñas, Sánchez y Vidal (1997), López-Espinosa (2005) y Uribe-Merino (2006) destacan la singular atención que ha recibido el papel que tienen las dietas en el desarrollo del sobrepeso, ya que con sólo una dieta o un régimen alimenticio (un período de restricción de alimentos), el índice de fracasos es alto porque después al terminar esta etapa, se atraviesa una etapa de desinhibición en donde se tiende a recuperar el peso perdido con la dieta, fenómeno conocido como efecto yo-yo cuando ocurre repetidas veces a lo largo de la vida de la persona. Influyendo negativamente en el bienestar psicológico de la persona, viéndose reflejado en la pérdida de interés por adelgazar. Estas características de las personas con

sobrepeso, hacen vulnerable a presentar otro tipo de problemáticas que inciden en su autoestima y desarrollo personal.

Comúnmente se utilizan los términos sobrepeso y obesidad como si fueran sinónimos, pero en realidad son dos conceptos diferentes, el primero se refiere a un aumento exclusivo del peso, mientras que el segundo se relaciona con el incremento de adiposidad corporal (Countinho, 2001). Sin embargo, para este mismo autor los riesgos para la salud asociados al exceso de grasa corporal ocurren con aumentos relativamente pequeños de peso y no solamente cuando éste representa una franca obesidad es decir que los riesgos se pueden presentar ante un sobrepeso leve y no como se espera que sea solo ante la obesidad.

El sobrepeso es una expresión de que la persona tiene una proporción relativa de peso mayor de la deseable para la estatura, sin que hayan ocurrido cambios sustanciales en la composición del compartimento graso. Si la situación es favorable para que el aumento de peso continúe, se inicia la generación de una enfermedad crónica no transmisible, progresiva y recurrente, la obesidad, caracterizada por un cambio en la composición corporal, un exceso del compartimento graso, que ocurren en forma paulatina en largos períodos de tiempo y que conduce finalmente a un peso total mayor del saludable.

Los factores y causas de estos cambios que contribuyen a explicar el aumento en la condición crónica no transmisible denominada obesidad, son los que se deben identificar y es fundamental considerar la satisfacción integral de las necesidades básicas de las personas y el papel que juegan en el proceso de crecimiento y desarrollo de ellas en las distintas etapas del ciclo de vida. En esta forma se pueden valorar e identificar los ambientes y condiciones que favorecen y promueven, entre otras cosas, el mantenimiento de un peso saludable o desviaciones y factores que precipitan cambios que conducen al sobrepeso y la obesidad. (Countinho, 2001); lo que en última instancia ha llevado a que se prefiera prevenir el sobrepeso y evitar que se transforme en obesidad, por medio de la adopción de hábitos alimenticios saludables y de actividad física (Olivares, 2001).

Hirschmann y Munter (1997) han estudiado ampliamente la presión psicológica que ejerce la sociedad con respecto al sobrepeso y la obesidad, así como las

compulsiones que los seres humanos desarrollan al sentirse presionados por el “peso ideal”. Afirma que en el medio en que viven los seres humanos, el rechazo al cuerpo y las dietas son componentes normales, donde contribuye a que las personas empleen grandes cantidades de energía para modelar sus cuerpos en lugar de dar importancia a su existencia.

El sobrepeso como cualquier problemática, tiene un componente social, familiar y psicológico influyente para su formación. Citando un estudio de Uribe-Merino (2006), en la ciudad de Medellín, existen una serie de influencias homogeneizadoras (tendencia a comer los mismos tipos de alimentos) las cuales se comparten entre las jóvenes de distintas clases sociales; éstas se relacionan con los simples efectos de la alimentación sobre la imagen corporal, y por supuesto, con los significados asignados a determinados alimentos como por ejemplo, el rechazo a las grasas y a las harinas que es prácticamente general entre las jóvenes. A través de estas homogeneizaciones se van construyendo estereotipos sobre la alimentación adecuada que marcan significativamente la percepción de la realidad alimentaria.

Así como en la ciudad de Medellín (Colombia), en cada contexto social se construyen complejos sistemas de representaciones o códigos relacionados con prescripciones y prohibiciones, asociaciones y exclusiones que se agregan a la alimentación humana. La importancia de la delgadez y en general al físico de una persona que se ha adoptado recientemente con más fuerza, debido a la importancia que se le ha vendido dando en los medios de comunicación y siendo ya un componente social relevante. Lo anterior requiere que una persona con sobrepeso u obesa adelgace para conseguir la aceptación social, lo cual significa inscribirse en un sistema que afirma que las personas son inaceptables tal como son, porque algo en ellas es inadecuado.

Es así, que aproximadamente un tercio de la población femenina teme a menudo a ganar peso, están insatisfechas con su cuerpo o se sienten con sobrepeso aunque en realidad tengan un Índice de Masa Corporal (IMC) normal o incluso bajo (Seigel, Broman y Hetta, 2004), pero la presión constante para conseguir el peso “óptimo” es la que hace emprender un cierto tipo de régimen, el cual, inevitablemente conducirá a la servidumbre de un círculo vicioso dieta/exceso que hace que las personas se conviertan en devoradoras compulsivas crónicas. Un dato importante es que, a pesar de que

comúnmente se cree que la privación de alimento produce un descenso en el peso corporal, esto solamente es cierto si el programa de restricción no es retirado (López-Espinosa, 2005).

Cuando este círculo se convierte en una situación realmente insoportable, las personas intentan aplicar medidas muy drásticas que van por el método de la liposucción, llegando hasta la sutura estomacal. Estas soluciones dolorosas y poco productivas suelen tener éxito solamente en el sentido de forzar a alguien a obsesionarse en un solo aspecto de sus imperfecciones físicas, aunque exista un cierto sentimiento ilusorio de bienestar en esta clase de aislamiento. De manera que cuando la “fiebre del mal cuerpo” llega a ser crónica, es dolorosa y produce fatiga haciendo pagar un precio muy caro a sus víctimas. Las consecuencias de estos actos incluyen una falta de energía, sensaciones de rabia, depresión e incluso desesperación y a medida que el tiempo pasa, este hábito pasa a formar parte integrante del entorno emocional y psicológico de los seres humanos donde cualquier intento para mitigarla provoca rechazo interno y comprensiblemente, un enfrentamiento (Hirschmann y Munter, 1997).

En términos epidemiológicos el sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud (2003) reconoce que el sobrepeso y la obesidad representan una rápida y creciente amenaza para la salud de las poblaciones y considera la obesidad como una enfermedad crónica que afecta por igual a niños y adultos tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo ya que, además de constituirse en la enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental, constituye una causa importante del incremento de la morbilidad.

Globalmente, existe más de un billón de adultos con sobrepeso, de los cuales al menos 300 millones de ellos son clínicamente obesos (OMS, 2003). Entre un 25% y un 40% de la población de los países desarrollados tiene sobrepeso. En América Latina el IMC se ha utilizado como indicador de sobrepeso según sea igual o superior a 25 desde la década del 80-90. Recientemente y utilizando este mismo método, Countinho (2001) encontró una prevalencia de sobrepeso en Uruguay de 50% para hombres y mujeres. En Chile de 50% para las mujeres y 40% para los varones. En Colombia de 50% para los varones y 30% para las mujeres. En Brasil de 40% para las mujeres y 27% para los

varones. En Costa Rica de 40% para los varones y 20% para las mujeres. En Cuba de 38% para los varones y 30% para las mujeres. En Perú de 38% para los varones y 28% para las mujeres. En México de 30% para los varones y 35% para las mujeres. Ante estas cifras se debe recordar que las prevalencias del sobrepeso y la obesidad varían de un país a otro (Narváez-Pérez, 2005).

Casado, Camuñas, Sánchez y Vidal (1997) opinan que el exceso de peso es un problema de salud que afecta en diferentes grados a un elevado porcentaje de la población mundial occidental, teniendo una mayor prevalencia en mujeres que en varones y aumentando a medida que avanza la edad y desciende la clase social. Sin embargo, en un estudio realizado por Delva, O'Malley y Johnston (2007, citado por Casado et al 1997) con estudiantes latinos residentes en Estados Unidos, se demostró que no hay asociación marcada entre el sobrepeso y la herencia latina si se tienen como marcos de referencia el estatus socioeconómico y los comportamientos saludables; asimismo, las características familiares tampoco influyeron entre la etnicidad latina y el sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad representan no sólo un riesgo para la salud sino un desperdicio de energía; para el año 2020, la población con sobrepeso y obesidad podría ser 30% en Colombia y representaría un aumento significativo de los requerimientos de energía nacionales para manutención de la población en general (Pradilla y Gracia, 1995, citado por Casado et al 1997).

Bahamón (2001) también afirma que Colombia, país en vía de desarrollo, atraviesa en este momento por la llamada etapa de transición epidemiológica, donde el sobrepeso y la obesidad están desplazando a las enfermedades infecciosas y a la desnutrición dentro de los contextos de los problemas de salud pública, por lo cual se requieren esfuerzos multidisciplinarios que contribuyan al manejo integral del problema. En la ciudad de Bogotá, por ejemplo, Mendivil, Sierra y Pérez (2004) encontraron una alta prevalencia de sobrepeso (37,3%), obesidad (9,6%) y síndrome metabólico (28%) en una muestra total de 364 individuos adultos; con estos resultados se llegó a la conclusión de que dada la alta prevalencia de dislipidemias y factores de riesgo cardiovascular modificables, es urgente instaurar campañas que motiven los cambios terapéuticos en el estilo de vida entre la población colombiana.

5.2. ESQUEMA

5.2.1 Definición

El concepto de esquema ha sido propuesto por autores desde la antigüedad, para definir el conocimiento previo de las personas y su procesamiento de la información, ya filósofos como Epicteto habla de cómo las cosas o situación no son las causantes de una problemática o una perturbación, sino la opinión, es decir, como se interprete la información ante dicha situación. Uno de los primeros psicólogos del desarrollo que trabaja sobre esto, es Piaget, quien descubre aspectos importantes en el desarrollo del pensamiento en niños, dando a conocer el esquema como la representación de lo repetitivo y generalizado de una acción, posteriormente propone los esquemas como operacionalizaciones mentales comunes en ciertas etapas del desarrollo, para esto lo explica desde la estructura y organización de la información.

El concepto de esquema cobra gran importancia en la psicología cognitiva, como entidad organizada y estructurada que genera emociones y comportamientos frente a este Segal (1988, citado por Young 1999) define el esquema como unidades organizadas de reacciones y experiencias pasadas que crean un cuerpo de conocimientos relativamente cohesivo y persistente, capaz de guiar percepciones y evaluaciones subsecuentes. Con esta definición se ve el esquema como una estructura cognitiva, que cumple funciones importantes en el procesamiento de la información no solo en su almacenamiento, sino en su creación y mantenimiento de pensamientos, emociones, creencias, imágenes que guían la conducta y las del individuo de acuerdo a su repertorio pasado.

Con el planteamiento del esquema no solo se refuerza la idea de la triada cognitiva, donde existe relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta, sino que además la psicología cognitiva, comienza a ver desde una perspectiva explicativa para empezar a dar esclarecimientos y tratamientos a diferentes problemas.

Beck (1983, citado por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre Marín 2005) en su teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad da importancia a los esquemas para explicar el trastorno de la depresión. Este autor afirma que “ciertos

patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones”. Esta definición propone los esquemas como patrones de pensamientos o cognitivos estables que significan una realidad, situación o acontecimientos relevantes o no para el sujeto.

Este mismo autor, considera que los esquemas poseen actividades estructurales adicionales tales como capacidad informacional (estrecha, limitada o poca), flexibilidad o rigidez (su capacidad de modificación), densidad (la relativa distinción o relieve en algún contenido específico y nivel de activación o valencia (latentes o hipervalentes). A partir de esto se le suma al esquema actividades estructurales que cobran importancia no solo como significantes de situaciones, sino como funciones reguladoras de la asignación de estos significados.

Para Riso (2006) es erróneo identificar el concepto de esquema como simple reservorio pasivo donde se guarda determinada información, por el contrario éste autor plantea como se propuso anteriormente que los esquemas cumplen una función activa en el proceso de la información dirigiendo la atención, recordando y percibiendo estímulos agradables y/o ignorando aquellos de escaso valor. Es así como los esquemas cumplen un objetivo de guía en la percepción dando valor a la conducta.

Goldfried (2003, citado por Gálvez Manrique 2005), uno de los principales exponentes de la terapia cognitivo - conductual, plantea que los esquemas juegan un papel importante en el procesamiento de la información. Los esquemas ayudan a las personas a navegar en sus interacciones con el mundo y con los otros. Para organizar y hacer que las cosas tengan sentido para la persona, con frecuencia los esquemas permiten atender selectivamente cierta información y a ignorar otra.

A partir de los postulados anteriores, lo importante para la intervención desde un enfoque cognitivo es tener en cuenta la función de los esquemas en el procesamiento de la información para modificarlos, cuando estos estén alterando las áreas funcionales del individuo. Por tanto que es relevante ver el modo en que las personas creen y comprenden su realidad, para entender su comportamiento y dar explicaciones a él.

En éste sentido de la evolución y aportes del concepto de esquemas, es decir en esa dinámica de construcción del concepto, se hace cada vez más importante la explicación de patologías como lo afirma Beck, y Clark (1997, citado por Castrillón, et

al 2005, pág. 543) que “cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que es patente a nivel de esquemas, de procesamientos sesgados y de procesamientos negativos automáticos”. Evidenciando no solo la relación de pensamiento y patología, sino también las características propias de la cognición o pensamientos que se relacionan con los trastornos específicos, es decir, que se habla de esquemas propios y específicos de cada trastorno psicológico.

5.2.2. Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT's)

Después de los postulados anteriores y puntuando en los aportes de Beck, Young (1999) se introduce el concepto de "Esquemas Maladaptativos Tempranos" para referirse a percepciones extremadamente estables y duraderas que se desarrollan durante la infancia, elaboradas a través de la vida del individuo, y con propiedades disfuncionales en un grado significativo.

Para Young (1996, citado por Castrillón, et al 2005) el contenido maladaptativo de los esquemas en cierto grado fomentan los trastornos de la personalidad y por tanto se hace relevante su estudio al darle importancia a los esquemas desde la infancia con el fin de completar el modelo propuesto por Beck. Con lo anterior se introduce la etiología de los esquemas, siendo este de la infancia y su carácter maladaptativo.

Glubosqui y Young (1997, citado por Riso 2006) sostiene que los esquemas maladaptativos tempranos son temas amplios, concernientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás. Son multifacéticos, contienen componentes cognitivos, afectivos, interpersonales y conductuales y están fuera de la conciencia. Como se evidencia en éstos autores, dan relevancia a la ubicación de los esquemas, proponiendo que estos pensamientos se encuentran fuera de la conciencia, por ser automáticos e incontrolables.

Riso (2006) también hace referencia al carácter disfuncional de los esquemas maladaptativos, así mismo a su grado de emocionalidad, donde los individuos intervienen en el logro de sus necesidades básicas, ya que estas creencias o ideas son rígidas y difíciles de cambiar por ser el núcleo individual del sentido personal.

5.2.3. Características de los EMT's

Hasta este momento se ha definido el esquema, y los EMT's por Young (1999). En este apartado se retomarán los postulados de dicho autor para hablar a profundidad de los esquemas, teniendo en cuenta sus características. Young (1999) plantea también características definitorias de los EMT's entre las cuales se encuentran:

(1) Son verdades a priori. Todos los esquemas son creencias incondicionales y sentimientos a cerca de uno mismo en relación al ambiente que están implícitas y se han dado por hecho en el transcurso de la vida, es decir, que éstos esquemas son incuestionables y tienen gran fuerza y estructura real para quien los mantiene, de tal manera que ante nuevas situaciones se siguen manteniendo y le dan mayor valor a la creencia ya establecida.

(2) Los EMT's son autoperpetuados y por lo tanto generan más resistencia al cambio. Dado a que los EMT's se desarrollan como su nombre lo indica en la infancia o en la vida temprana, por lo general ocasionan el núcleo de auto concepto del individuo y la concepción del ambiente; de manera que se vuelven cómodos y familiares y cuando son modificados el individuo distorsiona la información para mantener su validación. Por esta última descripción de característica, es más fácil para un individuo mantener un mismo esquema que cambiarlo ya que se muestra resistencia al cambio. Es decir son maladaptativos por su resistencia al cambio, confortabilidad, y familiaridad, pues a pesar de ser disfuncionales resultan cómodos para la persona que los mantiene. Este autor sostiene que ésta amenaza al cambio es demasiado destructiva para la organización cognitiva, puesto que esto requeriría mayor esfuerzo cognitivo y conductual.

Respecto a ésta característica Guidano y Liotti (1983, citado por Young 1999), enfatizan en la naturaleza circular de los esquemas, dando la comprensión que de acuerdo a la manera en que se selecciona la información del ambiente es propia con la autoimagen y se realiza de circular y automática con la forma de percibir la identidad personal, es decir, que una persona que se considera incapaz percibe su exterior como algo imposible de lograr, ya que mantiene o prima su esquema de incapacidad.

(3) Los EMT's son disfuncionales de manera significativa y recurrente, lo que equivale a que estos pueden llevar como se ha mencionado anteriormente tanto a trastornos de la personalidad, angustias psicológicas, depresión, pánico, soledad, relaciones destructivas, así que su deterioro puede ser leve, también puede llegar a generar problemas psicológicos más complicados.

(4) Los EMT's se remueven por situaciones importantes relacionadas con eventos donde se han generado o surgido creencias previas, por ejemplo si se tiene un esquema de abandono, ante una relación de pareja se comienzan a generar pensamientos como "mi pareja tarde que temprano me va a dejar" "haga lo que haga siempre todo resulta igual". Estos pensamientos se presentan con un alto grado de excitación afectiva, en el ejemplo anterior la emoción que generaría estos pensamientos sería ansiedad ante la expectativa del abandono. Estos pensamientos automáticos e irracionales y estado emocional dependerán de la situación y el esquema particular del individuo.

(5) Los EMTs están relacionados con estados emocionales fuertes al momento de ser activados, como se explicó en la característica anterior, cuando se identifican estas creencias se generan períodos de ansiedad, depresión y en fin de la activación de estados fisiológicos y motivacionales que perturban el funcionamiento del individuo y que dependen de su esquema y situación.

Finalmente Young (1999) propone que los EMT's parecen ser el resultado de la interacción entre el temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y pares durante los primeros años de vida.

Estos EMT's riñen por sobrevivir, en función de la tendencia del ser humano hacia la consistencia. No en vano, un esquema es lo que mejor conoce una persona, lo que la representa y lo que hace que su percepción se mueva hacia determinados eventos que incrementan y fortalecen el esquema del individuo. Aun cuando puede causar sufrimiento y perturbación emocional, resulta familiar y congruente, para la economía cognitiva. Para la persona sus creencias y filosofía de vida son dadas como "correctas" "justas" "veraces", haciendo que se siente "atraída" por los eventos que activan sus esquemas y, de hecho, esta es una de las razones por la cual los esquemas son tan difíciles de cambiar, es decir de reestructurarlos, pues como se ha mencionado es una verdad a priori, la veracidad donde interviene el procesamiento de sus experiencias

anteriores. Los esquemas juegan un papel prominente en cómo los individuos piensan, sienten, actúan y se relacionan con otros.

5.2.4. Procesos de los EMT's

Young (1999) identifica tres procesos principales de esquemas:

(1) El mantenimiento de esquemas, se refiere a los procesos por los cuales estos esquemas inadaptados tempranos son reforzados. El mantenimiento de los esquemas es usualmente logrado exagerando la información que confirma el esquema, o de lo contrario negando, minimizando o rechazando información que contradice el esquema. Muchos de estos procesos de mantenimiento de esquemas han sido descritos como distorsiones cognitivas (Beck, 1995).

A nivel comportamental, el esquema maladaptativo temprano se mantiene por comportamientos característicos de la autodestrucción. Estos patrones comportamentales así como son generadores de malestar y de disfuncionalidad, también pueden tener una función adaptativa y funcional si las creencias que se dan a temprana edad son buenas para el desarrollo personal y social del individuo.

Dado que estos procesos de mantenimiento hace que los cambios cognitivos (cambio en el esquema) genere sensaciones de malestar, desesperación acerca de la situación, hace que muchos individuos no pueden concebir o ver el cambio de sus pensamientos, aun cuando se conozcan las consecuencias.

(2) La evitación del esquema hace referencia a los procesos comportamentales de alejamiento y rechazo hacia los estímulos o situaciones generadores del esquema o la experiencia de afecto conectada con estos. Esto es explicado por el condicionamiento inversivo, donde un estímulo estresor causa ansiedad, culpa o tristeza de tal manera que el individuo automáticamente rechaza este estímulo por ser de carácter aversivo.

La evitación del esquema se puede manifestar en las diferentes áreas de respuesta, puede ser cognitivo, afectivo y comportamental. El primero hace referencia a los procesos voluntarios y automáticos por los cuales se bloquea, o se para el pensamiento, imágenes que se asemejan o reflejan al esquema maladaptativo; la evitación afectiva da cuenta a los procesos voluntarios o automáticos para volquear un sentimiento que es generado por el esquema y la evitación comportamental hace

referencia a evitar, circunstancias, eventos de la vida real que genera tanto el pensamiento como la emoción negativa para el individuo.

Frente a estos procesos de evitación la teoría psicoanalítica ha dado explicación dentro de los llamados mecanismos de defensa, como un conjunto de actividades psíquicas y de operaciones mentales que, ante cada situación, actúan en forma artificiosa, autónoma e inconsciente, o sea excluyendo de la conciencia aquellos impulsos, que si fueren reconocidos, crearían angustia y sentido de culpa (J. Tutusaus, 2002). Desde este enfoque se puede entender la evitación como aquellos procesos inconscientes por lo que el individuo se separa o se aleja de la situación que denota el EMT's. Frente a esta comparación Young (1999) hace relación con los mecanismos de respuesta de: represión, supresión, degeneración y despersonalización.

(3) La compensación del esquema se refiere a aquellos procesos que anulan la perturbación por la inversión para generar mayor equilibrio en el sujeto. Esto se explica con comportamientos opuestos a los que se deben generar ante un esquema maladaptativo. Se habla de que tan positivo puede ser este proceso de compensación, aun cuando es referido como parcialmente exitoso y equilibrador de la situación, puede en algún momento no ser controlado y detonar con mayor fuerza.

5.2.5. Clasificación de los EMT's

Siguiendo a los postulados de Young (1999), los EMT's estarían organizados en cinco grandes dominios o categorías, que comprende sus respectivos esquemas. Estos dominios representan cinco áreas de desarrollo que el niño debe negociar para desarrollarse funcionalmente. Cuando algunas de esas áreas no se satisface Young (1999) propone que tendrá dificultades en su funcionamiento. El desarrollo psicológico del niño se da desde la relación con el medio, esto lo lleva a tener una experiencia individual y a significar un repertorio de acciones. El aprendizaje de estas primeras conductas va posibilitando el conocimiento de sí mismo desde una perspectiva muy general y constituye la primera noción del proceso de reconocimiento de la consciencia. A través de esta repetición de acciones en el proceso de socialización se adquieren, se aprende y se refuerzan los "modelos básicos" de comportamiento, emoción y

pensamiento. Es por tal motivo que para su formación se tiene en cuenta la socialización del niño con el entorno.

A continuación se exponen los cinco dominios con sus 18 esquemas propuestos en 1999 por dicho autor:

5.2.5.1. Desconexión y Rechazo

Incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no son cubiertas o satisfechas por los demás. Por el contrario la conexión implica tanto intimidad como integración social, la conexión con el otro muestra cercanía emocional, integración y aceptación social. Estos procesos solo se dan cuando se cree que el afecto o el comportamiento son significativos para las personas a quien se les otorga, es decir supone la creencia de ser percibidos como amable, deseable a los otros, digno de amor y respeto. En general incluye la creencia de ser percibidos como se cree que es bueno y representativo según las otras personas.

Para Young (1999) la conexión en la infancia, se genera gracias al amor, confianza, cuidado con la figura parental, donde se presentan sentimientos de cuidado y protección. De lo anterior los niños (as) también necesitan empatía por parte de los padres para con sus sentimientos, que conlleva a generar ideas de ser comprendidos (as). Para generar una idea de aceptación en lugar de rechazo los niños (as) necesitan de amor y respeto por parte de los padres y pares.

Cuando los niños (as) no se exponen a las situaciones descritas anteriormente de amor, aceptación y conexión son propensas a generar pensamientos maladaptativos acerca de su vinculación con los demás. De manera que estos esquemas se generan cuando los padres mueren o dejan el lugar permanente o cuando los niños (as) son dejados solos desde muy temprana edad, así mismo la desconexión con sus figuras parentales o con las personas en general pueden resultar de abusos, engaños, y mentiras.

5.2.5.1.1. Abandono: Es la percepción de desconfianza e inestabilidad frente al apoyo que presentan las personas. Implica la creencia de que las personas cercanas o significativas no van a generar apoyo emocional, vinculación, fortaleza o protección porque son emocionalmente inestables e impredecibles, por tal motivo la persona con este esquema no crearán actitudes donde se demuestre afecto y confianza, ya que

piensan que los pueden cambiar por otra persona mejor o porque posiblemente morirán inmediatamente.

5.2.5.1.2. Desconfianza-Abuso: Es la creencia de que los demás abusarán de la persona, con actos de humillación, engaños, manipulación o ventajas frente al sujeto. Implica la percepción de que el daño es intencional o el resultado de negligencia extrema de injusticia. En este esquema aparecen ideas como que siempre se terminará siendo engañados por los otros.

5.2.5.1.3. Deprivación Emocional: Es la creencia de que los propios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los demás. En este esquema las tres principales formas de manifestación son: la deprivación de cuidado, lo cual implica la ausencia de atención, afecto, calor o compañía; deprivación de empatía, ausencia de entendimiento, escucha, autodistancia, distanciamiento o compartir sentimientos mutuos con los demás; y la deprivación de protección, ausencia de fortaleza, dirección o consejo por parte de los demás.

5.2.5.1.4. Vergüenza-Defectuosidad: Indica el sentimiento de ser feo, defectuosos, indigno, poco importante, e inferior frente a las personas significativas. Estas ideas generan hipersensibilidad a la crítica, rechazo o culpa, autoconcientización, comparaciones, inseguridad y por tal motivo creencias de vergüenza frente a la percepción de defectuosidad del sujeto.

5.2.5.1.5. Aislamiento Social-Alienación: En este esquema se encuentra el sentimiento de ser aislado del resto del mundo, ser diferente de los demás, y donde no se es parte de ningún grupo.

5.2.5.2. Desempeño y Autonomía Deficiente

Su origen habitualmente esta en familias que cuestionan las capacidades del niño/a para actuar de forma autónoma o que le sobreprotegen, de tal manera que crean nociones en el individuo de que no puede funcionar o sobrevivir de manera independiente de las personas y su entorno, sin el continuo apoyo de estas. Por el contrario los individuos autónomos establecen una noción de identidad individual, que lo hace funcional sin la constante ayuda y apoyo de los demás.

Young (1999) propone que “para desarrollar una idea de sí mismo como individuos autónomos se debe estimular para que funcionen de manera independiente, y tengan un buen desempeño en sus áreas, en el caso del menor sería la escuela, la casa, los amigos”, donde puedan desempeñarse sin la ayuda de otros para poder trabajar, socializarse y realizar actividades básicas. Al permitir que el niño/a sea autónomo, por medio de la asignación de responsabilidades, dejar tomar decisiones y hacerles sentir los juicios como válidos, se crean nociones de ser una persona con fortalezas, habilidades y destrezas que pueden ser aplicadas con las demás personas, en un mundo que brinda relativamente seguridad para su desempeño.

Cuando los padres sobreprotegen a los niños (as), y no les brindan la posibilidad de crecer bajo una noción de seguridad, imposibilita que se desarrollen habilidades y por tanto se establezcan creencias de tener mal desempeño y poseer una autonomía deficiente. En este dominio los esquemas propuestos por Young (1999) son los siguientes:

5.2.5.2.1. Dependencia Emocional: Es la creencia de se necesita de la ayuda de los demás para realizar tareas o actividades, ya que el desempeño de la persona no es el óptimo.

5.2.5.2.2. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad: Es el miedo exagerado de sufrir una catástrofe, ya sean médicas, emocionales o externas. Los pensamientos más comunes en este esquema es de contagiarse de enfermedades, de morir por ataque repentinos, volverse loco, morir encerrado; en un accidente de tránsito; en un maremoto, terremoto, entre otros.

5.2.5.2.3. A sí mismo Infradesarrollado-Indiferenciado: Es la involucración emocional excesiva e intimidad con una o más personas significativas. Implica la creencia de que la persona o el otro no puede sobrevivir, ser feliz, sin su compañía y apoyo. En este esquema se encuentran las personas que generan relaciones de dependencia, donde se genera comportamientos de apego y sentimientos muy fuertes hacia el otro, donde se puede llegar a irrumpir con los principios por el sentimiento de arraigo hacia el otro. También podrían estar asociados a sentimientos de estar asfixiado o fusionado con otros, identidad individual insuficiente, experimentado como

sentimiento de vaciedad, de no saber qué decir, que hacer, de no tener dirección en la vida, es decir de no tener sentido de vida.

5.2.5.2.4. Fracaso: Es la creencia de que se ha fallado o se fallará inevitablemente o es fundamentalmente inadecuado en relación a los iguales, en áreas de realización, escuelas, deportes, entre otros. Frecuentemente implica pensamientos de ser estúpidos, inepto, sin alientos, ignorantes, bajo en estatus, y menos exitosos que los demás.

5.2.5.3. Límites Deteriorados

Se caracteriza por dificultades a la hora de establecer límites internos, de controlar los propios impulsos y de responsabilizarse respecto a los demás (Young, 1999). “Es la deficiencia en el establecimiento de límites internos como normas, responsabilidades, principios, entre otros”. Esto hace que se produzcan dificultades en las relaciones interpersonales, donde el compromiso, encuentro de metas cobran gran importancia. El origen de estos esquemas estaría en familias con un estilo de crianza permisivo, indulgente y sin dirección.

Es por esto que es relevante que los padre en la crianza establezcan límites que guíe la conducta y la formación de la personalidad del niño/a, por tal motivo el ambiente familiar no debería ser muy permisivo, sin llegar a la sobreprotección, y a la creación de otros esquemas maladaptativos es necesario crear normas y límites realistas en el comportamiento donde el autocontrol e interés por los demás permita una buena construcción en las relaciones interpersonales. Es ente dominio (Young 1999) planteo dos esquemas:

5.2.5.3.1. Derecho-grandiosidad: Es la creencia de ser superior a las demás personas, esto da derechos y privilegios especiales por las reglas y normas establecidas socialmente. Frecuentemente implica la idea de hacer las cosas sin tener en cuenta la opinión, ideas y el costo de los demás. Esto hace que las personas con dicho esquema tengan mayor capacidad de sobresalir y competir frente a los otros, para afirmar el poder y por supuesto el dominio frente a las cosas o personas.

5.2.5.3.2. Autocontrol Insuficiente-autodisciplina: Es la profunda dificultad para ejercer el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr las metas

personales, o reprimir la expresión excesiva de sus propias emociones e impulsos en la forma más leve, los pacientes presentan un exagerado énfasis en evitar respuestas, estados difíciles como dolor, pena, conflictos, responsabilidades, entre otros característicos de respuesta de escape y evitación.

5.2.5.4. Orientación a los demás

Implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás, muchas veces el origen de estos esquemas hay que encontrarlo en familias que se basan en la aceptación condicionada. En ellas, el niño/a debe suprimir aspectos importantes de si mismo/a a fin de obtener atención, cariño y aprobación por parte de sus padres; de lo contrario puede ser castigado.

Young (1999, pág. 24) propone frente a esto que “es importante para el desarrollo del niño, enseñarle a expresar sus propias y únicas necesidades sin temor indebido a represalia o culpas”. Para desarrollar una idea saludable de tendencia interna los niños (as) necesitan unos padres que los animen a expresar sus propias y autónomas necesidades apropiadamente y actuar según estas sin una indebida restricción.

Cuando existen padres que no dejan expresar a sus hijos y ponen mayor interés en lo suyo que en los niños (as), no permiten un crecimiento óptimo, genera conductas de autosacrificio, de constante búsqueda de aceptación del otro y de reconocimiento. Estos esquemas planteados por Young (1999) son expuestos en este dominio.

5.2.5.4.1. Subyugación: Es excesiva rendición del control a los demás de un sentimiento coercitivo-usualmente para evitar ira o abandono. Las dos principales formas en que se da la subyugación son: la subyugación de las necesidades, que representa la eliminación o abandono de las necesidades, preferencias y deseos; la segunda forma de supresión se manifiesta por la negación de las emociones.

5.2.5.4.2. Autosacrificio: Es la excesiva supresión de las necesidades de los otros a expensas de la propia gratificación, con la justificación de evitar causar dolor en los otros. El sentimiento más común en este esquema es la aguda sensibilidad del dolor de los demás. Algunas veces conlleva a la creencia de que las propias necesidades no están siendo adecuadamente satisfechas y hay resentimiento hacia aquellos que están siendo cuidados.

5.2.5.4.3. Búsqueda de aprobación: El sujeto con este esquema da gran valor a la aprobación, reconocimiento y atención de las personas significativas. La idea de sí mismo y el valor que se establezca como persona dependerán de las reacciones de los demás. Algunas veces incluye una sobre-enfatización en el estatus, apariencia, aceptación social, dinero o rechazo como síntoma que ganará aprobación, admiración o atención.

5.2.5.5. Vigilancia Excesiva e Inhibición

Énfasis en suprimir los sentimientos espontáneos en lograr reglas rígidas basadas en un comportamiento ético y buen desempeño, a costas de la felicidad. Estos esquemas tienen su origen en familias severas, con un estilo de crianza punitivo. Los valores fundamentales de estas familias suelen ser la ejecución correcta, el logro, el perfeccionismo, la evitación de errores y el cumplimiento de las normas.

(Young 1999) propone nuevamente como en el esquema de desempeño y autonomía deficiente la estimulación para expresar sentimientos, impulsos y elecciones con espontaneidad. Propone que por tal motivo no es saludable para ellos estar constantemente vigilantes a la posibilidad de cometer errores o fallar al cumplir expectativas y rígidas reglas.

Los padres que generan estos esquemas maladaptativos que actúan según lo prescrito por sus propias convicciones o por los consejos de un manual, olvidando las concretas necesidades de su hijo/a. Estos niños (as) acumularán seguramente más frustraciones que satisfacciones, y por ello habrá de influir negativamente en su proceso madurativo y de carácter: crecerá, pues, con la expectativa de que el deseo debe ser anulado y, por lo tanto, lo negará o lo reprimirá, así como generará preocupación y pesimismo frente a las situaciones. Los esquemas propuestos por Young (1999) en este dominio son los siguientes:

5.2.5.5.1. Negatividad-Pesimismo: Como su nombre lo indica representa profunda concentración en aspectos negativos de la vida como: la muerte, el dolor, decepción, conflicto, culpa, resentimiento, problemas no resueltos. Cuando una persona mantiene pensamientos pesimistas frente a su vida va a minimiza los aspectos buenos y positivos de ésta, como se mencionó en la funcionalidad de los esquemas, esto hace que

las percepciones hagan sobre aquellos pensamientos repetitivos creados en la infancia sobre sí mismo y el entorno. Young (1999, pág. 26) también propone frente a este esquema que las “personas generan miedo a cometer errores que podrían conllevar a resultados negativos en su vida laboral, académica y personal”. Debido a los resultados negativos potenciales que son exagerados por estas personas, se caracterizan frecuentemente por preocupación crónica, vigilancia e inhibición.

5.2.5.5.2. Inhibición Emocional: Es la excesiva abstención de los actos emocionales, como sentimientos o comunicación de estos, ya sea para evitar la desaprobación, el rechazo o el bajo control emocional. De manera que en este esquema las personas no solo se inhiben de emociones negativas como la ira, rabia, sino también de las positivas como la alegría, afecto, entre otros.

5.2.5.5.3. Estándares Inflexibles-Hiper crítica: Sobrevigilancia e inhibición, el cual se define como el “énfasis excesivo en el trabajo, estatus, obligación, estándares, responsabilidad con otros o con los aspectos negativos de la vida a expensas de la felicidad, inclinaciones naturales, placer, salud, optimismo o creatividad”.

Los esquemas de inflexibilidad y rigidez se desarrollan cuando se les pide a los niños más de lo que razonablemente pueden hacer y se les enseña que lo que quieran alcanzar no es suficiente. Estos padres le dan una prioridad más alta a los logros que a la felicidad. Los niños sienten que la única manera de alcanzar el amor de sus padres es obteniendo logros en niveles excesivamente altos.

5.2.5.5.4. Punitividad: Se encuentra la creencia subyacente de que las personas deberían ser castigadas por sus actos erróneos, por tal motivo las personas con este esquema tiene sentimientos de rabia, enojo e intolerancia cuando no se cumple con sus expectativas, además incluye la dificultad de perdonar los errores tanto propios como de los demás.

Como se puede observar Young (1999) nos propone esquema en los que se encuentran creencias subyacentes, es decir que en el fondo de todos los pensamientos hay una creencia que prima y que caracteriza dándose a conocer como esquema. Los esquemas no solo evocan un pensamiento o creencia, sino que involucra un sentimiento, que va desde estados de ánimo positivos hasta negativos, por lo general es el último, ya que implica áreas de ajuste y déficits en el desempeño, control y relaciones sociales de

individuo. Los esquemas agrupados dominios esquemáticos, donde se dan a conocer el origen, siendo este en la infancia, por la figuras de apego, es decir los padres y personas cercanas, donde en este proceso de socialización se dan normas, roles, pensamientos y creencias que son asimiladas por el niño/a y que se canalizan para procesar información en el transcurrir de su desarrollo.

Young (1999) así como nos habla de las falencias y dificultades de crianza en la realización de un esquema, propone que cuando los padres y el ambiente social es óptimo los niños (as) desarrollan una manera saludable en las áreas como: la conexión y aceptación, autonomía y desempeño, límites realistas, tendencias interiores, autoexpresión, espontaneidad y placer. De modo que como se había postulado anteriormente así como un esquema puede ser generador de patologías, puede cumplir una función adaptativa del individuo a su entorno social.

A partir de la teoría de Young y su correspondiente cuestionario, se valida en Colombia (Castrillón, et al 2005) teniendo en cuenta los siguientes esquemas: Abandono, Autocontrol Insuficiente, Desconfianza, Deprivación Emocional, Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, Autosacrificio, Estándares Inflexibles (1) (2), Inhibición Emocional, Grandiosidad y Entrampamiento.

Con relación a los esquemas que no se tuvieron en cuenta en esta prueba y estudio, (Castrillón, et al 2005, pág. 556) afirma que estos esquemas tienden a debilitarse en el ambiente universitario, dada la flexibilidad cognitiva y las oportunidades sociales que se promueven en este medio.

5.2.6. Origen de los EMT's

Como se ha manifestado anteriormente el origen de los esquemas maladaptativos se encuentran en la infancia, en la socialización con padres o personas representativas en la crianza. Para Young (1999) estos proceso se dan por: el temperamento, entendido este como la biología; la autonomía, como el valor de desempeño independiente; la relación, como el lazo afectivo con las figuras de apego; el amor, el compromiso, la confianza y los sentimientos relevantes para el desarrollo del niño/a; la dignidad, como sentimientos positivos que valorar al niño/a, como persona importante en la sociedad,

como la aceptación social, el respeto y la aceptación son sentimientos importantes en su valoración; y por último las expectativas razonadas y límites realistas, brindando un ambiente que no sea tan permisivo ni demandante, es decir donde las normas, el autocontrol, el punto de vista del otro sea indispensable en la regulación de la conducta.

Citando a Riso (2006) la vinculación temprana afectiva o apego considera importante el ambiente inmediato del niño/a, especialmente el parental en la construcción de su propia identidad y la del mundo exterior, como se ha planteado desde los esquemas maladaptativos estas relaciones tempranas constituyen la base principal para la formación de la identidad, entendida esta como la configuración de creencias subyacentes del sí mismo y creencias del mundo, de los otros, de quienes rodean al individuo.

El paradigma de Bolwby (1993) permite esclarecer la propensión de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de padecimiento emocional conllevando a la separación y a la pérdida sufrida.

Según Bolwby (1993) en su teoría del apego, entiende la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance y conserve proximidad con respecto diferenciado y preferido”.

(a) La conducta de apego es distinta de la alimentación y la sexual. (b) En el desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos. En un comienzo con el progenitor y más tarde entre adultos. (c) La conducta de apego, como todas las otras formas de comportamiento instintivo las cuales son modificadas por el sistema de conductas que al comienzo del desarrollo se van corrigiendo según metas. (d) Los patrones perturbados de la conducta de apego puede existir a cualquier edad. Una forma común es la facilidad para provocar esa conducta que trae como resultado el apego ansioso. (e) Los principales determinantes del desarrollo de la conducta de apego son experiencias con figuras de apego durante los años de inmadurez. (f) El patrón de los vínculos afectivos que un individuo establece durante la vida depende de su conducta de apego.

Otro componente importante para Riso (2006) en la configuración del apego lo constituyen los estilos parentales que también se ha planteado desde Young (1999)

Macoby y Martin (1983, citado por Riso 2006) resalta tres estilos. Se encuentra: el autoritativo, el cual se caracteriza por ser flexible y democrático, tolerantes, pero con los límites claros; estilo autoritario, patrón restrictivo, impositivo, donde se espera obediencia absoluta y se controla con fuerza, es decir castigo y daño físico, y como tercero se establece el estilo permisivo, el cual refiere padres con pocas exigencias, con carencia de normas y límites.

5.3. ANSIEDAD

Después de hablar sobre los EMT's en el apartado anterior, a continuación se retomará la segunda variable tenida en cuenta para esta investigación, la cual constituye la ansiedad, especialmente el planteamiento de Spielberger con los dos conceptos independientes de ansiedad rasgo y estado, igualmente conocimientos de otros autores que permitirán abordar la emoción "ansiedad".

El concepto de ansiedad ha sido definido desde diferentes posturas y se ha asociado a diferentes términos psicológicos que se incluyen dentro de las patologías de los trastornos de ansiedad. A nivel general se ha definido la ansiedad como una emoción poco grata, similar al miedo, que todo el mundo experimenta en alguna situación de la vida, ante un estímulo externo e interno (cognición) ya sea en mayor o menor medida, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Para Epstein (1972, citado por Acosta, 2002) la ansiedad es un estado emocional de miedo no resulto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de una amenaza. Para este autor la ansiedad está planteada en términos de activación fisiológica, por causa de una percepción de amenaza, la evitación y escape no está presente como consecuencia de este estado emocional.

Otros autores hablan de la ansiedad desde el componente filológico como: tensión de aprehensión, activación o descarga del sistema nervioso, Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista utilizando preferentemente los términos de miedo y temor en lugar de ansiedad. Para Acosta (2002) el miedo sería una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto.

La ansiedad va a ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido este como un impulso (drive) aprendido, como una disrupción en la homeóstasis del organismo producida por una estimulación dolorosa. Este enfoque se apoya en las teorías de aprendizaje. Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente y se postula una relación causal entre ellos.

Para esto Lazarus (1976, citado por Gattás, y Guillen 2006) tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, planteadas por el modelo conductual, la define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva sería un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante y el afrontamiento sería el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

La definición de Lazarus es un paso más en una dirección cada vez más aceptada: considerar la ansiedad no como una variable, sino referida a un cierto número de variables que la integran, y a un tipo particular de relaciones entre ellas. Este autor resalta la importancia que sobre la conducta tiene la interacción entre el organismo activo y la situación en la que se encuentra, es decir, entre las características del individuo y el significado que éste le otorga a la situación, es decir la valoración que se hace.

Para este trabajo el concepto “ansiedad” es asumida como un conjunto en sus manifestaciones, haciendo hincapié en la percepción, como proceso organizativo e interpretativo del conjunto de datos sensoriales que contribuyen a la formación de ideas, creencias y esquemas frente a una situación, ambiente o estímulo, donde la cognición (esquemas maladaptativos) se puede correlacionar, es decir causa-efecto con las respuestas de ansiedad que se presentan ante diversas situaciones.

A partir de esto se retoma la ansiedad desde el planteamiento de Spielberger como un estado emocional actual e inmediato caracterizado por aprehensión y tensión, acompañado o asociado con activación o "arousal" del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) (*ansiedad estado*) y como la predisposición a percibir ciertas situaciones como amenazantes y responder a estas situaciones con niveles variables de ansiedad-estado (*ansiedad rasgo*).

Es así como la ansiedad es una emoción que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno, esta puede llegar a ser patológica o clínica, cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.

5.3.1 Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

Como se ha mencionado anteriormente este trabajo toma como referencia la conceptualización de ansiedad de Spielberger (1982) como un rasgo de personalidad relativamente estable (*ansiedad-rasgo*) y como un estado emocional transitorio (*ansiedad-estado*).

5.3.1.1. Ansiedad-Estado es entendida como el estado emocional inmediato, transitoria del organismo humano, que se presenta ante una situación específica, siendo el componente de la ansiedad que presenta una mayor variabilidad en cada momento vivido. Se caracteriza por un sentimiento subjetivo, conscientemente percibido de aprehensión y tensión, asociado a hiperactividad del SNA y generando reacciones psicofisiológicas "La ansiedad estado puede varia con el tiempo y fluctuar en intensidad" (Spielberger, Gorsuch, Lushene. Pág. 6).

Este tipo de ansiedad se entiende como una reacción emocional puntual donde se manifiestan las respuestas de cansancio, desconfianza, melancolía, insatisfacción, inestabilidad, tensión, agitación, entre otras que se presentan ante una situación específica y de duración limitada.

5.3.1.2. Ansiedad-Rasgo se refiere a la predisposición relativamente estable a la ansiedad, es decir, la tendencia del individuo a responder a situaciones que percibe como amenazadoras con una elevada intensidad del estado de ansiedad. Es por esta predisposición a responder de manera ansiógena ante estímulos, que este tipo de

ansiedad hace referencia a la personalidad del individuo más o menos estable para expresar a la tendencia a percibir ciertos estímulos del medio ambiente como amenazantes o no, y a responder a estos con un aumento o no de la ansiedad-estado (Spielberger, Gorsuch, y Lushene 1982).

Este mismo autor define la ansiedad como un visor global que el sujeto utiliza cuando se encuentra en situaciones de su entorno. (Spielberger, 1996, citado por Bautista 2005). Es decir que sigue haciendo referencia a una característica disposicional y relativamente estable del individuo que podría indicar a una propensión de la ansiedad patológica. Se presentan interacciones entre el factor rasgo (permanente) de la personalidad y la aparición del factor estado (situacional y temporal); un alto nivel de ansiedad-rasgo predispone generalmente a los individuos a tener niveles elevados de ansiedad-estado en situaciones percibidas como estresantes y amenazadoras para su prestigio y su autoestima.

Desde la teoría de Spielberger la ansiedad se da por un proceso que comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad, si la valoración es positiva ese individuo revelará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha tendido al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares.

Se encuentra que las personas con mayor predisposición a responder con ansiedad, presentarán mayor ansiedad rasgo, es decir mayor activación en sus respuestas fisiológicas y estado emocional de incomodidad, en comparación con los sujetos que presentan menor predisposición a percibir estímulos como amenazantes. Es por esto que las personas con mayor nivel de ansiedad rasgo pueden ver amenazadas su autoestima y su funcionalidad.

En general la ansiedad estado-rasgo se relaciona, cuando la persona presenta una predisposición a responder con ansiedad, su ansiedad estado aumenta. Es aquí donde la cognición juega un papel importante tanto en el desencadenamiento como en el mantenimiento de la ansiedad, pues la predisposición a responder puede ser aprendida, así como se planteó el origen de los EMT's descritos anteriormente.

5.3.2. Manifestaciones de la ansiedad

Para Acosta (2002) la ansiedad se manifiesta de tres maneras: cognitivos, fisiológicos y conductuales. La ansiedad como una reacción de activación del sistema nervioso ante acontecimientos de la vida cotidiana, de manera temporal y como la tendencia a percibir estímulos o situaciones como amenazantes que se da de manera más estable y duradera en el individuo, donde afecta e involucra su resolución de conflictos y su autocontrol ante las situaciones. Es por tanto que en su manifestación o respuesta se tienen en cuenta sus tres componentes, el cognitivo como procesamiento de la información y desencadenante de este estado emocional, sentimientos subjetivos de tensión que implican respuestas vegetativas y conductual que involucra la evitación y escape. Para Caballo, López, y Ángel (2002) el análisis topográfico permite distinguir estos tres tipos de respuesta:

a) Nivel cognitivo (pensamiento): Esta relacionado con la experiencia interna. En este componente se estudia la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y respuestas de la ansiedad.

El sujeto con ansiedad experimenta un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante al miedo. Al parecer el sentimiento de este estado no es tan agradable para el sujeto que lo experimenta puesto que su consecuencia o respuesta es la evitación, pues si fuera lo contrario se repetiría con gusto la situación y el sentimiento. (Lewis, 1990, citado por Acosta, 2002).

Caballo, López y Ángel (2002) plantean que en el pensamiento e imágenes mentales relacionadas con una situación fóbica existe una percepción del estímulo como amenazador, una evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento, preocupación por las situaciones somáticas, rumiación, escape y evitación y expectativas de daño.

b) Fisiológico–somático: Consisten en cambios en la actividad del SNA que pueden ser observados en las respuestas electrodérmicas con el aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas que se manifiesta externamente en las palmas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas; respuestas cardiovasculares, con aumento en las contracciones cardiacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitación) que eleva la presión arterial y la tasa del pulso, estos cambios en la presión arterial y flujos

sanguíneos hacen que la piel varía en su color, desde enrojecimiento hasta palidez y en su temperatura, desde calor a fríos súbitos. Estas manifestaciones corporales son divididas en funciones voluntarias e involuntarias. En las primeras se encuentra: la agitación, defecación, respiración, entre otras y en las segundas se encuentra la palpitación, vómitos, temblor.

c) Motor-conductual: son los componentes observables de la conducta observables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hace referencia a respuestas de escape y evitación, en este nivel el comportamiento se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes.

Las respuestas de evitación activa, hacen que el sujeto lleve a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos evocadores de la respuesta de ansiedad, por el contrario las respuestas de evitación pasiva, inhiben la realización de una conducta logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten. Las respuestas de escape, hacen que la persona se aleje del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social, por último las respuestas motoras alteradas, condicionan a la persona a mantenerse en la situación temida, apareciendo perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, entre otras) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, entre otras).

En definitiva, todos estos síntomas pueden clasificarse en tres grupos, los sentimientos y pensamientos, los cambios fisiológicos y la conducta observable. Así, se toma la ansiedad como la manifestación en tres niveles diferentes: experiencial o subjetivo, fisiológico y motor-observable. Estos tres tipos de manifestaciones no siempre se dan al mismo tiempo, o en la misma medida, por lo que se considera que pueden deberse a tres sistemas conductuales diferentes a los que se denomina: cognitivo, fisiológico y motor (Miguel-Tobal, 1990), pero que representan sistemas de respuestas que pueden estudiarse en su conjunto para una mejor relación entre variables, y desde lo cognitivo como un componente principal en el mantenimiento de estas respuestas ya sean ante situaciones especiales o distintas o como una sensación general.

5.3.3. Ansiedad y salud

No obstante como se ha referido anteriormente todas las emociones, tienen utilidad adaptativa y un sustento patológico, la primera: permite que las personas se enfrenten a algún peligro y en la segunda, como aquella que puede llevar a convertirse en un problema para el individuo en su funcionalidad y repercutir a las personas que lo rodeen. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias están vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas.

Para Castañeda (2003) las consecuencias de la ansiedad influyen, principalmente, en la adquisición de enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripes y herpes. Para esta autora las personas están constantemente expuestas a esos virus, pero normalmente el sistema inmunológico lo combate, sin embargo, con la ansiedad esas defensas fallan. Las diferencias en resistencia a las enfermedades infecciosas se deben, en parte, a las tensiones de la vida. Cuanta más ansiedad existan, mayor será la incidencia de males infecciosos.

Otra clave para este mismo autor es la relación de las emociones y el sistema inmunológico con la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996, citado por Castañeda, 2003).

Es por tal motivo que se sostiene la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podrían ser la causa de ciertas enfermedades, las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad. Esto es lo que se ha denominado en psicología cognitiva vulnerabilidad cognitiva, es decir que a partir de ciertos esquemas, pensamientos o creencias se desarrollan estilos de vida, patologías y problemas que le competen a dicha área de la ciencia.

Pero las consecuencias de la ansiedad no solo se asocia con enfermedades físicas, también se ha estudiado su correlación con síntomas psicológicos que se convierten en patológicos cuando afectan el desarrollo individual. Con respecto a esto Carrillo, Alcazar, Fernández, Sánchez, Rodríguez (2002) en su estudio de depresión infantil y adolescente encuentran que cuatro de cada diez niños y adolescentes con depresión presentan síntomas de ansiedad como quejas somáticas. Muchos estudios han enfocado la ansiedad con la depresión y se han encontrado un fuerte grado correlacional.

Hasta este momento en este trabajo se ha plasmado la teoría de EMT's de Young y la ansiedad estado-rasgo desde un enfoque cognitivo, donde la percepción y procesamiento de la información a si como todos la socialización primaria es indispensable para la formación de creencias, imágenes, ideas, pensamientos que generan estados emocionales en el individuo.

5.3.4. Epidemiología de la ansiedad

En este apartado se dan a conocer estudios epidemiológicos en Colombia sobre la ansiedad, entendida esta como trastorno emocional que afecta a ciertos grupos de personas, ciertas comunidades, razas, edades, procedencias, entre otras. Así mismo es necesario entender que los estudios ven la ansiedad desde la clasificación que se hace en el DSM IV, no como se ha revisado y tenido en cuenta para este trabajo investigativo.

Un estudio empírico-analítico, de diseño descriptivo, realizado por Asociación Colombiana de la Facultad de Psicología (ASOCOFAPSI) para conocer la prevalencia de los trastornos mentales de los usuarios de psicología en diferentes universidades de Colombia en el 2008, estableció los siguientes datos:

Entre un 3 y un 5% de la población general ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad. A manera de clasificación de género se instauró que un 2.8% de la población masculina ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad y en 1.4% de las mujeres ha desarrollado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad. Los trastornos de angustia (con o sin agorafobia), puede llegar a ser del 3.5%, y la prevalencia del trastorno en la población clínica es del 10% en individuos derivados de una consulta de salud mental. La ansiedad social aparece con una prevalencia que oscila entre 3 y 13% de la población mundial.

Los trastornos obsesivos compulsivos, aparece una prevalencia global de 2.5%. Trastorno por estrés postraumático, aparece en un 8% de la población adulta y en poblaciones de riesgo (es decir, grupos expuestos a acontecimientos traumáticos específicos), presentan resultados hasta más de la mitad de las personas expuestas. Así mismo para el trastorno de ansiedad generalizada aparece una prevalencia global del 5%.

Otro estudio realizado por Posada y Buitrago (2006) sobre los trastornos de ansiedad por edad, género, variaciones por región, edad de aparición, entre otras variables, encontró que en Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%), diferente a los datos encontrados en el estudio de ASOCOFAPSI, tal vez se puede explicar este acontecimiento por la fecha o muestra escogida en cada investigación, la primera toma a estudiantes universitario y la segunda diferentes personas clasificadas como estudiantes, profesionales y trabajadores. Dentro de los trastornos de ansiedad en la investigación de Posada y Buitrago (2006) se encuentra que, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la ansiedad social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático.

Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la región Pacífica y Bogotá son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22 y 21.7% respectivamente. La región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%). Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad social y la agorafobia sin pánico.

Con relación a la intervención de esta problemática solo el 1.9% de la población que presenta ansiedad acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste el 5.6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3.9% prefieren acudir a

tratamientos de medicina alternativa. Uno de los datos más importantes que arroja el estudio es que los trastornos de ansiedad se están presentando en edades tempranas. En cuanto al trastorno de ansiedad, la población consulta más a otros especialistas distintos al psiquiatra, haciendo referencia a psicólogos, psicoterapeutas, enfermeras, trabajadores sociales y orientadores en escenarios de salud mental, seguido por médicos generales. El trastorno que genera mayor compromiso del funcionamiento/discapacidad es el trastorno de estrés postraumático y el que genera menor grado es la agorafobia sin pánico.

Pasando a otros países se encuentra que entre el 15 y el 20% de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año y entre el 25 y el 30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida. La ansiedad subjetiva o la inquietud coexisten con la depresión en un 70-80% de los casos. Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual del 7,5% en adultos de todas las edades. En mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%; se acerca al 20% en un período de 6 meses y al 35% a lo largo del ciclo vital.

Los datos disponibles en la actualidad sitúan la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en la comunidad en torno al 5%. Si hablamos de la prevalencia a lo largo de la vida las cifras oscilan entre el 4 y el 8%, mientras que si hablamos de la prevalencia actual las cifras están en torno al 3%. Se trata pues de un trastorno relativamente frecuente en la población y, por tanto, objeto de gran interés desde el punto de vista clínico.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es la alteración de ansiedad más frecuente en atención primaria, estando presente en el 22% de los pacientes de atención primaria que sufren problemas de ansiedad. El índice de alto predominio de TAG en atención primaria (8%) comparado con población general (prevalencia 1,9-5,1%) sugiere que los pacientes de TAG son grandes consumidores de recursos de atención primaria. TAG afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres y la tasa de prevalencia es alta en población de mediana edad (10% para mujeres de 35 años de edad) y adultos mayores, pero relativamente baja en adolescentes. El TAG está asociado a costos significativos debido a la disminución de la productividad en el trabajo y al aumento de utilización de recursos sanitarios, particularmente en atención primaria.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (2001) sitúan aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas por este tipo de trastorno mental. En sí la angustia o indicadores estresantes están en todos lados y ámbitos como el educativo, familiar, social y el laboral. (Aparicio y Rodríguez, 2003, citado por Rosa, 2005) hacen un análisis con relación al ministerio del trabajo, y expresan que un 52% de empleados han padecido de ansiedad y que esta cifra podría incrementarse a un 70%, debido a las diferentes demandas actuales del medio ambiente.

5.4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Los EMT's son uno de los conceptos claves de la psicoterapia moderna, así como en la terapia cognitiva en diferentes situaciones, que incluyen al alcoholismo, la obesidad, depresión, trastornos alimentarios y trastornos de personalidad. En la investigación titulada "Perfil Cognitivo según los Esquemas Maladaptativos Tempranos y las Ideas Irracionales de un grupo de alcohólicos Anónimos en la Ciudad de Bucaramanga", Bonilla y Orduz (2001), identificaron esquemas de abandono, aislamiento, culpa, defectuosidad, dependencia, privación, incompetencia, miedo y vergüenza; así como también, ideas irracionales como la evitación de problemas y la necesidad de control.

Sin embargo, aunque el concepto de esquemas es muy utilizado actualmente, existen algunas confusiones acerca de la naturaleza de este concepto, lo cual ha llevado a dividir en dos grupos a los profesionales que los utilizan; en primer lugar, están los que confunden como sinónimos a los esquemas con conceptos relacionados como las creencias *nucleares*. En este grupo, exponentes como Padesky (1994), han investigado sobre los procesos en el cambio de esquema en la terapia cognitiva, definiendo los esquemas como creencias nucleares (*core beliefs*) con las cuales los terapeutas juegan un papel central en el mantenimiento de problemas psiquiátricos a largo plazo. En su investigación se estudian métodos clínicos que pueden ser utilizados con los pacientes para debilitar los esquemas maladaptativos y construir unos nuevos que sean más adaptativos a partir de una guía para identificar esquemas maladaptativos y alternativos, más adaptativos. Finalmente se describen algunos ejemplos de terapias con el uso de

métodos continuos, grupos de datos positivos, test histórico de esquemas, psicodrama, y actividades de creencias nucleares, para cambiar esquemas concluyendo que la especificación de métodos terapéuticos para cambiar esquemas puede liderar al desarrollo de tratamientos estándar y protocolos para medir el impacto del cambio de esquemas en los problemas crónicos.

En este mismo grupo, autores como Riso (2006), examinaron la estabilidad a largo plazo de los EMT's en 55 pacientes externos, en intervalos de 2.5 y 5 años, donde encontraron niveles desde moderados a buenos de estabilidad y de validez discriminatoria, incluso después que la depresión severa y el neuroticismo en los dos intervalos había sido controlado. Estos dos factores de los EMT's son muy similares a la estabilidad y validez discriminatoria de los rasgos de desorden de personalidad, pero concluye diciendo que se necesita un trabajo adicional para examinar la estabilidad de los EMT's en fluctuaciones más grandes en variables y en diferentes poblaciones clínicas; sin embargo, sostienen que la estabilidad de los EMT's puede ser generalizable en una noción más general de creencias nucleares.

Ya respecto a los instrumentos de medición de los EMT's, se identifica que las diferentes revisiones del YSQ, varios autores han querido probar la validez de este cuestionario, este es el caso de Schmidt et al. (1995), quienes describen la validación preliminar de una medida para los esquemas que es relevante a desórdenes de personalidad utilizando el YSQ en 5 muestras independientes, siendo relevantes los hallazgos encontrados en 3 de ellas; en el estudio 1, con una muestra de estudiantes, los factores analizados revelaron 13 esquemas primarios y un análisis de factor jerárquico reveló 3 factores de orden superior. En el estudio 2, con una muestra de pacientes, el análisis de factores reveló 15 esquemas primarios. Los autores concluyen que las muestras de pacientes y estudiantes produjeron grupos similares de factores primarios los cuales concordaron con el desarrollo racional de esquemas y sus relaciones jerárquicas hipotéticas, y que las sub-escalas primarias poseían adecuada estabilidad y consistencia interna prueba tras prueba. Por último, en el estudio 3, el YSQ tuvo validez solamente convergente y discriminatoria con respecto a las medidas de distrés psicológico, autoestima, vulnerabilidad cognitiva para la depresión y síntomas de desórdenes de personalidad.

Pero quizás, el estudio realizado por Castrillón et al. (2005) sea el más relevante ya que se trata de la validación del YSQ – long form para Medellín, Colombia, en el cual se tomó una muestra aleatoria y representativa de 1.419 estudiantes universitarios. El estudio encontró que la prueba tenía una estructura factorial que se organizaba en 11 factores y explicaban el 65% de la varianza. Dichos factores fueron: abandono, autocontrol/autodisciplina insuficientes, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles (I) (II), inhibición emocional, grandiosidad y entrapamiento. Los autores concluyeron que los datos obtenidos validan la existencia de un modelo de 11 factores en el cuestionario *Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition* para la ciudad de Medellín, Colombia.

Este cuestionario validado para Colombia, es el utilizado para este proyecto, por tratarse del mismo país y con una población con características similares a las del estudio de Castrillón et al. (2005).

Recientemente, se ha empezado a estudiar sobre la relación que existe entre la ansiedad y los EMT's, autores como Cousineau (2004) consideran que estos dos factores están ligados y esto se ve reflejado en su investigación en la cual los esquemas maladaptativos fueron divididos en tres categorías de acuerdo con la influencia de los esquemas en la expresión de ansiedad: esquemas que ya incluyen ansiedad en sus definiciones, esquemas que se refieren a una pérdida de relación o crisis y esquemas ligados a una pérdida potencial de auto-integridad. De esta manera se llegó a la conclusión que esta clasificación favoreció un mejor entendimiento de los síntomas en el contexto de la estructura organizacional del individuo.

Sin embargo, autores como Delattre et al. (2004), sostienen que una clasificación para la expresión de ansiedad no sería útil dado que no existe un esquema típico de ansiedad, sino que hay una activación general, excepto que se da a niveles más importantes en adultos con desórdenes de ansiedad, que en aquellos que no los sufren. Además, proponen que todos los EMT's hiperactivos en los pacientes ansiosos y la activación de estos esquemas en la infancia, predispondrían a la patología de ansiedad en el adulto.

En el tratamiento del sobrepeso y obesidad, a menudo los pacientes refieren comer por ansiedad en vez que sea por necesidad fisiológica (hambre). En un estudio realizado por Tapia (2006), se evaluó cuantitativamente la presencia de síntomas de ansiedad en una muestra de 65 pacientes evaluados a través de la aplicación de la Escala de Ansiedad del Cuestionario de Goldberg, cuyo resultado positivo es un puntaje de ≥ 4 . Estos puntajes fueron obtenidos por el 73,85% de los pacientes. La diferencia entre los pacientes con un resultado positivo y uno negativo fue significativa, lo cual demuestra que en estos pacientes no sólo hay que preocuparse del peso corporal y de los factores de riesgo, sino evaluar el estado psicológico.

Gómez (1999), describe las percepciones de los sentimientos de soledad y sus implicaciones en los jóvenes adultos. Se encontraron que los adultos jóvenes pertenecientes a los postgrados de la UPB, en su mayoría experimentan sentimiento de soledad. Lo cual tendría implicaciones de tipo social ligadas al establecimiento y mantenimiento vínculos significativos, como falta de seguridad y confianza, reflejándose en la adaptabilidad al medio y por tanto en su salud mental. Se observó que el sentimiento de soledad no depende tanto de las actividades o del número de personas con las cuales se tenga contacto, sino de vivencias más subjetivas estrechamente ligadas a la fortaleza de los vínculos establecidos y a las experiencias previas donde se han sentido solos.

Rivas y Tapia (2007), realizaron un estudio acerca de las características de la personalidad en adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad entre 16-18 años. Los resultados obtenidos por medio de los análisis efectuados afirma que existe relación, lo cual se comprobaría a partir de las correlaciones detectadas en el desarrollo de los análisis. Sin embargo, los rangos en los cuales se encuentran agrupados los puntajes, de ambas pruebas psicológicas, se localizan dentro del promedio establecido para la población en general, lo que daría cuenta que aunque se puedan apreciar ciertas relaciones, la mayoría de las variables estarían a la base de un comportamiento normal de la población.

6. METODO

6.1. Diseño

Es un estudio no experimental, descriptivo correlacional.

6.2. Participantes

La muestra fue de 140 estudiantes universitarios (112 mujeres y 28 hombres); las edades se distribuyeron entre 18 a 19 (adolescentes) y 20 a 35 (adultos jóvenes), siendo el rango de los adultos jóvenes el de mayor porcentaje (74,29%). En cuanto al estado civil, clasificados en solteros, casados y unión libre, siendo los solteros el de mayor porcentaje (79,20%).

6.3. Instrumentos

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2), revisado por D.Castrillón, L.Chavéz, A. Ferrer, M. Schnitter, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín (2003). Este cuestionario es la versión validada en población colombiana. La prueba consta de 45 ítems y evalúa 11 factores (esquemas), el marco teórico de referencia es la teoría de Young sobre esquemas y desarrollo esquemático, los ítems se puntúan según una escala tipo likert de 6 valores representando la presencia de los esquemas. Las propiedades psicométricas y la validación estructural del cuestionario (YSQ-L2) en la población universitaria en la ciudad de Medellín Colombia. Universidad de San Buenaventura 2003.

Al anterior cuestionario le fue aplicado el procedimiento estadístico Alfa (α) de Cronbach. Este cálculo permite partir del hecho de que los datos recolectados son confiables, es decir, reflejan una aproximación muy cercana de la realidad estudiada a través de la aplicación.

Con respecto al Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2), se realizó la comprobación para los 11 diferentes esquemas medidos por la prueba, logrando establecer que los factores de correlación oscilaron entre 0,23 y 0,71, obteniendo una correlación media entre los ítems de 0,43.

El coeficiente α de Cronbach bruto para la escala fue de 0,89 y el α para los ítems estandarizados fue de 0,89. Estos resultados permiten establecer que los datos

descriptivos de los esquemas maladaptativos, obtenidos por medio del YSQ-L2, son significativamente confiables.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). La prueba consta de dos partes, con 20 preguntas cada una de ellas, con un tiempo de aplicación de aproximadamente 20 minutos. La primera mide ansiedad estado (A/E). Se realizó la comprobación para las dos subescalas (estado y rasgo), obteniendo una correlación de media de 0,81. El coeficiente α de Cronbach fue de 0,89, tanto para la escala, como para los ítems estandarizados.

6.4. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en 4 fases: selección de la población, aplicación de los instrumentos, tabulación de la información y análisis de resultados. Cada fase se describe a continuación.

Fase 1. Selección de la muestra. En esta fase se pesan los estudiantes utilizando una báscula calibrada y se toma la estatura, lo cual permite obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), eligiendo a quienes presentan un IMC entre 25,5 y 29,9.

Fase 2. Aplicación de los instrumentos. Las pruebas fueron aplicadas individualmente en diferentes salones de las Universidades que participaron en la investigación.

Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2, revisado por D.Castrillón, L.Chávez, A. Ferrer, M. Schnitter, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín (2003). Validada en Colombia; Y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, C.D.Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E.Lushene, descrita y evaluada en la obra Levitt.

Fase 3. Tabulación de los resultados. Se calificaron las pruebas aplicadas, el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L2, revisado por D. Castrillón, L. Chávez, A. Ferrer, M. Schnitter, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín (2003). Validada en Colombia; y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene (1982).

Fase 4. Análisis de resultados. Se interpretaron los resultados arrojados por los instrumentos, para determinar la relación que existe entre los Esquemas Maladaptativos

Tempranos EMT's y la Ansiedad Estado-Rasgo STAI, que presentan los participantes de la investigación, llevando a cabo la discusión respectiva y corroborando la información investigada en el marco teórico.

7. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en los cuestionarios de *Esquemas Maladaptativos Tempranos (YSQ-L2)* y *Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)*. Diferenciados por género, edad y estado civil.

Tabla 1
Media y Desviación Típica de los EMT's con una muestra de población universitaria n=140

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	Media	Desviación Estándar
E. Abandono	14.44	6.56
E. Autocontrol Insuficiente	14.51	7.46
E. Desconfianza	13.69	6.09
E. Deprivación Emocional	13.25	6.24
E. Vulnerabilidad al Daño y Enfermedad	15.41	4.98
E. Autosacrificio	10.97	4.38
E. Estándares Inflexibles 1	12.66	4.70
E. Estándares Inflexibles 2	8.87	3.63
E. Inhibición Emocional	6.76	3.21
E. Grandiosidad	6.94	3.58
E. Entrampamiento	5.23	2.98

En la Tabla 1 se puede observar que los esquemas que puntuaron más alto fueron: el Esquema de Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, el Esquema de Deprivación Emocional y el Esquema de Estándares Inflexibles 1, con unos valores de 15.41, 13.25 y 12.66 respectivamente.

Tabla 2

Media y Desviación Típica para Ansiedad Estado-Rasgo STAI en adolescentes y adultos jóvenes con una muestra de población universitaria n=140.

CICLO VITAL	ADOLESCENTES N = 36				ADULTOS JOVENES n = 104			
	MUJERES n = 34		HOMBRES n = 2		MUJERES n = 78		HOMBRES n = 26	
GENERO								
STAI	A / E	A / R	A / E	A / R	A / E	A / R	A / E	A / R
MEDIA	23,05	24,23	17,5	16,5	19,93	20,44	11,08	14,45
DESVIACION TIPICA	10,38	11,9	7,00	1,41	11,38	9,17	7,58	7,81

Se observa en la tabla anterior que las mujeres adolescentes presentan una media de Ansiedad Estado de 23.05 con una desviación de 10.38 mientras que los hombres adolescentes presentan una media Ansiedad Estado de 17.5 con una desviación de 7.00; existe una diferencia significativa en estas dos puntuaciones, con respecto a la Ansiedad Rasgo las mujeres adolescentes muestran una media de 24.23 con una desviación de 11.9 y los hombres adolescentes una media de 16.5 con una desviación de 1.41, las mujeres adolescentes presentan medias más altas que los hombres adolescentes (ver anexo 4)

Con respecto a los adultos, la media de Ansiedad Estado en mujeres es de 19.93 con una desviación de 11.38 y en hombres de 11.08 con una desviación de 7.58, con respecto a Ansiedad Rasgo las mujeres presentan una media de 20.44 con una desviación

de 9.17 y los hombres 14.45 con una desviación de 7.81, las mujeres adultas presenta medias más alta con respecto a los hombres adultos.

Tabla 3

Media y Desviación Típica para Ansiedad Estado-Rasgo STAI en adultos, según el estado civil con una muestra de población universitaria n=104.

ESTADO CIVIL	SOLTEROS n = 75				CASADOS n = 22				UNIÓN LIBRE n = 7			
	MUJERES n = 65		HOMBRES n = 10		MUJERES n = 9		HOMBRES n = 13		MUJERES n = 4		HOMBRES n = 3	
GENERO	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R
MEDIA	17,23	20,31	10,47	14,64	13,30	16,63	11,5	14,44	15,33	25,70	17,5	16,50
DESVIACION TIPICA	10,77	9,49	5,99	6,90	12,40	7,90	10,7	10,65	2,50	1,52	3,53	14,89

Se observa en la tabla 3 que la Ansiedad Estado es más alta en las mujeres solteras con 17.23 con una desviación de 10.77, seguida de las mujeres en unión libre con una media de 15.33 y una desviación de 2.50 y finalmente las mujeres casadas con una media de 13.30 y una desviación de 12.40. Con respecto a la Ansiedad Rasgo la puntuación más alta en mujeres la obtuvo unión libre con una media de 25.70 y una desviación de 1.52, seguido de las mujeres solteras con una media de 20.31 y una desviación de 9.49 y finalmente las mujeres casadas con una media de 16.63 con una desviación de 7.9. Los hombres que se encuentran en unión libre presentan una media de 17.50 en Ansiedad Estado con una desviación 3.53, seguida de este se encuentran los casados con una media de 11.50 y una desviación de 10.70 y los hombres solteros presentan una media de 10.47 con una desviación 5.99. Con respecto a la Ansiedad Rasgo la puntuación más alta la presentan los hombres en unión libre con una media de 16.50 con una desviación de 14.89, posteriormente los solteros con una media de 14.64

y una desviación de 6.90 y finalmente los hombres casados con una media de 14.40 con una desviación de 10.65 (ver anexo 4).

Tabla 4

Media y Desviación Típica para las puntuaciones totales de EMT's, según edad, género y estado civil con una muestra de población universitaria de n=140.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	EDAD				GENERO				ESTADO CIVIL					
	ADOLESCENTES n = 36		ADULTOS n = 104		MUJER n = 112		HOMBRE n = 28		SOLTEROS n = 111		CASADOS n = 22		UNIÓN LIBRE n = 7	
	MED	DESV	MED	DESV	MED	DESV	MED	DESV	MED	DESV	MED	DESV	MED	DESV
E. ABANDONO	16.20	5.87	13.90	6.79	14.71	7.02	13.2	5.64	14.90	6.5	12.50	5.25	17.00	5.59
E. AUTOCONTROL INSUFICIENTE	18.11	7.84	13.3	7.23	15.00	8.08	12.8	6.43	14.60	7.65	11.00	5.38	15.80	6.94
E. DESCONFI.	15.02	6.10	13.5	6.45	13.80	6.21	13.60	5.38	13.9	6.01	10.75	6.04	13.80	5.96
E. DEPRI. EMOC.	13.38	5.45	13.34	6.43	13.60	6.28	13.40	6.51	13.30	6.17	11.10	5.63	13.00	6.68
E. VULNERA. DAÑO	15.90	5.29	15.31	4.91	15.90	5.14	13.57	4.50	15.48	5.04	14.40	5.15	14.50	5.80
E. AUTOSA.	12.90	4.61	10.53	4.30	10.80	4.54	11.65	4.17	11.21	4.30	9.20	3.44	11.30	1.70
E. ESTA. INFLE. 1	12.90	4.50	12.27	4.64	12.70	4.73	12.38	4.99	13.13	6.20	10.50	4.62	9.75	2.75
E. ESTA. INFLE. 2	10.52	3.85	7.97	3.74	8.730	3.72	9.15	3.19	9.11	3.83	8.00	3.54	11.30	2.21
E. INHIBI. EMOCI.	7.47	3.38	6.45	3.30	6.44	3.36	6.80	3.29	6.92	3.58	5.65	2.72	7.75	2.50
E. GRANDIOSIDAD	7.80	4.03	6.35	3.57	6.74	3.66	7.15	3.38	7.02	3.72	5.20	2.70	7.50	3.00
E. ENTRAMPAMIENTO	5.44	2.45	5.45	3.77	5.10	2.72	5.11	3.37	5.43	2.73	4.10	2.16	7.50	3.00

Respecto al comportamiento de la muestra en la Tabla 4 se observa en las características de edad (adolescentes y adultos), que las puntuaciones más altas en adolescentes la obtuvo el esquema E. de Insuficiente Autocontrol con una media de (18.11) seguido de E. Vulnerabilidad al Daño con una media (15.9) y Estándares Inflexibles 1 con una media de (12.9). En adultos las puntuaciones más alta fueron: Vulnerabilidad al Daño y la Enfermedad (15.31) seguido de Estándares Inflexibles 1 (12.27) y Deprivación Emocional (13.34). Los esquemas que presentaron mayor puntuación en mujeres fueron: E. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad (15.9), Estándares Inflexibles 1 (12.7) y Deprivación Emocional (13.6). Las puntuaciones más altas en hombres: Estándares Inflexibles 1 (12.7), Vulnerabilidad al Daño y a Enfermedad (13.57), Deprivación Emocional (13.4).

Por otra parte, con relación a la comparación de medias, de acuerdo con el estado civil, es de indicar, que para el análisis de dichos datos la muestra se agrupó en tres grupos: solteros, casados y unión libre; esta división con la intención de identificar que tanto el tipo de vinculación de pareja puede marcar diferencias frente al desarrollo de la Ansiedad Rasgo y Estado. Los esquemas que puntuaron más alto en solteros fueron: Estándares Inflexibles 1 con una media de (13.13), Vulnerabilidad al Daño (15.48) y Desconfianza (13.9). Los esquemas que puntuaron más alto en casados son: Vulnerabilidad al Daño (14.4), Estándares Inflexibles 1 (10.5) y Deprivación Emocional (11.1). Finalmente en unión libre los esquemas que puntuaron más alto fueron el E. Entrampamiento el cual presenta una media de (7.5) considerándolo clínico, en segundo lugar, está el E. de Insuficiente Autocontrol con una media de (15.8) y E. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad (14.5).

Tabla 5

Correlación de Pearson entre EMT's y Ansiedad Estado-Rasgo STAI con una muestra de población universitaria de n=140.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
E. Abandono	0.52(**)	0.68(**)
E. Autocontrol Insuficiente	0.61(**)	0.66(**)
E. Desconfianza	0.36(**)	0.47(**)
E. Deprivación Emocional	0.38(**)	0.43(**)
E. Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	0.10	0.21(*)
E. Autosacrificio	0.30(**)	0.33(**)
E. Estándares Inflexibles (1)	0.29(**)	0.28(**)
E. Estándares Inflexibles (2)	0.33(**)	0.40(**)
E. Inhibición Emocional	0.28(**)	0.34(**)
E. Grandiosidad	0.41(**)	0.49(**)
E. Entrampamiento	0.38(**)	0.44(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 5 indica que la correlación más alta de Ansiedad Estado se presentó con

el Esquema de Autocontrol Insuficiente y Abandono, con un valor de 0.61 y 0.52 respectivamente. Las correlaciones más altas de Ansiedad Rasgo fueron con los esquemas de Abandono con una puntuación de 0.68 y el Esquema de Autocontrol Insuficiente con un valor de 0.66.

Tabla 6

Correlación de Pearson entre EMT's y Ansiedad Estado-Rasgo STAI según edad, género y estado civil con una muestra de población universitaria de n=140.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	EDAD				GENERO				ESTADO CIVIL					
	ADOLESCEN n = 36		ADULTOS n = 104		MUJER n = 112		HOMBRE n = 28		SOLTEROS N = 111		CASADOS n = 22		UNION LIBRE n = 7	
	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R	A. E	A. R
E. ABANDONO	0.42(**)	0.21	0.42(**)	0.38(**)	0.55(**)	0.50(**)	0.70(**)	0.54(**)	0.66(**)	0.54(**)	0.46(*)	0.12	-0.13	-
E. INSUFICIENTE AUTOCONTROL	0.26	0.17	0.41(**)	0.34(**)	0.56(**)	0.48(**)	0.57(**)	0.54(**)	0.62(**)	0.49(**)	0.49(*)	0.51(*)	0.76	-
E. DESCONFIANZA	0.44(**)	0.27	0.29(**)	0.16	0.50(**)	0.39(**)	0.56(**)	0.44(**)	0.54(**)	0.47(**)	0.44(*)	0.003	0.84	-
E. DEPRIVACION EMOCIONAL	0.24	0.31	0.27(**)	0.20(*)	0.38(**)	0.31(**)	0.16	0.21	0.38(**)	0.32(**)	0.14	-0.19	0.73	-
E. VULNERABILIDAD AL DAÑO Y ENFERMED.	0.02	-0.09	0.13	0.05	0.19(*)	0.10	0.31	0.13	0.27(**)	0.23(*)	-0.01	-0.19	0.80	-
E. AUTOSACRIFICIO	0.21	0.32	0.27(**)	0.18	0.25(*)	0.26(*)	0.33	0.25	0.26(**)	0.31(**)	0.08	-0.03	0.37	-
E. ESTANDARES INFLEXIBLES 1	0.33(*)	0.35(*)	0.11	0.11	0.34(**)	0.33(**)	0.23	0.21	0.24(**)	0.21(*)	0.08	0.19	0.32	-
E. ESTANADARES INFLEXIBLES 2	0.24	0.21	0.25(**)	0.09	0.34(**)	0.29(**)	0.45(**)	0.45(**)	0.32(**)	0.28(**)	0.20	0.14	0.05	-
E. INHIBICION EMOCIONAL	0.07	0.05	0.28(**)	0.17	0.24(**)	0.19(*)	0.58(**)	0.49(**)	0.25(**)	0.13(**)	0.17	0.30	-0.77	-
E. GRANDIOSIDAD	0.17	0.22	0.31(**)	0.26(**)	0.42(**)	0.35(**)	0.45(**)	0.49(**)	0.47(**)	0.42(**)	0.24	0.22	-0.77	-
E. ENTRAMPAMIENTO	0.38(*)	0.38(*)	0.34(**)	0.26(**)	0.39(**)	0.31(**)	0.13	0.29	0.31(**)	0.27(**)	0.46(*)	0.03	0.60	-

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Realizando la descripción de los resultados contemplados en la tabla 6 se observa en primer lugar que la Ansiedad Estado en el grupo de la edad, la correlación más alta la presenta el E. Desconfianza con una puntuación de 0.44 con Ansiedad Estado en adolescentes; en adultos la correlación es más baja con una puntuación de 0.29. En el E. Abandono se observa la misma correlación en A/E tanto en adolescentes como en adultos. En cuanto al E. Insuficiente Autocontrol se observa una mayor correlación con A/E en adultos con una puntuación de 0.41 que en adolescentes con una puntuación de 0.26.

En cuanto al género la correlación más alta entre el E. de Abandono y A/E la presentan los hombres con una correlación de 0.70 a diferencia de las mujeres con una correlación de 0.55. Seguido se encuentra el E. Insuficiente Autocontrol con una correlación de 0.57 en hombres y 0.56 en mujeres ambas puntuaciones muy cercanas. Y el último esquema más alto que presentó el género fue en el E. Desconfianza que al correlacionarse con la A/E en hombres puntúa 0.56 a diferencia de las mujeres con una puntuación de 0.50, sin embargo estas correlaciones se dan en los esquemas que presentan correlaciones más altas.

En cuanto al estado civil, el esquema más alto en los solteros fue el E. Abandono con una puntuación de 0.66, siendo la correlación más alta en comparación con los casados y unión libre; el segundo esquema más alto que presentaron los solteros fue el E. Insuficiente Autocontrol con una puntuación de 0.62, sin embargo comparando con unión libre supera la correlación con una puntuación de 0.76; el tercer esquema más alto en los solteros fue E. Desconfianza con una puntuación de 0.54 sin embargo al compararse con unión libre nuevamente supera la correlación con una puntuación de 0.84. Por otro lado el grupo unión libre el esquema que mas alto puntuó fue E. de Desconfianza con una correlación de 0.84, siendo esta la correlación más alta comparado con los solteros y los casados en el mismo esquema y también comparado con todos los esquemas tanto de la clasificación del estado civil como en la clasificación de edad y género.

Seguido de éste se encuentra el E. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad como la segunda puntuación más alta en el grupo de unión libre y comparada con los solteros y los casados se observa una diferencia significativa ya que las puntuaciones oscilan entre 0.27 para solteros y -0.01 para casados. Así mismo la correlación de E. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad en unión libre clasifica como la segunda correlación más alta comparada con todos los esquemas del grupo estado civil, género y edad.

El tercer esquema más alto que se presenta en el grupo de unión libre fue el E. Insuficiente Autocontrol con una puntuación de 0.76 siendo más alto que en solteros con una puntuación de 0.62 y en casados con una puntuación de 0.49. Por otra parte en la Tabla 6 se observa que el E. Deprivación Emocional, en el grupo unión libre se presenta

más alta con un correlación de 0.73 marcando una gran diferencia con los casados con una correlación de 0.14 y en solteros 0.38.

En cuanto a la Ansiedad Rasgo A/R se observa que la correlación que mayor puntuación obtuvo fue el E. de Abandono con A/R en adultos fue de 0.38 y en adolescentes el esquema que mayor correlación puntuó fue el E. Entrampamiento con una puntuación de 0.38 relacionado con A/R. Seguido de esto los adolescentes presentan otros esquemas con un alta correlación en comparación con los adultos que son: E. Estándares Inflexibles 1 (0.35) E. Autosacrificio (0.32); y el E. Deprivación Emocional (0.31) y en adultos se presenta alta correlación de A/R con el E. Insuficiente Autocontrol con una puntuación de 0.34 comparado con los adolescentes con una correlación de 0.17.

En cuanto al género se observa que la correlación más alta se ubica el E. de Abandono y el E. Insuficiente Autocontrol con la A/R presentan los hombres con una puntuación de 0.54 para ambos esquemas a diferencia de las mujeres que puntúan un poco más bajo con una puntuación de 0.50 y 0.48 respectivamente. En cuanto al estado civil se observa que la correlación más alta la presentó unión libre en los esquemas de Desconfianza 0.65 y Estándares Inflexibles 1 con 0.64 a diferencia de los solteros, con una correlación de 0.47 y 0.21 y los casados con una correlación de 0.003 y 0.19 respectivamente. Unión libre también presenta las correlaciones más altas en el E. Grandiosidad y el E. Entrampamiento ambos esquemas con una correlación de 0.53 a diferencia de los solteros con una correlación de 0.42 y 0.27 y los casados con una correlación de 0.22 y 0.03 respectivamente. Sin embargo el E. Abandono relacionado con A/R los solteros puntuaron la más alta correlación de 0.54 a diferencia de los casados con 0.12 y unión libre con -0.53. Por último los casados presentan la correlación más alta en el esquema Insuficiente Autocontrol, con una puntuación de 0.51 a diferencia de los solteros con 0.49 y unión libre con 0.11.

Respecto a las correlaciones de las variables de los Esquema Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad Estado se observa que la muestra que está en unión libre presenta las correlaciones más altas en comparación con el resto de categorías en los Esquemas de: Desconfianza con una correlación de 0.84, seguido del Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad con una correlación de 0.80, luego Insuficiente Autocontrol con

una correlación de 0.76, posteriormente Deprivación Emocional con una correlación de 0.73; el Autosacrificio con una puntuación de 0.37 y Entrampamiento con una puntuación de 0.60. En segundo orden los hombres presentan tres correlaciones más altas del E. Inhibición Emocional con una puntuación de 0.58; E. Estándares Inflexibles 2 obteniendo una puntuación de 0.45 y E. de Abandono con una correlación de 0.70. La correlación más altas que corresponde a los solteros es el E. Grandiosidad con una puntuación de 0.47 y por último las mujeres presentan la correlación más alta de Ansiedad Estado con el E. Estándares Inflexibles 1 con una puntuación de 0.34.

Respecto a la correlaciones de las variables de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la Ansiedad Rasgo se observa que las correlaciones más altas se sitúan en primer lugar en la característica unión libre con cinco esquemas más altos que corresponden a: E. Desconfianza con una correlación de (0.65), el E. Estándares Inflexibles 1 (0.64), E. Grandiosidad y E. Entrampamiento obteniendo la misma correlación de (0.53), E. Estándares Inflexibles 2 con una relación de (0.45).

Posteriormente los hombres presentan las correlaciones más altas de E. Abandono y E. Insuficiente Autocontrol con una puntuación de (0.54) para ambos; E. Inhibición Emocional con una puntuación de (0.49); E. Estándares Inflexibles 2 con una puntuación de (0.45). Y para terminar los solteros presentan las correlaciones más altas de E. Abandono con una puntuación de (0.54) E. Deprivación Emocional con una puntuación de (0.32); E. Autosacrificio con una puntuación (0.31) y Vulnerabilidad al Daño y Enfermedad con una puntuación de (0.23).

8. DISCUSIÓN

Las puntuaciones del STAI, permiten apreciar como la más alta y significativa es la obtenida en adolescentes-mujeres tanto para Ansiedad-Estado como para Ansiedad-Rasgo, con una media de 23.05 y 24.23 respectivamente. Dicha puntuación está por encima de la media lo cual indica niveles de ansiedad significativos (ver anexo 4).

Teniendo en cuenta que la Ansiedad-Estado para Spielberger (1982) es definida como un estado transitorio, de tensión, aprehensión e hiperactividad del sistema

nervioso, donde en su cuestionario se mide con la misma pregunta ante varios ítems ¿Cómo se siente en estos momentos?, analizamos como las adolescentes con sobrepeso tiende significativamente a tener mayores episodios ansiosos, sería una recomendación para estudiar, si las adolescentes con peso normal también manifiestan esta puntuación por la etapa evolutiva por la que atraviesan, por ser un periodo crítico y de gran vulnerabilidad social, para así confirmar una variable diferenciadora en cuanto a la variable peso se refiere.

Respecto a la variable Ansiedad-Rasgo, entendida como la predisposición a responder a situaciones tensas con diferentes cantidades de ansiedad estado, puede decirse que esta tendencia del organismo a actuar de manera ansiosa se convierte en una característica de la personalidad, siendo importante para la psicología cognitiva y evolutiva tener presente que en el estudio se manifiesta la ansiedad como rasgo, siendo una línea de estudio longitudinal para conocer que tanto es realmente un rasgo en mujeres con sobrepeso, puesto que en las mujeres adultas jóvenes la puntuación no es significativa, teniendo unas medias de Ansiedad-Estado (19.53) y Ansiedad-Rasgo (20.44).

Para Mestre y Samper (2001) la etapa de la adolescencia es un periodo, donde la construcción de la identidad se vuelve importante debido a la convergencia de cambios físicos, cognitivos y sociales, donde la identidad constituye un constructo en relación con la personalidad y donde esta propicia o no la adaptación social. Es decir que para estos autores los adolescentes que han alcanzado el logro de su identidad, tienen mayor probabilidad de una mejor adaptación social. De esta manera se evidencia que todos los cambios internos y externos en la adolescencia pueden repercutir en el desarrollo de la personalidad, como constructo de la regulación comportamental, emocional y cognitiva. Debido a estos nuevos procesos sociales, psicológicos y físicos, se ven afectados aspectos de la personalidad que, en este caso, el sobrepeso como cambio físico, la crítica al cuerpo, la pertenencia a un grupo social dentro de los parámetros de belleza establecidos, repercute en la construcción de su identidad, regulando en este caso emociones negativas como la ansiedad.

Frente a este tema Gómez (2007) propone que los adolescentes colombianos y en general latinoamericanos están expuestos a situaciones potencialmente estresante, al

realizar tareas evolutivas específicas de este periodo como asumir cambios corporales, estructurar su identidad, separarse progresivamente de sus padres, sumándosele problemáticas que vivencia en el campo educativo, político, económico que ponen a prueba constantemente sus cogniciones y afectos, viéndose este último como dimensiones de estados afectivos transitorias o disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estable.

Esta argumentación frente al desarrollo psicosocial del adolescente muestra que los cambios que se presentan en esta etapa generan un desequilibrio en sus cogniciones, que para la psicología cognitiva sería expresado a través de los pensamientos automáticos, creencias centrales y EMT's, que además por ser representaciones mentales asigna significado a las experiencias que generan emociones y conductas específicas.

En esta investigación se tomo como medición de la cognición los EMT's; y de las emociones la Ansiedad, es decir se tuvo en cuenta parte de los elementos de la triada cognitiva, donde la cognición juega un papel central en el desencadenamiento de la emoción y la conducta. Es por esto que más adelante se hablará de los principales EMT's que se encontraron, para discutir con su correlación con la Ansiedad.

Siguiendo nuevamente con la Ansiedad como una variable de los adolescentes se encuentran en estudios previos frente a la ansiedad en población con sobrepeso (Sheslow y Rumpel, 1993, citado por Barris, Sibel, y Quiler, 2003) encontraron puntuaciones altas en la ansiedad en adolescentes, donde ésta se ve como un rasgo destacado en la valoración psicopatológica de adolescentes obesos y con sobrepeso, así mismo otros autores como (Mahoney, 1985, Saldaña y Rosell 1988, citados por Rivas y Tapia, 2007) indican que dentro de las alteraciones psicológicas de mayor frecuencia que se han hallado en personas que manifiestan algún grado de obesidad, se localizan rasgos ansiosos de personalidad, jugando un papel central en la ingestión de alimentos. Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social.

De igual manera un estudio realizado por Tapias (2006) encuentra que durante la consulta de pacientes con sobrepeso y obesidad refieren comer por ansiedad, así mismo se concluye en dicho estudio que la ansiedad es un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad.

Para Moreno, Barrio y Mestre (1995) los acontecimientos vitales negativos, que se miden a través de la percepción frente a las experiencias, son los predictores de desordenes psicológicos tales como la ansiedad, por lo tanto es importante tener presente que esta etapa del desarrollo evolutivo es vulnerable a cambios psicosociales, (Larson y Ham, 1993, citado por Moreno et al, 1995) propone que este énfasis dará mayor probabilidad de aparición de esta reacción, es decir al tratar sobre este aspecto se previenen los desordenes psicológicos frecuentes en este rango de edad (adolescentes).

Gómez (2007) propone que en esta etapa del desarrollo evolutivo presenta mayor cantidad de pensamientos negativos, caracterizándose por el alto contenido catastrófico, absolutista y autoderrotista.

Los coeficientes de correlación r no mostraron valores muy altos, ya que las correlaciones frente a estas dos variables muestran que los datos más fuertes oscilaron entre 0.55 y 0.84 para la Ansiedad-Estado, 0.50 y 0.65 para la Ansiedad-Rasgo. Estos resultados significan que las correlaciones existentes entre los EMT's y los indicadores de Ansiedad alcanzan valores clasificables como correlaciones positiva media y correlación positiva considerable, haciendo la salvedad que estos datos se presentan frente a los esquemas de Abandono, Autocontrol Insuficiente, Vulnerabilidad al Daño y Enfermedad, Desconfianza, Deprivación Emocional y Estándares Inflexibles 1.

Por tanto es de indicar que las puntuaciones altas a nivel correlacional entre EMT's y Ansiedad, dan muestra de una descripción en el análisis de estas dos variables, datos que se hacen importantes a la hora de realizar intervención psicológica que permita el mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes mujeres principalmente.

Teniendo en cuenta que los EMT's son la construcción de la imagen que tiene la persona de sí misma y de la representación del mundo o de los demás (Young 1999); es de resaltar que al revisar los datos arrojados en el presente estudio, el Esquema de Vulnerabilidad aún cuando se muestra como el más alto frente a los demás esquemas, (tabla 1) es el más bajo en cuanto a la correlación con Ansiedad-Estado y Ansiedad Rasgo presentando una correlación positiva débil tomando como referencia la tabla 2.

Las tres correlaciones más altas entre estas dos variables son Abandono y Ansiedad Rasgo (0.68); Autocontrol y Ansiedad Rasgo (0.66) y Autocontrol y Ansiedad Estado (0.61).

El Esquema de Abandono frente a la Ansiedad Rasgo presenta una puntuación de (0.68), lo que indica que está relacionado con el E. Desconfianza de las personas significativas, que para Londoño, N. Marín, C. y Giraldo, F. (2008), las personas que presentan este tipo de esquema, ven a los demás como inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación. Implica la sensación que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección, debido a que son emocionalmente inestables e impredecibles. En el estudio realizado por estos autores frente a población clínica, encontraron que este esquema se presenta con una media de 16.09 (desviación 7.47), resultados que no están lejos de los identificados en ésta investigación en la que la media se ubica en 14.4 (desviación 6.56).

La identificación de los datos respecto a la Ansiedad-Rasgo son de gran relevancia en esta investigación toda vez que este tipo de ansiedad indica la predisposición a percibir ciertas situaciones como amenazantes y responder a estas situaciones con niveles variables de Ansiedad-Estado, que entre ellas pueden estar la ingesta de alimentos de forma descontrolada o inadecuada. Teniendo en cuenta que la Ansiedad-Rasgo es una predisposición conductual adquirida, que inclina a un individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivamente no peligrosas como amenazantes, se observa que las personas responden a ellas, con una Ansiedad-Estado, asumiendo conductas como la desmesurada ingesta de alimentos, que en este caso corresponde al miedo frente a la incapacidad para responder efectivamente a sus necesidades.

A partir de la relevancia conceptual y pragmática de la Ansiedad-Estado en correlación con el E. de Abandono o cualquiera de los demás EMT's, es importante considerar que las personas que presentan Ansiedad-Rasgo clínico en su correlación con cualquiera de los EMT's deben ser orientadas a consulta psicológica, de manera que se logre reestructurar el sistema de creencias respecto a las personas significativas en su vida, tomando como referencia su historia clínica identificando los antecedentes que afectan el desarrollo de su personalidad y su relación con el sobrepeso. Frente a esto, un estudio realizado en España por Moreno, Barrio y Mestre (1995) sobre la relación de los acontecimientos negativos en la repercusión de los estados emocionales de los jóvenes se encuentra que el impacto de acontecimientos vitales negativos guarda relación con un

rasgo de personalidad ansiógena, que en este caso esos acontecimientos negativos se podrían explicar por experiencia tempranas de abandono.

Seguidamente en puntuación alta se encuentra una correlación media frente E. Autocontrol Insuficiente, Ansiedad Rasgo (0.66) y Ansiedad Estado (0.61), lo que hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas. Esta sería la mayor justificación frente al sobrepeso, toda vez que dentro de la amplia gama de estados patológicos que se asocian a ésta problemática está la ansiedad.

Las creencias, temores y la preocupación de ser abandonados por personas significativas, el no ejercer el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para alcanzar las metas personales o reprimir expresiones excesivas de las propias emociones, es considerado para este estudio como un factor de vulnerabilidad frente a la ansiedad. Para otros autores estas creencias y temores disfuncionales son un factor de riesgo para trastornos psicopatológicos, entre los que se destacan la depresión, la ansiedad social, los trastornos de la alimentación, entre otros (Clark y Beck et al, 1997. Hinrichsen, Waller y Emanuelli, 2004. Jovev & Jackson, 2004, citado por Castrillón et al, 2005).

La ansiedad, por lo tanto puede ser comprendida como la contraparte patológica del miedo normal, y que se manifiesta como alteraciones del ánimo, de los pensamientos, del comportamiento y de actividades fisiológicas. Se puede deducir, que la presencia de algún tipo de desorden de ansiedad, puede llegar a ser incapacitante para el desarrollo normal de la vida de un individuo, por lo tanto el oportuno y adecuado tratamiento es imprescindible.

En el análisis de los datos, se encuentra que respecto al E. Abandono; el E. Insuficiente Autocontrol y E. Autodisciplina, en la muestra en general, la Ansiedad Estado puede ser el resultado del aprendizaje relativo al E. Abandono y al E. Insuficiente Autocontrol como lo menciona Castrillón (2005) en la discusión de la validación de la prueba YQS-L2 cuando resalta los siguientes ejemplos “me preocupa muchísimo que las personas que quiero encuentren a alguien más a quien prefieran y me dejen” “me siento tan indefenso si no tengo personas que me protejan, me preocupa mucho perderlas”.

Por lo anterior, la correlación E. Autocontrol/Abandono y Ansiedad respecto al

problema del sobrepeso cobra importancia en éste estudio, cuando se describe que el adecuado manejo de la ansiedad es determinante para la terapia cognitivo conductual, la que pretende que el paciente se entrene en ganar autocontrol en sus hábitos alimenticios.

Seguidamente para la interpretación de los resultados, desde la muestra se tuvo en cuenta las siguientes características: edad, género y estado civil, como se observa en la Tabla 3, donde cada subgrupo evidenció diferentes puntuaciones.

En cuanto a la primera característica, la edad, se encuentra subdividida de acuerdo al baremo de la prueba STAI en: adolescencia (18-19 años) y adultez joven (26-35 años), presentando correlaciones bajas, siendo la máxima correlación de 0.44, ésta característica presenta puntuaciones cercanas encontrando correlaciones débiles entre ansiedad y EMT's en esta población.

Respecto al género, se evidencia que los hombres presentan cinco correlaciones frente a la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, indicando un número mayor de correlaciones que los presentados en las mujeres, donde se ubican dos y solo en Ansiedad-Estado. Retomando, los datos arrojados en la Tabla 3, es evidente en los hombres la correlación de los EMT's de: Insuficiente Autocontrol, Desconfianza e Inhibición Emocional, estos respecto a la Ansiedad-Estado y el E. Abandono e Insuficiente Autocontrol frente a la Ansiedad-Rasgo.

La presencia de estas correlaciones respecto a los EMT's, puede ser explicado desde dos aspectos, uno, desde la misma definición de Ansiedad-Estado, lo que indica que son aspectos transitorios relativos al momento de contestar el cuestionario. El segundo, a partir un estudio realizado sobre las características de personalidad de mayor relevancia en pacientes clínicos diagnosticados con trastorno emocionales. (Pérez González, 2001, citado por Gómez, L. 2006); en el que de acuerdo al análisis de los resultados se observó que los sujetos (hombres) evaluados presentan una personalidad con componentes cognitivos caracterizados por esquemas de ansiedad que les lleva a percibir el futuro como algo amenazante característica que se suma a un control no percibido de diferentes situaciones y a una visión de sí mismos como débiles y vulnerables a situaciones de peligro.

En dicho estudio concluyen que la intensidad de las sensaciones fisiológicas parecen ligarse de manera significativa a procesos centrales que llevan a estos sujetos a

presentar un énfasis excesivo en suprimir sentimientos espontáneos, impulsos o preferencias; así como a comprometerse con metas internalizadas de carácter rígido con gran frecuencia a expensas de la autoexpresión, la relajación y la salud. Una marcada tendencia a centrarse en aspectos negativos (dolor, muerte, enfermedad, catástrofes) y un claro desentendimiento de los aspectos positivos u optimistas de las cosas que se relacionan con serias dificultades en la construcción de procesos de autoidentidad adaptativa.

Es de resaltar que en el estudio antes señalado no se hace aclaración de la característica de la ansiedad, es decir, que los datos pueden también interpretarse como una descripción comportamental de los hombres frente a la prueba, lo que implica la creencia de que los propios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los demás, por lo que el sujeto opta por tener comportamientos como: la ausencia de atención, afecto, calor o compañía; privación de empatía, ausencia de entendimiento, escucha, autodistancia, distanciamiento o compartir sentimientos mutuos con los demás; y la privación de protección, ausencia de fortaleza, dirección o consejo por parte de los demás.

En relación al estado civil, se encuentra mayor diferencias en estos tres subgrupos (solteros, casados, unión libre). Las personas en unión libre presentan más correlaciones tanto para los EMT's con la Ansiedad-Estado, como con la Ansiedad-Rasgo. Así mismo se evidencian que las correlaciones son fuertes y se presentan nuevas correlaciones a las que se habían mencionado hasta el momento, es así como el E. Deprivación Emocional, Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, Entrampamiento y Estándares Inflexibles aparece en esta división de la muestra.

De manera ascendente en la correlación en este subgrupo se encuentra el E. de Desconfianza frente a la Ansiedad-Estado, lo que indica la expectativa de que los demás herirán, abusarán, humillarán, engañarán y en fin manipularán de alguna manera la persona; en segundo lugar se encuentra el E. Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, con Ansiedad-Estado, lo que representa un miedo a una catástrofe médica, emocional o externa, seguidamente se encuentra el E. Insuficiente Autocontrol con la Ansiedad-Estado, este se ha visto y explicado en las divisiones de la muestra descrito anteriormente; el esquema que sigue en correlación es la Deprivación Emocional con la

Ansiedad-Estado, frente a esto se encuentra la creencia de que los propios deseos en un grado normal no serán adecuadamente satisfecho.

Frente a la Ansiedad-Rasgo, solo se encuentra correlación de los esquemas anteriores con el esquema de Desconfianza, se halla correlaciones además con E. de Estándares Inflexibles, de Grandiosidad y de Entrampamiento.

Para el subgrupo solteros las correlaciones fuertes que se presentaron fueron: E. Abandono, E. Insuficiente Autocontrol y E. Desconfianza, mientras que para los casados no se presentó ninguna correlación fuerte y para la unión libre se presentaron tres correlaciones que son las más fuertes en la generalidad de éste subgrupo, oscilando entre (0.73 – 0.80). Los esquemas que se presentan son Insuficiente Autocontrol, Deprivación Emocional y Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad. Respecto a la vulnerabilidad se evidencia que se correlaciona con la característica unión libre, en donde se puede decir que presenta en una tendencia de mayor estabilidad emocional en las personas que están casadas que quienes están en unión libre.

En síntesis, el hallazgo de esta investigación entre estas dos variables EMT's y Ansiedad, permite otorgar importancia a estos dos aspectos como elementos relacionados con el sobrepeso, toda vez que estudios anteriormente señalados ya han mostrado cómo los E. de Abandono e Insuficiente Autocontrol, están relacionados con problemáticas como la ansiedad, depresión, y problemas alimenticios.

Desde este planteamiento es necesario tener en cuenta la corroboración de estos constructos teóricos, para establecer estrategias preventivas y de intervención, que apunten al origen de los esquemas y que posean gran sustento teórico en su manejo práctico, así mismo contribuye a esta población específica (personas con sobrepeso), ya que a su vez, como lo afirma Countihno et al. (2001) se debe tener en cuenta la injerencia que cada uno de los factores ejercen sobre los comportamientos asociados con el aumento de peso y con otros trastornos de la conducta alimentaria.

Adicionalmente, este estudio permite la comprobación de una reducida correlación entre EMT's y Ansiedad, que resulta suficiente para justificar que en el futuro se realicen estudios de otro tipo de correlación o de relaciones de causalidad entre los diferentes factores que confluyen en torno a las dificultades que comprometen las alteraciones en la imagen corporal de las personas.

9. CONCLUSIONES

Se logra determinar estadísticamente la fiabilidad del Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young (YSQ-L2) y el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), a través de la aplicación de una prueba de α Cronbach, en el cual los coeficientes obtenidos fueron mayor de 0.8, lo cual indica que ambas pruebas fueron aplicadas en poblaciones análogas a la utilizada en esta investigación, obteniendo resultados igualmente confiables.

Al realizar la r de Pearson se determina que ciertos Esquemas Maladaptativos Tempranos correlacionan con la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo entre las puntuaciones más altas se encuentran de manera descendiente los esquemas de: Abandono, Desconfianza e Insuficiente Autocontrol con puntuaciones que oscilan entre (0.56 - 0.84). Esto significa que existe probabilidad de que estos esquemas se vean reflejados en los indicadores de ansiedad estado y rasgo y viceversa.

Se observa que los adolescentes-mujeres son los que puntúan mayor Ansiedad Estado y Rasgo, donde sus valores se encuentra por encima de la media, mientras que en los adolescentes-hombres las puntuaciones son por debajo de la media, aunque es de tener presente que el número de la muestra hombres es muy bajo con respecto al de mujeres, sería pertinente hacer estudios de muestras similares teniendo en cuenta la variable género y sí obtener resultados de mayor confiabilidad; igualmente encuentran en otros estudios donde los adolescentes con sobrepeso presentan ansiedad, lo que lleva a la conclusión de muchos autores que esta etapa de la vida, presenta un periodo de consolidación, integración y apertura de su ciclo vital. Así mismo dentro de la psicología cognitiva se habla de la percepción de experiencias tempranas que se convierte en cogniciones y manera de ver la vida. La percepción de las experiencias negativas puede tener repercusión en los estados emocionales de los jóvenes, donde se concluye que el impacto percibido de los acontecimientos negativos guarda relación con rasgo de personalidad ansiógena.

Estas cogniciones, interpretaciones de los acontecimientos se convierten en esquemas que regulan la conducta y emociones de las personas. Los Esquemas Maladaptativos Tempranos que se correlacionan con la Ansiedad-Estado son: Abandono, Desconfianza (relacionado con baja autoestima) e Insuficiente Autocontrol (relacionado con los malos hábitos de alimentación). Se establece que en el caso de la desconfianza hacia el abandono y el bajo control de impulsos sea un rasgo fuerte frente a la ansiedad como característica general de la personalidad de esta población. Así como que estos factores de vulnerabilidad posibilitan la aparición de diferentes trastornos psicopatológicos, entre los que se destacan la ansiedad social, y los trastornos de la alimentación (Hinrichsen, Waller y Emanuelli, 2004. Jovev & Jackson, 2004, citado por Castrillón et al, 2005).

Se infiere que existe una simultaneidad entre sobrepeso, Ansiedad, y Esquemas Maladaptativos Tempranos que podrían determinar la aparición de comportamientos que conlleve a un incremento de la masa corporal hasta llegar al sobrepeso y obesidad. No obstante, el diseño de esta investigación no puede verificar hipótesis de casualidad entre las variables, por lo que sería importante continuar con el desarrollo de otros estudios complementarios en la misma línea, que tomaran como referencia y punto de partida esta investigación.

En nuevos estudios se recomienda tener como variable de la muestra el estado civil, ya que la muestra de esta investigación es mínima frente a dicha variable por lo tanto las inferencias no son lo suficientemente sólidas.

Los resultados de la investigación permitieron aportar datos acerca de la caracterización de las personas con sobrepeso, toda vez que se puede decir que un elemento en común entre ellas es la correlación moderadamente significativa entre Esquemas Maladaptativos Tempranos y Ansiedad. De igual manera el perfil identificado debe tenerse en cuenta para la planeación y desarrollo de estrategias de intervención grupal e individual con esta población, especialmente en adolescentes-mujeres, fortaleciendo la reestructuración de esquemas que permitan mayor adaptabilidad social y favorezcan el cambio de emociones negativas como la ansiedad rasgo ante diversos eventos.

Es por tanto que esta investigación permite señalar un camino para posteriores estudios acerca de pautas de caracterización, prevención e intervención de personas con alteraciones relativas a su masa corporal.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, B. E. (2002). Psicología clínica. Facultad de ciencias sociales, humanas y educativas. Universidad nacional, abierta y a distancia. Bogotá Colombia. Editora Guadalupe Ltda. 93-95.

ASOCOFAPSI. (2008). Estudio de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización Psicológica de los usuarios de consulta externa en psicología en diversas universidades de Colombia. 2008. Recuperado el 7 de abril del 2008 de http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2008/prevalencia_trastornos_men.ppt

Aurora, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey México Recuperado el 9 de abril de 2008 de <http://www.psicologiacientifica.com>.

Bahamón, R. (2001). Tratamiento nutricional del paciente obeso. Revista de la salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 33, 174-181.

Beck, A. Freeman A, (1995). Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad. Editorial Paidós, Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Barris, J., Sibel, A., Quiles, I., Bassas, N., Oliveras C. Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos. Unidad Psiquiatría. H. U. Mat-Inf Vall d'Hebron. BCN. Recuperado el 9 de abril de 2008 de http://www.gemasl.com/articles_fixes/Obesitat.pdf

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Ed. Española (1987): *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca, S.
- Bonilla, D. & Ordúz, L. (2001). Perfil Cognitivo según los Esquemas Maladaptativos Tempranos y las Ideas Irracionales de un Grupo de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de Bucaramanga. Requisito parcial para obtener el título en Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.
- Caballo, V. E., López, S. & Ángel, M. (2002). *Manual de Psicopatología clínica infantil y adolescente*. Madrid. Ediciones Pirámide S.A. 63-80.
- Carrillo, F.X., Alcázar, A.I., Fernández, M., Sánchez, J.P., Rodríguez, J. (2002). *Guía de tratamiento psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámides. 62.
- Castañeda, A. Alejos, C. Araoz, L. (2003). *Ansiedad Estado Rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización*. Recuperado el 20 de abril de 2008 de <http://www.psicocentro.com>.
- Casado, M. Camuñas, N. Navlet, R. Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). *Intervención Cognitivo-Conductual en Pacientes Obesos: Implantación de un Programa de Cambios en Hábitos de Alimentación*. *Psicología.com, Revista Electrónica De Psicología* Jul. 1 (1), 79 Párrafos. ISSN 1137-8492. Recuperado el 20 de mayo de 2008 de http://www.Psiquiatria.Com/Psicologia/Vollnum1/Art_2.Htm.
- Castrillón, D. Chaves, L. Ferrer, A. (2005). Validación del Young Questinnaire log form- second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 37, No 3 541-500.

- Crespo, A. Barrio, A. Cabestrero, R. y Hernández, O. (2007). Procesamiento cognitivo y valoración de las nuevas advertencias combinadas antitabaco combinada propuestas por la comisión europea: Estudio empírico de una muestra española. *Revista Clínica y Salud*. Volumen 18 No 127-75-76.
- Coutinho, Walmir. (2001). Consenso Latinoamericano de Obesidad. ABESO.
- Cousineau, P. (2004). Early Maladaptive Schemas Predisposing Anxiety. *Sante Ment Que*. 29 (1), 53-60.
- Foster, Harrison D. (1994). *Principios de Medicina interna*. Madrid España: Editorial Mcgraw-Hill Interamericana.
- Franch, A.M., Redondo, P.M., Morugan, J.M., y Mateo, B. (2005). El comedor escolar punto clave en la estrategia Naos: Papel del pediatra. Departamento de Pediatría. Facultad de medicina. Valladolid. Recuperado el 9 de abril de 2008 de <http://www.gastroinf.com/3.Com%20S-19.pdf>.
- Gattás, M. y Guillen, G. (2006). La ansiedad estado entre árbitros de diferentes modalidades deportivas durante un momento de la temporada regular. Recuperado el 30 de marzo de 2008 de <http://www.webs.ulpgc.es/doctoradopsicologiadeporte>.
- Gómez Y (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 39, número 3, 435-447.
- Gómez, L. (2006). Estado del arte sobre las investigaciones realizadas en la línea de la investigación en psicología clínica y salud mental de la facultad de Psicología de la universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado el 10 de abril de 2008 de <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESISPSICOLOGIACLINICA.pdf>.

Hinrichsen, Hendrik; Waller, Glenn & Emanuelli, Francesca. (2004). Social Anxiety and Agoraphobia in the Eating Disorders: Associations with Core Beliefs. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Nov. 192 (11), 784-787.

Hirschmann, Jane R. & Munter, Carol H. (1997). *Cuando las Mujeres dejan de Odiar sus Cuerpos, Cómo Liberarse de la Tiranía del Culto al Cuerpo*. Editorial Paidós. Primera Edición.

Tutusaus, J. Viñals, F. Puente, M.I y Allende J.I. (2002). La grafología universitaria en España. Recuperado el 19 de abril de 2008 de <http://www.grafologia10.com/grafouniversidad.htm>.

Mercado, R (2004). *Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y ansiedad estado: un estudio electro fisiológico de la actividad cerebral*, Madrid. Recuperado el 20 de mayo del 2008 de http://areas.cs.urjc.es/psicologia/www/Tesis_fmercado.pdf.

Manrique, E. (2003). Antecedentes tempranos y modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermili Valdizan*, vol IV No 2, diciembre de 2003, 43-62.

Manrique, E. (2005). Huayronqos e ima sapras en la vida y obra de Arguedas: Depresión y esquemas maladaptativo tempranos. *Revista de psiquiatría y salud mental Harnan Valdizan*, volumen IV No 2 77-79.

Miguel, J.J. y Cano, A. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad. Adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. *Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P. Área 5.*,270-274.

- Mendivil, C. O, Sierra, I. D. & Pérez, C. E. (2004). Valoración del Riesgo Cardiovascular Global y Prevalencia de Dislipemias según los Criterios del NCEP-ATF III en una Población Adulta de Bogotá, Colombia. *Clínica e Investigación en Arterioesclerosis*, May.-Jun. 16 (3), 99-107. ISSN 02149168.
- Moreno, Del Barrio y Mestre (1995). Ansiedad y Acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología* 1995 volumen 27-número 3 -471-496.
- López-Espinosa, Antonio. (2005). ¿Son las Dietas una “causa” del Sobrepeso? Un Análisis Contrafáctico. *Universitas Psychologica*, Ene.-Jun. 4 (1), 23-29.
- Olivares, S. (2001). Prevención de sobrepeso y Obesidad. Promoción de la Salud y prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA), Universidad de Chile. 93-108.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2004). Centro de prensa: Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 15 de abril de 2008 de <http://http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Padesky, Christine A. (1994). Schema Change Processes In Cognitive Therapy. *Clinical Psychology And Psychotherapy*, Vol. 1, No. 5, P. 267-278.
- Pradilla, A. García, B. (1995). Interacciones entre Alimentación Salud y ambiente. *Colombia Médica*. 26, 93-102.
- Posada A, Buitrago J (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio. Recuperado el 20 de

abril de 2008 de http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf.

Restrepo J. E. (2007). Revista colombiana de psiquiatría, volumen 36 Bogotá. Recuperado el 20 de abril de 2008 de <http://www.imbionet.com>.

Riso W. (2006) Terapia Cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Editorial Norma.

Rivas P, Tapia C. (2007). Estudio sobre las características de personalidad en adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad. Universidad del Mar. Escuela de psicología. Recuperado el 20 de abril de 2008 de http://users.udelmar.cl/loyola/WEBs/psicologia/data/upimages/Articulo_Tesis_Obesidad.pdf.

Romero, F. (2004). Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y la ansiedad estado: Un estudio electrofisiológico de la actividad cerebral. Tesis de grado de la Universidad Autónoma de Madrid.

Seigel, Klaus; Broman, Jan-Erik & Hetta, Jerker. (2004). Problemas de Sueño y Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Mujeres Jóvenes. Eur. J. Psychiat. (Ed. Esp.), Ene.-Mar. 18 (1), 05-13. ISSN 1579-699X.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. cuestionario de Ansiedad estado-Rasgo. STAI. Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A, Madrid.

Tapias S, Alexis. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Rev. chil. nutr., nov. 2006, vol.33 supl.2, p.352-357. ISSN 0717-7518.

Uribe-Merino, José Fernando. (2006). Las Prácticas Alimentarias Relacionadas con la Búsqueda del Ideal Corporal. El Caso de la Ciudad de Medellín (Colombia). *Boletín de Antropología*. 20 (37), 227-250.

Valdes, N. (2003). Consideraciones acerca del estilo del apego y sus consecuencias en la práctica clínica. Recuperado el 8 de abril de 2008 de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2b002.

Young, F. (1999). *Terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad*. Tercera edición, editorial Artmen.

Anexo 1. Batería de pruebas para el presente estudio

INSTRUCCIONES GENERALES

En las universidades de Bucaramanga estamos llevando a cabo un estudio sobre la **relación entre la ansiedad y el sobrepeso. Solicitamos su valiosa colaboración para conseguir los objetivos esperados y le agradecemos su participación.**

Su tarea será sencilla y consistirá en responder cada uno de los cuestionarios. Le solicitamos total sinceridad a la hora de contestar. Sus respuestas serán totalmente anónimas, por tanto se garantiza la confidencialidad de las mismas.

Asegúrese dar respuesta a TODAS las afirmaciones.

A continuación se le van a presentar tres cuestionarios. Responda en el orden en el que aparecen y sin retroceder a revisar sus respuestas. Cada uno de los cuestionarios que se le presenten, tienen sus propias instrucciones. Léalas detenidamente y haga lo que se le indica.

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA CUESTIONARIO

ANTES DE COMENZAR A RESPONDER

CUESTIONARIO No. 1**DATOS DE IDENTIFICACION**

GENERO : Masculino () Femenino ()
 EDAD : _____
 ESTADO CIVIL : Solteros () Casados () Unión Libre ()

Kg.: _____ / M: _____ = IMC: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique como se SIENTE USTED EN GENERAL, es decir, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor indique como se siente Ud. Generalmente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA 1= A VECES 2 = A MENUDO 3 = SIEMPRE

1	Me siento bien	0	1	2	3*
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3

6	Me siento descansado	0	1	2	3*
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3*
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3*
14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3*
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CUESTIONARIO No. 2INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED, AHORA MISMO**, es decir en este momento. No hay repuestas buena ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA 1= A VECES 2 = A MENUDO 3 = SIEMPRE

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3*

12	Me siento nerviosa	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobrecitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

CUESTIONARIO No. 3**INSTRUCCIONES**

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

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

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6

6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo.	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6

20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6

35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustró fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2. Clasificación de peso en adultos de acuerdo con el IMC

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo de Comorbilidad
Bajo peso	De 18.5	Bajo riesgo de otros problemas clínicos
Normal	18.5 - 24.9	
Sobrepeso	25.5 - 29.9	Aumentado
Obesidad clase I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad clase II	35 - 39.9	Severo
Obesidad clase III	40	Muy severo

Tomado de Adipocito. Asociación Colombiana de Obesidad y Metabolismo. Vol. 4. No. 2. Bogotá, 1999

Anexo 3. Tabulación de los resultados de los instrumentos de medición de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y Ansiedad

No.	E. Aband.	E. Insufici.	E. Descon.	E. Depriva.	E. Vulner.	E. Autosa.	E. Estand.	E. Estand.	E. Inhibici.	E. Grande.	E. Inmadu.	Ansie. Estado	Ansie. Rasgo
1	11	11	11	14	10	9	10	6	7	6	4	25	20
2	20	25	21	21	16	17	13	7	5	6	5	26	23
3	14	13	9	17	24	6	12	11	3	9	6	26	25
4	6	8	15	10	9	9	13	6	7	3	2	7	5
5	16	19	21	23	20	13	15	6	9	10	8	23	22
6	16	28	17	15	12	11	17	11	9	12	7	35	32
7	23	10	13	15	12	23	17	14	11	13	10	32	31
8	18	30	27	23	20	15	13	6	4	13	4	36	30
9	6	6	15	27	17	14	21	13	5	3	7	10	7
10	21	20	16	11	16	11	13	12	7	5	5	27	27
11	6	10	5	11	12	15	13	5	3	4	6	8	5
12	16	11	9	6	18	9	5	7	6	6	2	15	6
13	9	9	14	8	17	12	15	8	4	6	5	10	7
14	6	6	10	5	15	10	4	3	3	3	2	1	0
15	15	17	18	22	15	20	17	12	5	6	5	21	30
16	15	19	17	23	23	13	11	12	4	3	10	27	15
17	21	10	5	10	10	12	12	7	10	9	4	24	13
18	13	16	19	17	16	12	14	7	5	5	4	28	26
19	21	10	21	11	22	14	13	13	9	13	7	21	8
20	13	9	11	17	18	5	9	4	3	5	3	19	9
21	16	6	5	5	24	4	14	13	3	3	7	3	5

22	33	26	16	15	23	9	20	12	3	13	9	43	45
23	13	13	7	17	13	6	12	12	11	3	3	17	32
24	20	15	14	12	15	15	18	10	6	4	4	14	8
25	9	12	17	15	18	11	20	12	7	6	3	13	11
26	16	22	13	12	11	11	17	10	8	8	4	23	21
27	22	24	18	9	13	11	8	9	9	9	6	26	35
28	18	10	11	9	13	8	8	3	5	4	2	15	13
29	22	13	26	16	24	24	16	14	3	3	2	26	3
30	6	6	5	6	17	8	7	3	6	4	2	11	3
31	23	27	25	11	15	9	16	6	13	15	9	35	32
32	16	9	18	24	22	9	24	18	9	15	12	33	19
33	10	9	10	9	13	7	10	6	7	6	6	10	5
34	22	13	13	12	12	6	10	7	6	4	7	13	3
35	16	26	15	19	10	16	12	7	7	8	2	11	5
36	10	17	16	17	14	13	14	10	8	9	5	21	18
37	8	9	15	14	12	12	8	8	10	8	4	8	4
38	11	17	12	9	21	9	16	8	6	8	7	11	9
39	7	7	6	8	24	12	12	7	4	7	2	14	4
40	10	10	10	9	20	13	14	11	4	5	4	14	18
41	8	6	7	7	20	10	7	5	9	5	4	6	0
42	14	14	20	12	20	10	9	12	3	3	6	19	0
43	11	10	9	16	14	13	14	6	6	4	6	7	11
44	14	23	13	21	23	15	17	10	4	8	22	19	3
45	13	7	13	5	19	7	12	5	3	4	4	6	1
46	6	6	12	22	24	9	15	14	4	3	2	5	6
47	26	32	18	25	24	4	19	14	17	17	9	15	9

48	22	21	20	20	19	13	9	3	7	5	3	42	44
49	11	11	11	14	10	9	10	6	7	6	4	25	20
50	19	23	16	17	14	13	19	10	6	8	4	18	27
51	8	8	8	6	6	6	7	3	7	4	3	18	18
52	12	6	7	5	10	4	4	5	5	10	7	14	3
53	11	10	15	22	17	12	11	9	7	7	5	17	21
54	11	15	5	5	20	5	8	7	3	3	2	25	35
55	6	7	7	8	8	4	10	5	6	8	7	4	1
56	18	20	18	14	22	10	12	10	11	5	4	23	16
57	18	24	18	13	21	15	20	15	5	4	2	38	35
58	35	25	24	9	22	18	22	8	6	12	9	41	43
59	15	18	15	25	18	7	9	6	4	5	3	16	9
60	11	16	11	11	15	15	14	8	9	6	6	14	21
61	9	9	11	10	13	8	10	8	4	3	5	21	3
62	10	11	5	9	15	8	8	6	3	3	2	21	25
63	16	9	14	5	16	20	8	7	5	3	6	21	10
64	13	16	16	14	19	9	21	11	6	5	5	16	21
65	6	8	13	12	15	13	7	5	3	3	2	14	10
66	17	25	18	23	13	14	17	12	8	11	5	21	22
67	6	6	11	5	8	4	9	3	5	3	2	6	13
68	15	9	19	7	13	15	14	7	7	3	3	13	7
69	6	6	5	5	10	7	6	5	3	4	2	0	0
70	23	13	22	8	16	12	9	9	9	10	11	38	25
71	10	9	10	8	12	11	11	10	6	5	3	28	15
72	8	9	13	5	17	12	22	14	9	10	7	8	9
73	11	14	10	9	18	7	11	8	6	6	4	22	15

74	6	6	5	6	11	6	7	3	3	3	6	11	0
75	29	33	20	19	19	7	13	14	9	9	12	7	6
76	8	6	9	5	14	10	9	8	7	5	6	13	18
77	6	7	7	7	7	10	11	12	11	8	2	9	1
78	28	34	24	17	18	13	12	15	9	9	12	29	28
79	7	6	6	8	8	5	5	3	3	3	2	13	14
80	21	11	25	15	15	12	18	10	3	4	6	29	44
81	19	17	12	19	6	16	6	11	15	14	9	16	17
82	19	15	11	20	15	12	9	17	12	15	9	35	30
83	19	19	30	22	23	16	16	9	6	9	9	33	30
84	14	13	8	12	12	11	7	10	6	7	5	29	22
85	22	21	13	11	13	11	15	9	10	7	5	31	28
86	8	9	12	11	15	6	11	6	5	10	11	6	6
87	16	17	13	19	17	17	11	14	8	6	7	14	16
88	9	9	14	9	5	12	14	10	6	10	2	14	0
89	9	7	10	6	24	7	9	4	3	5	2	13	10
90	23	25	21	22	13	19	19	10	11	7	7	27	17
91	7	6	6	8	9	6	5	4	3	3	2	10	6
92	16	20	12	12	19	8	9	8	7	6	5	21	13
93	16	21	17	24	24	18	21	16	8	6	7	28	34
94	13	13	10	21	16	13	21	10	4	4	4	19	22
95	15	13	16	16	23	18	19	14	3	5	2	16	17
96	26	19	22	20	19	22	21	16	8	16	6	35	55
97	16	20	21	15	13	16	14	11	10	13	9	36	34
98	13	14	13	12	13	11	10	9	6	6	4	26	30
99	11	9	7	10	17	8	12	5	4	3	2	12	4

100	13	21	14	6	16	14	11	9	7	8	6	11	20
101	24	23	9	12	13	8	18	8	6	6	4	22	24
102	15	10	8	7	11	7	7	4	7	4	3	8	9
103	24	23	5	7	7	9	6	5	6	4	4	38	26
104	17	30	17	10	20	13	12	15	9	6	6	48	39
105	20	21	16	21	13	17	14	10	16	7	6	34	31
106	10	11	15	12	11	18	9	9	6	9	3	23	23
107	13	12	22	25	22	14	18	11	9	12	3	15	6
108	13	9	6	11	9	5	8	7	4	3	4	25	10
109	13	15	16	10	14	5	10	10	6	6	5	33	30
110	10	11	8	8	10	9	8	7	7	6	4	24	7
111	22	12	16	22	17	16	20	4	6	9	7	23	10
112	26	29	23	26	20	20	20	15	17	15	8	32	23
113	12	15	12	9	11	10	12	10	7	6	5	14	5
114	8	19	16	13	16	10	8	8	9	11	6	19	15
115	31	34	23	25	24	9	18	18	16	16	10	39	29
116	6	6	5	7	9	7	7	3	3	3	2	0	3
117	7	7	10	12	11	12	13	7	4	4	4	10	1
118	12	8	5	6	8	6	9	4	4	4	2	11	3
119	25	26	23	21	12	13	14	10	11	11	8	33	27
120	13	7	7	7	6	4	4	5	5	5	2	26	28
121	25	25	17	20	19	17	14	9	9	10	7	33	32
122	7	7	5	5	4	4	7	3	3	6	4	21	30
123	9	8	14	14	12	6	19	12	7	7	9	20	14
124	6	8	9	8	16	8	10	5	3	3	2	8	5
125	21	19	16	16	21	13	16	15	9	18	12	40	36

126	9	12	10	11	18	15	15	6	10	4	2	6	3
127	14	13	25	24	24	13	14	13	3	9	4	8	4
128	6	10	12	13	14	17	20	13	12	7	5	9	6
129	9	9	8	5	10	9	6	7	6	7	4	11	11
130	8	14	5	7	12	4	9	4	5	5	3	14	16
131	7	6	5	13	9	11	17	7	5	4	3	14	15
132	12	9	14	12	13	13	15	8	8	5	6	10	10
133	27	31	24	20	22	8	18	10	14	8	9	31	17
134	6	6	9	5	17	6	13	8	4	8	4	21	15
135	13	11	7	5	14	6	9	8	4	4	2	21	13
136	22	7	15	13	14	5	7	10	6	6	3	15	11
137	18	19	25	20	11	12	19	12	13	13	7	36	38
138	7	7	5	6	19	8	7	9	4	4	3	8	8
139	17	29	28	28	23	12	19	13	6	10	5	34	38
140	15	18	24	16	11	11	15	11	13	7	8	27	5

Anexo 4. Baremos STAI: adolescentes y adultos – varones y mujeres

Centiles	Puntuaciones Directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	37	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	24	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18		15	15	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23			15		13		14		4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11			12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,3	23,28	23,42	20,54	20,19	23,3	24,99	Media
Desviación	11,03	8,53	10,56	9,1	10,56	8,89	11,93	10,05	Desviación