

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud.

Esquemas desadaptativos tempranos como variables predictoras de la sintomatología ansiosa en una muestra clínica

Autor: Bach. Pacheco Araoz, Alberto Sebastián

Asesor: Mg. Okumura Clark, Alvaro Jesús

LIMA – PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general.....	15
1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3 Importancia y justificación del estudio.....	16
1.4 Delimitación del estudio.....	17
1.5 Objetivos de la investigación.....	18
1.5.1 General.....	18
1.5.2 Específicos.....	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Marco histórico	19
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema	21
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	25
2.3.1 Ansiedad	25
2.3.2 Esquemas desadaptativos tempranos (EDT)	28
2.3.3 Asociación y predicción de las dimensiones en la ansiedad.....	34
2.4 Definición operacional de las variables, dimensiones e indicadores	37
2.5 Hipótesis.....	42
2.5.1 Hipótesis general.....	42
2.5.2 Hipótesis específicas.....	42
2.6 Variables.....	44
III. MARCO METODOLÓGICO	45
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación.....	45
3.2 Población y muestra	45
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
3.3.1 Ficha sociodemográfica.....	51
3.3.2 Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20).....	52
3.3.3 Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3).....	53

3.4 Descripción de procedimientos de análisis de datos	56
IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	64
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1 Conclusiones.....	70
5.2 Recomendaciones.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	82
Anexo 1: Declaración de autenticidad.....	82
Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación.....	83
Anexo 3: Ficha sociodemográfica virtual de Google Forms.....	84
Anexo 4: Consentimiento informado virtual de Google Forms.....	85
Anexo 5: Cuestionario de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20).....	86
Anexo 6: Cuestionario de la adaptación peruana del (YSQ-S3).....	87
Anexo 7: Autorización para aplicar la (EAL-20).....	92
Anexo 8: Autorización para aplicar la adaptación peruana del (YSQ-S3).....	92
Anexo 9: Matriz de consistencia.....	93
Anexo 10: Matriz de operacionalización.....	95
Anexo 11: Tablas e histogramas para identificar la curva de normalidad	96
Anexo 12: Gráficos de dispersión	100

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 3. Distribución de la muestra según el estado civil.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 4. Distribución de la muestra según el grado de instrucción.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 5. Distribución de la muestra según el tiempo de tratamiento clínico.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 6. Distribución de la muestra según el hecho de recibir medicación con el fin de disminuir síntomas relacionados con la ansiedad</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 7. Resultados descriptivos de las cinco dimensiones de los EDT y de la variable ansiedad.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 8. Pruebas de normalidad de las cinco dimensiones de los EDT y de la variable ansiedad.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 9. Correlaciones entre las dimensiones y la variable ansiedad con el coeficiente rho de Spearman.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 10. Correlaciones entre las dimensiones y la variable ansiedad con el coeficiente tau b de Kendall.....</i>	<i>63</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Histograma de la normalidad de la dimensión de Desconexión y rechazo....</i>	<i>96</i>
<i>Figura 2. Histograma de la normalidad de la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño.....</i>	<i>97</i>
<i>Figura 3. Histograma de la normalidad de la dimensión de Límites deficitarios.....</i>	<i>97</i>
<i>Figura 4. Histograma de la normalidad de la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás.....</i>	<i>98</i>
<i>Figura 5. Histograma de la normalidad de la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición.....</i>	<i>98</i>
<i>Figura 6. Histograma de la normalidad de la variable ansiedad.....</i>	<i>99</i>
<i>Figura 7. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Desconexión y rechazo.....</i>	<i>100</i>
<i>Figura 8. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño.....</i>	<i>100</i>
<i>Figura 9. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Límites deficitarios.....</i>	<i>101</i>
<i>Figura 10. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás.....</i>	<i>101</i>
<i>Figura 11. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición.....</i>	<i>102</i>

RESUMEN

Los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) son patrones sólidos de pensamiento agrupados en dimensiones en función a una misma temática central, y que influyen en las interpretaciones cognitivas frente a contextos intrapersonales como interpersonales. Estos patrones promueven en las personas la manifestación de interpretaciones disfuncionales, generando como consecuencia una serie de manifestaciones psicológicas, entre ellas la sintomatología ansiosa. La presente investigación buscó identificar si es que las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos eran variables predictoras de la ansiedad. Para ello, se evaluó a 80 participantes de una muestra clínica empleando un método de muestreo por conveniencia. Para la obtención de datos, se utilizaron la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-S3). Los resultados revelaron que sí existe una correlación no lineal significativa entre todas las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos con la sintomatología ansiosa ($p < .001$). En este punto cabe mencionar que la dimensión con mayor grado de relación con la ansiedad fue la dimensión denominada Dirigido por las necesidades de los demás, lo cual sugiere que la tendencia a priorizar los requerimientos ajenos por encima de las propias necesidades, conducida por el temor a perder la aprobación ajena, puede conducir al desarrollo de síntomas ansiógenos.

Palabras clave: *Dimensiones, esquemas desadaptativos tempranos, ansiedad, muestra clínica.*

ABSTRACT

Early maladaptive schemes (EDT) are solid patterns of thought grouped in dimensions that have the same theme, and they influence the cognitive interpretations in intrapersonal and interpersonal contexts. This many times leads some people to interpret situations dysfunctionally and that opens the way to experiencing anxious symptoms. The present investigation wanted to identify if the dimensions of the schemes were related to the anxiety variable. For this, 80 participants were evaluated as a clinical sample using a convenience sampling method. For this, the Lima Anxiety Scale (EAL-20) and Young's Scheme Questionnaire (YSQ-S3) were used. The results revealed that there is a significant non-linear correlation between all the dimensions of the early maladaptive schemas with anxiety symptoms ($p < .001$). At this point, it is worth mentioning that the dimension with the highest degree of relation to anxiety was the dimension called Directed by the needs of others, which suggests that the tendency to prioritize the requirements of others over one's own needs, driven by fear losing the approval of others can lead to the development of anxiety symptoms.

Keywords: Dimensions, Early maladaptive schemes, Anxiety, Clinical sample.

INTRODUCCIÓN

Desde inicios del siglo XX, en el área de la psicología, existe un notorio interés por lo referido a la ansiedad, buscándose generar un mayor conocimiento científico en esta temática. No obstante, a lo largo de su estudio, se han presentado dos inconvenientes principales: La confusión conceptual de la variable y los conflictos metodológicos para tratarla (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Estas dificultades abrieron paso a variados modelos explicativos de la ansiedad.

Los enfoques cognitivos han destacado y brindado un gran aporte en las áreas de evaluación e intervención frente a esta variable. Algunos representantes que resaltan hacen hincapié en que lo que genera la ansiedad en las personas no es necesariamente lo que les ocurre, sino en la interpretación del suceso, por lo que buscan identificar los pensamientos disfuncionales y reestructurarlos con el fin de que sean reemplazados por pensamientos más adaptativos y saludables (Beck, 1985; Ellis, 2000).

En esta línea, también se hace referencia a los esquemas, los cuales Young (1999), define como patrones sólidos de pensamientos que influyen en las interpretaciones que se tienen acerca de uno mismo y de la interacción social. Sostiene que estos están compuestos por cogniciones y emociones inconscientes porque se desarrollan desde los primeros años de vida, por lo cual, existen algunos que son adaptativos y otros que no lo son. Dicho esto, cabe aclarar que los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) son patrones poco funcionales y obstaculizadores a nivel cognitivo, afectivo y conductual que se originaron desde los primeros años de vida pero que se siguen manteniendo a lo largo de esta (Young y Klosko, 2007).

Este aporte contribuye al entendimiento y abordaje de las dificultades emocionales a través del enfoque cognitivo y de un análisis del desenvolvimiento

personal en los diferentes contextos de vida. Tomando en cuenta que las creencias de los individuos así como sus emociones y respectivas conductas están interrelacionadas (Cabezas y Lega, 2006); y que las interpretaciones constantes e inmutables traen consigo consecuencias intrapersonales e interpersonales dentro del ambiente en que se presentan, se puede deducir que son indicadores transdiagnósticos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Esta información no sólo es fundamental para afrontar la confusión conceptual anteriormente mencionada, sino que incluso puede abrir paso a diferentes alternativas de intervención en lo que a los síntomas ansiógenos se refiere. Por tal motivo, es esencial profundizar y dejar en claro si es que realmente existe una correlación y predicción entre los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) de las personas, y su sintomatología ansiosa disfuncional.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

A pesar de su complejidad, se puede afirmar, sin mayor objeción, que la ansiedad es un constructo esencial y altamente prevalente en lo que a la salud mental se refiere. A nivel internacional, se ha calculado que aproximadamente el 10% de la población mundial padece de algún trastorno ansioso, de los cuales solo el 27,6% pasaron por algún tipo de intervención (Villanueva, Pantani, Rosas, Lozano y Ticse, 2019). Por otra parte, a nivel nacional, estos mismos autores sostienen que en el Perú, los trastornos ansiosos tienen una prevalencia actual de 1,9%, no obstante, no suelen ser diagnosticados a su debido tiempo, por lo que se usualmente se termina postergando todo tipo de intervención.

Al intentar clasificarse las características ansiógenas, Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018), determinaron las siguientes dimensiones principales de los trastornos de ansiedad: Fobia social (miedo de relacionarse con otros individuos), ansiedad psíquica (sensación de angustia y miedo sin razón aparente), síntomas físicos (síntomas orgánicos como las dificultades para respirar, sensación de inestabilidad, etc.), y agorafobia (temor a salir de casa, a espacios públicos o con muchas personas y a los espacios cerrados). En lo que se refiere a prevalencias de estas manifestaciones, Cejudo y Fernández (2017), sostienen que la fobia social se presenta en un rango entre 5% y 8%, lo cual lo hace el trastorno de ansiedad más común. Asimismo, Gómez (2012) recalca que la agorafobia tiene una prevalencia anual del 0.3%, y que afecta principalmente a las mujeres (distribución por sexos de 2:1 en relación a los hombres).

Al describirse la ansiedad, esta es comúnmente relacionada con un incremento de la tensión en el organismo, provocado por la activación biológica y psíquica, ante un estímulo, ya sea existente, supuesto o adelantado, el cual se interpreta como peligroso y

siendo el factor temporal de esta manifestación una variable importante a considerar (Sarudiansky, 2013). Este estado de inquietud, usualmente incómodo, está compuesto de síntomas cognitivos y fisiológicos, que, al superar ciertos parámetros como la intensidad, frecuencia o duración, pueden afectar a la persona primordialmente en su funcionalidad (Sierra et al., 2003).

Debido a las dificultades que genera la sintomatología ansiosa disfuncional, se ha buscado identificar las posibles causas que la generan. Cuando son abordadas con herramientas poco eficaces, describiéndose a enfoques o estrategias poco adaptativas, estas pueden ocasionar mayores repercusiones negativas que positivas (Morales, Pérez y Menares, 2003).

Existen distintos modelos explicativos eficaces en la conceptualización e intervención de la ansiedad. Entre los modelos cognitivos, los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) son una propuesta bastante interesante que, a través de sus cinco dimensiones, describe el origen de las dificultades personales. Este modelo presenta a los esquemas como elementos centrales en el posible desarrollo de problemáticas emocionales tales como la ansiedad, o incluso hasta trastornos psicológicos de mayor complejidad (Matute, 2019).

Muchas investigaciones proponen la relación entre ciertos esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y el malestar ansiógeno. Específicamente, se observa una asociación entre los EDT y desajuste psicológico (incluyéndose sintomatología ansiosa). Ello se explica principalmente por estrategias de afrontamiento basados en repetir el patrón del esquema (es decir, “seguir lo que el esquema dictamine”), o debido a conductas de distanciamiento o evitación (Cámara y Calvete, 2010). Se sostiene también que muchos casos de ansiedad se deben a que los esquemas generan que, la

persona se focalice en el procesamiento de estímulos negativos e ignore aquellos elementos positivos y seguros (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2009).

En la misma línea, otros tipos de análisis identifican cierto grado de predicción entre los EDT sobre la ansiedad. Con respecto a ello, se puede decir que los EDT como Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Inhibición Emocional, Abandono/Inestabilidad e Imperfección/Vergüenza son variables predictoras positivamente significativas de la ansiedad en niños de 8 a 13 años de edad. Se halló también que todos los EDT se correlacionaban de manera positiva con el nivel de ansiedad total (Sánchez, Andrade y Lucio, 2019).

Por su parte, De La Cruz (2019) en su investigación acerca de la prevalencia de los esquemas maladaptativos tempranos en adolescentes con bajo, medio y alto nivel de conducta antisocial en una institución educativa del Callao, pudo notar que en el grupo de participantes con conducta antisocial de nivel alto y con antecedentes personales de enfermedad manifestaban en una prevalencia del 87.5% los esquemas Autocontrol insuficiente/autodisciplina, Metas inalcanzables/hipercriticismo, Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento, y Negativismo/Pesimismo. En cambio, en los adolescentes con conducta antisocial alta que no tenían antecedentes personales de enfermedad, el esquema con mayor prevalencia es el de Autocontrol insuficiente/autodisciplina, con un nivel del 92.0%.

De igual manera, con respecto a la población adulta, Castro (2015), planteó como principal objetivo el poder identificar qué esquemas son predictores de síntomas ansiógenos, frente a lo cual confirmó una notoria asociación entre el estado de ansiedad de los participantes y el esquema de Inhibición emocional.

Más específicamente, priorizando las dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT), cabe resaltar su importancia ya que éstas explican patrones de

pensamientos que se generan desde la infancia, y que influyen en el modo en que perciben sus experiencias vitales, incrementando las consecuencias negativas de éstas Trevejo y Diaz (2020). Cada dimensión evidencia necesidades urgentes de los infantes vinculadas con la adaptación. Asimismo, éstas son las que agrupan a los esquemas según determinadas temáticas y van conduciendo el desarrollo interpersonal adulto (Rodríguez, 2009).

Existen variadas investigaciones en muestras clínicas que identifican la predicción entre dimensiones y determinadas psicopatologías tales como anorexia nerviosa (Pelaez y Vega, 2018), síntomas depresivos (Ribeiro, Dos Santos, Cazassa y da Silva Oliveira, 2014), diagnóstico dual (Carvajal y García, 2015) y en organización de significado personal depresiva (León, Salazar y Puerta, 2013). Más específicamente, aterrizando en lo que respecta a la ansiedad, Villacob (2015) sostiene que cada dimensión o dominio, se puede establecer teniendo una base cognitiva y desarrollar trastornos de ansiedad, cuyos síntomas se manifiestan ante la interpretación subjetiva de estímulos percibidos como aversivos.

Teniendo en cuenta la información mencionada anteriormente, se puede notar que existen razones suficientes para creer que la presencia de las dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) tienen una influencia esencial en el posible desarrollo de la sintomatología ansiosa. De ser así, no sólo se podrían abordar los síntomas de una mejor manera, sino que incluso se podría hasta prevenir que estos lleguen a ser disfuncionales. Por tal motivo, a lo largo del presente estudio, se buscará responder a esta problemática con las siguientes interrogantes, tanto la principal como las específicas:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos podrían considerarse como variables predictoras de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?
- ¿La dimensión de desconexión y rechazo podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?
- ¿La dimensión de deterioro en autonomía y desempeño podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?
- ¿La dimensión de límites deficitarios podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?
- ¿La dimensión de dirigido por las necesidades de los demás podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?
- ¿La dimensión de sobrevigilancia e inhibición podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?

1.3 Importancia y justificación del estudio

La presente investigación evidencia considerables implicancias beneficiosas.

En primer lugar, con respecto al aspecto teórico, la investigación permitiría confirmar o contrastar teorías cognitivas con respecto al origen, funcionamiento e implicancias de la ansiedad en las personas. Esto no sólo abriría las puertas a una mayor profundización, sino especialmente, a la obtención de una noción más clara del fenómeno, y así, aplicar medidas que propicien una mejor calidad de vida en las personas.

De igual manera, también se darían esenciales implicancias prácticas como contribuir con propuestas de tratamientos en base a los nuevos conocimientos aportados. Ello daría paso a la prevención y reducción de la sintomatología ansiosa a nivel nacional. En el Perú, los trastornos de ansiedad alcanzan una prevalencia vital de 10.5 % (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018), por lo tanto, se requieren de tratamientos basadas en evidencias científicas e investigativas.

Finalmente, también contará con una adecuada utilidad metodológica, ya que el estudio de la ansiedad siempre ha presentado tanto confusión conceptual como dificultades metodológicas para abordarla (Sierra, et al., 2003). Asimismo, por su parte, Young (2005) confirma la adecuada confiabilidad y estructura factorial de la última versión de su cuestionario.

Tomando en cuenta a ambas fuentes, el presente estudio podría permitir una mejor elección y profundización en lo que a los instrumentos y procesos de investigación e intervención se refiere.

1.4 Delimitación del estudio

Con respecto a la delimitación espacial, cabe decir que el estudio se realiza en Lima-Perú, sin embargo, la aplicación virtual de la recolección de datos también permite que personas que residen en provincia puedan participar del estudio siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Por otra parte, en cuanto a la delimitación temporal, cabe decir que el estudio se realiza en el año 2020, un año particular a nivel mundial, debido a la crisis generada por la pandemia del Coronavirus. Debido a ello, se recomienda el aislamiento social y evitar todo tipo de contacto físico, por lo cual, las alternativas virtuales se presentan como las más sugeridas. Por tal motivo la recolección de datos de la presente investigación también se hará de esa manera a través del programa Google Forms.

Finalmente, tomando en cuenta la delimitación teórica, cabe decir que lo siguiente: En primer lugar, respecto a la variable de la ansiedad, los autores adoptan un enfoque clínico de la misma, por lo que incluso profundizan mucho en lo que son los trastornos de ansiedad; por ende, ofrecen dimensiones que se basan principalmente en una propuesta sintomatológica. En segundo lugar, referente a la variable de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT), cabe decir que se adopta un enfoque cognitivo, lo cual le da una mayor relevancia a las creencias instauradas que tienen las personas; asimismo, se toma en cuenta la historia personal de vida de cada individuo, ya que es ésta la que permite forjar dichas cogniciones en el sistema personal de pensamiento.

En referencia a algunas limitaciones del estudio, si bien es cierto que se está realizando la propuesta de un estudio de regresión lineal (es decir analizar la influencia o predicción estadística de una variable sobre la otra), no se puede asumir la causalidad entre elementos. Ello sería importante de considerar en lo que respecta al diseño del estudio.

Por otra parte, durante el proceso de administración de instrumentos, pueden existir sesgos de respuesta, principalmente la deseabilidad social. Para contrarrestar ello, se realizarán las evaluaciones de manera anónima y con el apoyo de otras personas para su calificación.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 General:

- Determinar el grado en que las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos predicen la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.

1.5.2 Específicos:

- Identificar las relaciones entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- Identificar el grado en que la dimensión de desconexión y rechazo predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- Identificar el grado en que la dimensión de deterioro en autonomía y desempeño predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- Identificar el grado en que la dimensión de límites deficitarios predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- Identificar el grado en que la dimensión de dirigido por las necesidades de los demás predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- Identificar el grado en que la dimensión de sobrevigilancia e inhibición predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco histórico

La ansiedad puede ser considerada como una respuesta vital adaptativa, por ello es una pieza fundamental en la existencia humana y un tema de suma importancia para la psicología. A pesar de ello, esta se viene tratando desde 1920 a través de variados puntos de vista teóricos (Merlo, 2015). Este concepto proviene del latín *anxietas* que significa aflicción, y consiste en un estado de molestia psicofísica distinguido por una sensación de intranquilidad e inseguridad, siendo esta percibida como amenaza (Castellanos y Estrella, 2012).

Este concepto ha sido desarrollado a través de una gran variedad de perspectivas. En un principio, la ansiedad fue vista como un estado emocional y fisiológico temporal, como un rasgo de personalidad y como el motivo de un comportamiento. En la década de los años cincuenta, fue conceptualizada como un dolor de sobreexcitación y descrita como lo que impregna todo, provocando que la persona continúe “en este estado de modo continuo y sin motivo justificado”.

En la siguiente década, se propuso la teoría tridimensional de la ansiedad, la cual sostiene que las emociones se expresan mediante reacciones congregadas en tres diferentes categorías que se relacionan cercanamente: Cognitiva, fisiológica y motora. Gracias a esto, se empezó a concebir la ansiedad como un patrón de comportamiento representado por sentimientos subjetivos de tensión, pensamientos y activación fisiológica, como réplica a estímulos tanto internos como externos (Merlo, 2015).

Además, la ansiedad, ha sido presentada como una respuesta adaptativa de urgencia ante circunstancias que pueden amenazar a la integridad del individuo, aplicando un conjunto de componentes defensivos expresados en la estimulación del sistema nervioso

simpático y de la correspondiente liberación de catecolaminas, encargadas de una gran parte de los síntomas fisiológicos que conforman la reacción ansiosa (Merlo, 2015).

Por su parte, en la década de los ochenta, Rachman (1984), propuso que la ansiedad corresponde a una reacción condicionada, anticipatoria y funcional y que tiene un carácter irracional, puesto que, se origina frente a circunstancias sin un peligro real. Dicho esto, cabe afirmar que la ansiedad es de mucha utilidad para la vida cotidiana, sin embargo, algunos individuos la sufren frente a contextos que no evidencian motivo externo aparente (Castellanos y Estrella, 2012).

Habiendo hecho alusión a estos aspectos, se puede sostener que la ansiedad responde a una amenaza indeterminada e imaginaria. En muchos casos, esta se distingue por su inquietud. Esto quiere decir que el individuo ansioso se anticipa a las dificultades (incluso las no existentes), abriendo paso a diferentes manifestaciones clínicas (Sierra, et al., 2003).

En el plano de la neurobiología, cabe mencionar que las personas cuentan con un sistema neuronal que busca cuidar la vida en base a conductas vinculadas con las emociones. La estructura encargada de estas respuestas es el sistema límbico dirigido y regulado por la amígdala y el locus ceruleus. En el mismo plano cabe destacar que el ingreso sensorial de un estímulo condicionado de peligro, se traslada a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y viaja al núcleo central de amígdala, el cual dispersa la información, regulando la reacción autonómica y de conducta. Este proceso permite una reacción motoresquelética para escapar o arremeter, el aumento de la frecuencia respiratoria, la activación del sistema nervioso simpático, y la liberación de norepinefrina, la cual abre paso a las reacciones físicas de estrés (Reyes-Ticas, 2010).

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema

En cuanto a los aportes internacionales, cabe iniciar recordando que se estima que el 3,6% de la población mundial padecía desórdenes de ansiedad en el año 2015 (un incremento del 14,9% tomando como referencia los datos del año 2005). En este punto, cabe resaltar que la ansiedad se presenta más en las mujeres (4,6%) que en los hombres (2,6%); más específicamente en el territorio de las Américas, se calcula que el 7,7% de las mujeres la padece, mientras que se hace presente en el 3,6% de los varones (“OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años”, 2017).

Asimismo, también en el plano internacional, Alcántara-Jiménez y García-López (2017) aportan afirmando que los enfoques cognitivos se basan en la idea de que la persona con ansiedad posee un esquema cognitivo desadaptativo, que impulsa pensamientos específicos y permanentes y se encuentran relacionados con determinadas bases atencionales. En este punto, agregan que la percepción e interpretación cognitiva que la persona tiene con respecto a determinadas circunstancias o estímulos, se determinan por un sistema constante que se conforma por concepciones de uno mismo y del mundo que le rodea.

Más específicamente, considerando lo que a dimensiones de esquemas se refiere, Pelaez y Vega (2018) resaltan que la dimensión de sobrevigilancia e inhibición se hace presente de modo constante en las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa. Por su parte, León Salazar y Puerta (2013), sostienen que en la organización de significado personal depresiva, la dimensión que se manifiesta con mayor fuerza es la de desconexión y rechazo. También haciendo referencia a la importancia de las dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT), Carvajal y García (2015) comentan que en adolescentes con diagnóstico dual (trastorno por uso de

sustancias acompañado de otro trastorno mental o psicológico), las dimensiones que más se hacen presentes son las de límites deficitarios y en la de deterioro en autonomía y desempeño.

También en este punto de las dimensiones, Ribeiro, dos Santos, Cazassa y da Silva Oliveira (2014) resaltan que sí existe una correlación estadísticamente significativa con los síntomas depresivos: Dimensión de Desconexión y Rechazo ($r=0.66$, $p<.001$), dimensión de deterioro en autonomía y desempeño ($r=0.65$, $p<.001$), dimensión de dirigido por las necesidades de los demás ($r=.44$, $p<.001$), dimensión de sobrevigilancia e inhibición ($r=.42$, $p<.001$), y dimensión de límites deficitarios ($r=.54$, $p<.001$).

En este mismo plano internacional, en referencia a la relación de esta variables con la ansiedad, Shariati, Shariatnia y Daryoush (2014), proponen una investigación acerca de la correlación entre la ansiedad y los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) en estudiantes, identificándose una relación significativa y directa entre la mayoría de EDT y ansiedad (coeficientes r entre .23 a .47, $p<.01$). De manera detallada, agregan que mientras el esquema de Imperfección/vergüenza predice significativamente la ansiedad, el Autosacrificio tiene una correlación inversa con los síntomas ansiógenos. Agregan también que los EDT pudieron explicar el 32.5% de las variaciones de ansiedad encubierta y el 14.9% de ansiedad manifiesta en la muestra. Además, Hawke y Provencher (2012) realizaron un estudio con el fin de validar la adaptación franco-canadiense de la tercera versión del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3). En éste pudieron notar que era una herramienta sólida de medición; asimismo, pudieron afirmar que el esquema de Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad se relaciona notoriamente con la presencia de trastornos de ansiedad.

En lo que se refiere a las investigaciones en el plano nacional, García (2014), realizó una investigación referente al personal de salud, para así poder identificar el nivel de correlación entre determinadas creencias irracionales y los niveles de ansiedad en estudiantes de medicina humana. Se hallaron las siguientes asociaciones significativas. En lo referido a la ansiedad rasgo, se identificó que el 19% de los evaluados alcanzaron un nivel alto, el 51% un nivel medio y el 30% un nivel bajo. En lo que a la ansiedad estado se refiere, se encontró que el 15% de los evaluados alcanzaron un nivel alto, el 59% un nivel medio y el 26% un nivel bajo. Se concluyó que la ansiedad estado se encuentra con mayor posibilidad de encontrarse junto a las creencias irracionales con una dependencia evidenciada con un X^2 calculado de 297.51 y un X^2 tabular de 31.41, teniendo 20 grados de libertad ($gl=20$) y 0.05 de nivel de significancia ($p<.05$). Más específicamente, la idea referida a la necesidad de afecto se relaciona tanto con la ansiedad rasgo como con la de estado. Asimismo, las creencias relacionadas al determinismo de los hechos y evitación de problemas se asocian más a la ansiedad rasgo, mientras que la idea relacionada al ocio indefinido, está más relacionada con la ansiedad estado.

Por su parte, Córdova y Santa María (2018) realizaron una investigación en la que buscaron determinar los niveles de ansiedad en pacientes odontológicos. Se pudo conocer que el 20% presentó ansiedad moderada y el 16,7% ansiedad severa. En este punto, se hallaron niveles de ansiedad moderado y severo en el 30% de las mujeres y en el 43,3% de los hombres. En la misma línea nacional, Salazar (2015) estudió a 104 pacientes hospitalizados por una enfermedad orgánica en el Hospital Nacional Dos de Mayo. En dicha investigación descriptiva pudo concluir que la ansiedad se presentaba en el 23,1% de los participantes. Más específicamente cabe decir que se manifestaba en el 26.92% de las mujeres y en el 19,25% de los varones.

También en el plano local, Gargurevich (2019), en su investigación de EDT en jóvenes con Educación Superior Pertenecientes y No Pertenecientes a las Fuerzas Armadas, concluyó que existen diferencias en los esquemas de desconfianza y abuso, dependencia y normas inalcanzables entre el grupo de militares y el de universitarios, divergencia en la que lidera la puntuación del grupo de militares. Con respecto al grupo de jóvenes militares, se manifestó una mayor prevalencia en los esquemas de Grandiosidad (39,2%), Normas inalcanzables (65.7%), Inhibición emocional (34.3%), Autosacrificio (30.4%) y Desconfianza y abuso (23.5%). En cambio, en el de los jóvenes universitarios, prevalecieron los esquemas de Grandiosidad (35%), Normas inalcanzables (35.9%), Autosacrificio (21.4%) e Inhibición emocional (22.3%).

Finalmente, Hilario (2016) en su investigación con estudiantes universitarios de Villa El Salvador, sostiene los esquemas más comunes son el de Dependencia/incompetencia con un 48,3%, el de Autosacrificio con un 46,6%, el de Estándares inflexibles con un 42% y el de Inhibición emocional con 41,5%. Asimismo, priorizando el análisis de las dimensiones, se supo que aquellas con mayor prevalencia significativa son la dimensión de deterioro en autonomía y desempeño con un 44,9% y la de dirigido por las necesidades de los demás con un 44,3%.

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1. Ansiedad

En el año 1998, Ellis (como se citó en Catellanos y Estrella, 2012), sostiene que la ansiedad es una agrupación de sensaciones incómodas y de propensiones a la conducta que abren paso a la percepción de que suceden o pueden suceder hechos desagradables o peligrosos. La ansiedad es la que señala las opciones de acción frente a lo mencionado.

Desde la teoría cognitiva, la ansiedad se relaciona con los pensamientos desadaptativos que generan que el individuo exagere la dimensión de un riesgo que puede ser mínimo o hasta inexistente (Castellanos y Estrella, 2012).

También en cuanto a esta teoría, Beck (1985), refiere que en la ansiedad la interpretación de la persona puede ser inadecuada y apoyarse en falsas creencias. Esta idea se basa en que a lo largo de su desarrollo, la persona aprende ciertos esquemas cognitivos acerca de los peligros que se activan en determinadas circunstancias, lo cual trae consigo distorsiones en los pensamientos, lo cual no sólo afecta el nivel cognitivo de la persona, sino también el conductual.

Como la ansiedad genera una señal de alerta que comunica acerca de posibles peligros, la persona tiene la posibilidad de llevar a cabo diferentes estrategias de afrontamiento. No obstante, es fundamental distinguirla del miedo, puesto que mientras que éste es una contestación a un peligro conocido, externo y definido, la ansiedad responde a un riesgo desconocido, interno e impreciso (Kaplan, Sadock y Sadock, 2009).

Ellis (2000), recalca que existen dos tipos de ansiedad: la sana y la dañina. La primera abre paso a que la persona pueda estar en un estado de alerta permanente para conservar la vida. En cambio, la segunda mencionada es perjudicial, puesto que se

puede manifestar de maneras muy contraproducentes, comportándose el sujeto de modo poco precavido y descontrolado y así enfrentar sus dificultades de modos poco efectivos. Cabe mencionar que en muchas ocasiones la ansiedad suele ser del tipo dañina.

En la misma línea, Cia (2007), aclara que mientras la ansiedad normal o adaptativa trae consigo una respuesta adecuada para afrontar una situación adversa, la ansiedad patológica trae respuestas exageradas que generan una visión pesimista que perjudica a la persona en variados aspectos.

Catellanos y Estrella (2012) indican que la ansiedad es un trastorno psicológico, pero genera consecuencias a nivel físico tales como: Hormigueo o adormecimiento de extremidades, oleadas de calor o bochornos, debilidad y temblor en las piernas, incapaz de relajarse, temor a que sucediera lo peor, mareo o ligereza de cabeza, palpitaciones o aceleración cardíaca, falta de equilibrio, terror, nerviosismo, sensación de ahogo, temblor de manos, agitación, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, indigestión o molestias abdominales, desmayos, enrojecimientos de la cara, sudoración (no causada por el calor), entre otros.

Teniendo esto en cuenta, cabe agregar que las consecuencias sintomáticas pueden ser efecto de cambios cognitivos, fisiológicos, conductuales y emocionales, puesto que son aspectos que se encuentran interrelacionados (Cia, 2007).

Existen ciertas dimensiones a considerarse al momento de analizar la ansiedad. Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018), refieren que las principales dimensiones para medir la ansiedad son la fobia social, la ansiedad psíquica, los síntomas físicos y la agorafobia.

En cuanto a la fobia social, Cejudo y Fernández (2017), basándose en variados autores, la definen como un trastorno crónico que genera discapacidad social y laboral,

ya que los individuos que lo padecen tienen un miedo continuo a sufrir humillaciones en los momentos en que se exponen en público. Esto muchas veces genera consecuencias como el aislamiento social, la depresión, el abuso de sustancias, y dificultades para establecer relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la vida.

Con respecto a la ansiedad psíquica, Solis Cedeño (2014), basándose en la Escala de ansiedad de Hamilton, resalta que en ésta se presentan sintomatologías de tipo subjetivo, preocupaciones, episodios de esperar lo peor y mucha desconfianza. Asimismo, sostiene que se pueden manifestar tensiones (dificultad para relajarse, sobresaltos, propensión al llanto, etc), dificultades cognitivas (concentración y memoria), y bajo estado de ánimo.

En lo que respecta a la ansiedad física o somática, también tomando como referencia la Escala de ansiedad de Hamilton, Solis Cedeño (2014) afirma que suele comprender señales que se evidencian de manera orgánica. Dicho esto, rescata como principales efectos los musculares (como la rigidez y contracciones), los sensoriales (relacionados a una escasa capacidad de los sentidos básicos), los cardiovasculares (como la taquicardia y dolores en el pecho), los respiratorios (como la sensación de ahogo y opresión pectoral), los gastrointestinales (como el dolor al comer y ardor estomacal), los genitourinarios (micción frecuente y funcionamiento sexual alterado), y los autónomos (como la propensión a sudar y los vértigos).

Finalmente, en cuanto a la agorafobia, Solis Cedeño (2014) apoyada en el DSM IV (1995) y en el CIE-10 (2000), comenta que hace referencia a la presencia de ansiedad frente a circunstancias o lugares en los que el huir pueda resultar difícil. Se consideran como aversivos los lugares abiertos y la exposición a multitudes que puedan dificultar el escape inmediato a un lugar seguro (usualmente el propio hogar).

2.3.2. Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT)

Los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) nacen de las bases teóricas cognitivo conductuales. Ello expone que las dificultades emocionales no se deben a las situaciones que viven actualmente, sino específicamente a las interpretaciones disfuncionales de las mismas. Por ende, la propuesta de este enfoque se conduce no al cambio del ambiente o las circunstancias que la persona experimenta, sino a la reformulación de la visión subjetiva y poco saludable que ésta está teniendo basado en su sistema de creencias (Antona y García, 2008). En este punto Beck (1985), recalca que los esquemas desadaptativos deben ser detectados y replanteados con el fin de que ante situaciones adversas, no conduzcan a la persona rumbo a interpretaciones poco saludables. Por el contrario, se busca que les permita analizar de modo realista y objetivo la situación a la que se enfrentan para que así puedan tener una respuesta conductual más adaptativa.

En la misma línea, Young (1999) agrega que los esquemas, como patrones sólidos de pensamientos, influyen en las ideas que las personas tienen acerca de sí mismas y de su interacción social. Sostiene que están compuestos por aspectos inconscientes referentes a las cogniciones, emociones y conductas. Estos se desarrollan desde los primeros años de vida y existen clasificaciones, siendo algunos adaptativos y otros no. Bajo esta idea, se consideran los esquemas desadaptativos tempranos (EDT), definidos como patrones poco funcionales y obstaculizadores a nivel cognitivo, afectivo y conductual que se originaron desde los primeros doce años de vida y que se mantienen a lo largo de la vida (Young y Klosko, 2007).

Young (1999) enfatiza que los EDT son considerablemente constantes y que a pesar que se originen en la niñez, estos se continúan desarrollando y fortaleciendo a lo largo de la existencia de la persona. Se debe a que en un primer momento fueron funcionales

y resolvieron dificultades, sin embargo, su falta de flexibilidad no les permite irse ajustando a las nuevas experiencias vitales, lo cual los vuelve limitados y desadaptativos.

Matute (2019), los describe como “crónicos y enraizados”, asumidos como infalibles y funcionales, lo cual les brinda seguridad a la persona, pesar de estar entorpeciendo su desenvolvimiento en diferentes áreas de su vida, como la personal, social, laboral, familiar, etc. Este hecho demuestra que se vuelven resistentes a la variabilidad a menos que se realice un tratamiento profundo y eficaz al respecto, en donde se identifiquen tanto los esquemas como sus respectivas consecuencias. La mayor dificultad radica en que estos se encuentran ocultos de la conciencia y simplemente son asumidos como reales y verdaderos.

Young, Klosko y Weishaar (2015), resaltan que los esquemas tienen diferentes niveles de gravedad y de resistencia al cambio: Con respecto a la gravedad, se hace referencia a la cantidad de circunstancias que podrían activarlos. En cuanto a la resistencia al cambio, considera factores como la edad en que se originó el esquema, las figuras significativas que lo formaron y la variedad o temporalidad de los contextos que lo causaron.

Cabe aclarar que los EDT se originan tanto por motivos biológicos, como por influencia del ambiente en que se desarrolla la persona (Rodríguez, 2009). En cuanto a los aspectos biológicos, existen diferentes sistemas emocionales en el cerebro y cada emoción tiene su propia red cerebral. Entre ellas, las asociadas con el miedo o el trauma, guardan estrecha relación con el origen de esquemas desadaptativos (Young et al., 2015). Más específicamente a nivel biológico, cabe aclarar que la amígdala almacena en la memoria emocional y recupera gracias a reacciones fisiológicas que

alertan a la persona frente a un posible riesgo. Por su parte, el hipocampo almacena la memoria cognitiva y recupera los datos a través de la memoria consciente.

Con respecto a la influencia del contexto, cabe decir que algunos esquemas son producto de la interrelación entre el temperamento, las experiencias tempranas y el la presencia de demandas emocionales no satisfechas (Rodríguez, 2009).

Existen cinco necesidades emocionales importantes en la infancia que es óptimo que se satisfagan: los vínculos seguros con personas relevantes; el sentido de identidad y autonomía; la libertad de expresión emocional; el desenvolvimiento espontáneo; y la capacidad de autocontrol frente a límites razonables (López, Cid, Obst, Rondón, Alfano y Cellerino, 2011).

No obstante, Matute (2019), aclara también que para alcanzar la satisfacción de estas necesidades, existen cuatro tipos de vivencias tempranas que pueden ser una amenaza, y abrir paso a esquemas desadaptativos: la frustración tóxica (carencia de estabilidad y amor); la traumatización (atentado contra la autonomía debido a constantes críticas); el recibir factores positivos en exceso (esto conduce a la falta de prudencia por parte del menor); y la extrema identificación con otras personas importantes (se adquieren esquemas y conductas de sus modelos a seguir en lugar de construir los propios patrones).

En resumen, un individuo psicológicamente sano es aquel que puede desenvolverse de manera funcional en las diferentes áreas de su vida, ya que se mantuvieron cubiertas sus necesidades emocionales básicas y enfrentó saludablemente experiencias vitales tempranas que facilitaron su desarrollo personal y social guardando sintonía con su temperamento emocional.

Por otra parte, los esquemas desadaptativos pueden ser condicionados (secundarios, ya que pretenden compensar los esquemas incondicionados) o incondicionados

(creencias incondicionales relacionadas al concepto de uno mismo, y son los primeros esquemas en originarse) (Young et al., 2015).

Los EDT se clasifican en cinco dimensiones, siendo dieciocho en total. A continuación se detallan los mismos:

A. En primer lugar, la dimensión de Desconexión y rechazo (dificultad para establecer relaciones sentimentales estables porque se cree que no se obtendrán las necesidades de seguridad, resguardo, amor y pertenencia) está conformada por los siguientes:

1. Abandono/inestabilidad: Percepción de que las personas significativas no podrán ofrecerle apoyo emocional o conexión.
2. Desconfianza/abuso: La expectativa de que las demás personas, de modo intencionado, van a querer dañarle.
3. Privación emocional: La expectativa de la propia carencia de soporte emocional, empatía y resguardo por parte de los demás.
4. Imperfección/vergüenza: El sentimiento de que uno es defectuoso o inferior, y por ende no será querido por los demás.
5. Aislamiento social: El sentimiento de ser diferente a las demás personas y por lo tanto de no poder formar parte de ellos.

B. En segundo lugar, la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño (carencia de libertad y de funcionamiento independiente) está conformada por los siguientes:

6. Dependencia/incompetencia: Idea de que uno no puede hacerse cargo de las responsabilidades cotidianas sin la gran ayuda de los demás. Maximiza sus errores y minimiza sus virtudes.

7. Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad: Temor extremo a una catástrofe inevitable y no poder enfrentarla.
8. Apego confuso/yo inmaduro: Excesiva cercanía emocional con una persona, bajo la idea de que uno no puede ser feliz sin el otro.
9. Fracaso: Poca confianza en las propias destrezas y miedo extremo a fracasar porque no podrá manejarlo emocionalmente.

C. En tercer lugar, la dimensión de Límites deficitarios (carencia de límites referentes a la reciprocidad y disciplina por un exceso de permisividad) está conformada por los siguientes:

10. Grandiosidad/autorización: Creencia de que uno es superior a otros y está por encima de las normas sociales porque tiene el control de derechos que otros no poseen por ser inferiores.
11. Autocontrol insuficiente/autodisciplina: Rechazo a practicar el autocontrol porque no posee tolerancia a la frustración.

D. En cuarto lugar, la dimensión Dirigido por las necesidades de los demás (priorización excesiva de cumplir con las demandas ajenas por encima de las de uno mismo) está conformada por los siguientes:

12. Subyugación: Con el fin de evitar discusiones o abandono, se cede en exceso ante el control ajeno y se dejan de lado las propias necesidades o emociones.
13. Autosacrificio: A expensas del propio bienestar, se atiende voluntariamente en exceso la necesidad de satisfacer las necesidades de los demás.

14. Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento: La autoestima depende de la opinión ajena, por lo que se adapta el propio estilo a las demandas ajenas debido al gran temor de que los demás ya no le aprueben como la persona desea.

E. En quinto lugar, la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición (represión disfuncional de las propias emociones para poder cumplir con otras normas) está conformada por los siguientes:

15. Negatividad/pesimismo: Percepción y maximización generalizada de los aspectos vitales negativos, y minimización de los positivos.

16. Inhibición emocional: Inhibición excesiva de acciones o emociones por miedo a perder el control o la aprobación ajena.

17. Estándares inflexibles I (Castigo): Noción de que toda persona debe ser duramente castigada por cometer errores.

18. Estándares inflexibles II (Metas inalcanzables/hipercriticismo): Hipercrítica de uno mismo, y presión autoimpuesta por cumplir con las expectativas que considere que los demás tienen de uno.

Para comprender el funcionamiento de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT), cabe mencionar a Rodríguez (2009), quien sostiene que estos siguen dos tipos de camino: la perpetuación o la curación. Esto se traduce respectivamente en el hecho de reforzar la existencia del esquema a través de cogniciones, emociones y conductas; o en el hecho de debilitarlo (lo cual se pretende en el ideal terapéutico).

Con respecto a la perpetuación cabe decir que esta se genera en base a tres diferentes mecanismos: las distorsiones cognitivas (en donde se intenta confirmar la

infalibilidad del esquema y se muestra resistencia a ideas que digan lo contrario); los patrones vitales autoderrotistas (de modo inconsciente, la persona selecciona circunstancias vitales que revaliden el esquema) y los estilos de afrontamiento (se sobrecompensa, evita, o se rinde frente a la existencia del esquema con el fin de prevenir la angustia).

Tomando en cuenta el mecanismo referente a los estilos de afrontamiento, cabe profundizar en cada uno de ellos. En primer lugar, la sobrecompensación pretende manifestar cogniciones, emociones y conductas contrarias al esquema para no experimentar el sentimiento de incomodidad; sin embargo, en lugar de luchar contra el esquema, se termina por reforzarlo aún más. En segundo lugar, la evitación se da en pensamientos, sentimientos y conductas con el objetivo de no impulsar el esquema desadaptativo, pero el hecho de distraerse, impide el afrontamiento directo. Finalmente, en tercer lugar, la rendición pretende actuar resignándose frente a la existencia del esquema desadaptativo, asumiéndolo como infalible.

Después de haber profundizado en el camino de la perpetuación del esquema, cabe describir el camino de la curación del mismo como un objetivo que se alcanza reduciendo la intensidad de las memorias relacionadas al esquema en cogniciones, afectos y reacciones físicas disfuncionales, abriendo paso así al reemplazo de las conductas poco saludables por patrones conductuales adaptativos (Young y Klosko, 2007).

2.3.3. Asociación y predicción de las dimensiones en la ansiedad

En lo que respecta a la correlación o asociación de las dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) con la sintomatología ansiosa, cabe iniciar mencionando a Shariati, Shariatnia y Daryoush (2004), quienes en su investigación

acerca de la asociación entre ambas variables en estudiantes concluyeron que es significativa ($p < .01$). En la misma línea, Hawke y Provencher (2012) pudieron notar que el esquema de Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad (perteneciente a la dimensión de deterioro en autonomía y desempeño) se relaciona notoriamente con la presencia de trastornos de ansiedad.

Por su parte, Castellanos y Mogollón (2013) mencionan las correlaciones más elevadas entre la ansiedad y con los siguientes esquemas en estudiantes universitarios: Abandono/inestabilidad (perteneciente a la dimensión de desconexión y rechazo) con Ansiedad Rasgo ($r = .68$); Autocontrol insuficiente/autodisciplina (perteneciente a la dimensión de límites deficitarios) con Ansiedad Rasgo ($r = .66$); y Autocontrol insuficiente/autodisciplina (perteneciente a la dimensión de límites deficitarios) con Ansiedad Estado ($r = .61$). De igual manera, Sánchez, Andrade y Lucio (2019) al investigar los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) en escolares, pudieron notar que todos los esquemas y dimensiones se correlacionaban significativamente con el grado de ansiedad total. Asimismo, profundizaron en lo siguiente: Los niños que evidenciaban esquemas como Imperfección/vergüenza, Abandono/inestabilidad, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Inhibición emocional, y Negatividad/pesimismo, evidenciaron también una mayor ansiedad por separación. Asimismo, los que presentaban el esquema de Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad mostraron mayor fobia social; y los que presentaron los esquemas de Abandono/inestabilidad, e Inhibición emocional evidenciaron también un mayor nivel de pánico-somatización. De igual modo, los que evidenciaron esquemas de Abandono/inestabilidad, y Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, presentaron también un mayor grado de ansiedad general.

Por último, cabe mencionar a Álvarez y Villa (2016), quienes investigaron los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y la presencia de trastornos de ansiedad en la primera infancia y la niñez. Como consideraron las variables de tipo cualitativo (presencia o ausencia de EDT y presencia o ausencia del trastorno de ansiedad), se calculó el nivel de asociación con un chi cuadrado ($p < .05$). Esto permitió conocer que con respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, existe una alta asociación con los esquemas de: Subyugación, Estándares inflexibles I (Castigo), Dependencia/incompetencia, Estándares inflexibles II (Metas inalcanzables/hipercriticismo), y Grandiosidad/autorización. En cuanto al Trastorno de Estrés Postraumático, existe una alta asociación con el esquema de: Grandiosidad/autorización. Tomando en cuenta el Trastorno de Fobia específica, existe una alta asociación con los esquemas de: Abandono/inestabilidad, Privación emocional, y Estándares inflexibles II (Metas inalcanzables/hipercriticismo). Finalmente, tomando en cuenta el Trastorno de Pánico, existe una alta asociación con los esquemas de: Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Inhibición emocional, y Estándares inflexibles II (Metas inalcanzables/hipercriticismo).

Tomando en cuenta los resultados presentados, pudieron concluir que existe una alta relación entre algunas dimensiones y esquemas con los trastornos de ansiedad mencionados.

En lo que respecta a la influencia o predicción de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) en la sintomatología ansiosa, cabe la necesidad de volver a mencionar a Shariati, Shariatnia y Daryoush (2004), quienes sostuvieron que mientras el esquema de Imperfección/vergüenza predecía significativamente la ansiedad, el de Autosacrificio tenía una correlación inversa con los síntomas ansiógenos. Añadieron también que los

esquemas desadaptativos tempranos (EDT) pudieron explicar el 32.5% de las variaciones de ansiedad encubierta y el 14.9% de ansiedad manifiesta en la muestra.

Por su parte, Castro (2015), buscó determinar qué esquemas son predictores de ansiedad en la Policía Nacional de Colombia, y pudo determinar que existe una influencia clara por parte del esquema de Inhibición emocional (perteneciente a la dimensión de sobrevigilancia e inhibición) sobre el estado de ansiedad. Adicionalmente, McGinn, Cukor y Sanderson (2005) al investigar la influencia de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y sus dimensiones en la gravedad de los síntomas de desajustes psicológicos, señalan que la ansiedad se relaciona de modo directo con las dimensiones de Deterioro en autonomía y desempeño, Límites deficitarios y Sobrevigilancia e inhibición. Finalmente, Sánchez, Andrade y Lucio (2019), refieren que tomando en cuenta el modelo de regresión lineal de su investigación, se supo que los esquemas que predicen el 54.8% de la varianza de la ansiedad total fueron: Imperfección/vergüenza, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad (perteneciente a la dimensión de deterioro en autonomía y desempeño), Inhibición emocional (perteneciente a la dimensión de sobrevigilancia e inhibición), y Abandono/inestabilidad (perteneciente a la dimensión de desconexión y rechazo).

2.4 Definición operacional de las variables, dimensiones e indicadores

Al considerarse los términos básicos de la presente investigación, cabe iniciar aclarando como definición teórica que los **esquemas desadaptativos tempranos** (EDT) son pautas cognitivas consistentes que afectan las creencias que los individuos tienen acerca de sí mismos y del mundo que los rodea (Young, 1999). Asimismo, al estar compuestos desde temprana edad, por factores afectivos, cognitivos y comportamentales que escapan de la conciencia, se abre paso a que algunos sean

funcionales, y otros sean disfuncionales o poco saludables para las diferentes áreas de vida de la persona (Young y Klosko, 2007).

Las dimensiones o dominios de esquemas conforman la temática dentro de la que se agrupan los esquemas similares. Estas son la desconexión y rechazo, deterioro en autonomía y desempeño, límites deficitarios, dirigido por las necesidades de los demás, sobrevigilancia e inhibición (León, Salazar y Puerta, 2013).

Dicho esto, se entiende como definición operacional que los esquemas desadaptativos tempranos son patrones cognitivos, emotivos y fisiológicos formados inconscientemente desde los primeros años de vida con el fin de ayudar a la persona a relacionarse consigo misma y con su contexto; no obstante, si son disfuncionales, pueden perjudicarlo en las diferentes áreas de su vida.

Asimismo, operacionalmente, se puede entender que las dimensiones son las áreas en que se agrupan los esquemas de acuerdo a sus características principales.

El Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) identifica cinco dimensiones principales:

- Desconexión y rechazo: dificultad para establecer relaciones sentimentales estables porque se cree que no se obtendrán las necesidades de seguridad, resguardo, amor y pertenencia. Esta dimensión está compuesta por los esquemas de Abandono/inestabilidad, Desconfianza/abuso, Privación emocional, Imperfección/vergüenza, y Aislamiento social.
- Deterioro en autonomía y desempeño: carencia de libertad y de funcionamiento independiente. Esta dimensión está compuesta por los esquemas de Dependencia/incompetencia, Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad, Apego confuso/yo inmaduro, y Fracaso.

- Límites deficitarios: carencia de límites referentes a la reciprocidad y disciplina por un exceso de permisividad. Esta dimensión está compuesta por los esquemas de Grandiosidad/autorización, y Autocontrol insuficiente/autodisciplina.
- Dirigido por las necesidades de los demás: priorización excesiva de cumplir con las demandas ajenas por encima de las de uno mismo. Esta dimensión está compuesta por los esquemas de Subyugación, Autosacrificio, y Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento.
- Sobrevigilancia e inhibición: represión disfuncional de las propias emociones para poder cumplir con otras normas. Esta dimensión está compuesta por los esquemas de Negatividad/pesimismo, Inhibición emocional, Estándares inflexibles I (Castigo), y Estándares inflexibles II (Metas inalcanzables/hipercriticismo).

El Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) trabaja con la media como punto de corte, las cuales varían entre 2.20 hasta 3.59 dependiendo del esquema que se analiza. Asimismo, tomando como base la adaptación peruana realizada por Matute (2019), la media del puntaje total es de 50.30 para una muestra clínica.

El otro término básico a resaltar es el de la **ansiedad**, cuya definición teórica la define como una agrupación de sensaciones incómodas y de propensiones a la conducta que abren paso a la percepción de que suceden o pueden suceder hechos desagradables o peligrosos. Por tal motivo, son los síntomas ansiógenos los que conducen al individuo a tomar la opción que considere más valiosa para poder evitar el posible peligro o sufrimiento (Ellis, 1998; citado en Catellanos y Estrella, 2012).

Dicho esto, como definición operacional se puede entender a la ansiedad como el conjunto de factores cognitivos, fisiológicos, afectivos y conductuales que se hacen presente como contestación a circunstancias reales o imaginarias que se interpretan como peligrosas.

Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2013), guardando una postura médica de la ansiedad, comentan que los trastornos ansiosos perjudican la calidad de vida de las personas, así como su desempeño social, profesional y académico. Asimismo, agregan que conducen al desarrollo de otros trastornos psiquiátricos tales como la depresión y el abuso de sustancias.

Además, se relacionan con padecimientos como el asma, la hipertensión arterial, enfermedades intestinales y dificultades tiroideas.

Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018), al crear la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20), determinaron sus principales dimensiones y presentaron sus siguientes definiciones:

- Fobia social: es el miedo de relacionarse con otros individuos, de conocer personas nuevas, de ser observado realizando alguna actividad, de experimentar situaciones en donde se le ponga a prueba (exámenes o entrevistas laborales), de hacer el ridículo, de recibir críticas o ser víctima de humillaciones públicas.
- Ansiedad psíquica: hace referencia a la sensación de angustia, confusión, incomodidad o miedo sin razón aparente, tomando como base la posibilidad de que un suceso indeseado ocurra.
- Síntomas físicos: los principales síntomas son las dificultades para respirar, parestesias, escalofríos, disnea, molestias/dolores en el pecho, y la sensación de inestabilidad.

- Agorafobia: involucra el temor a salir de casa, el miedo los a espacios públicos o con muchas personas, a los espacios cerrados, a los espacios abiertos y a los lugares altos.

La Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) toma define un punto de corte de ≥ 10 , lo cual significa que si la persona obtiene una puntuación entre 0 y 9 no presenta una ansiedad significativa; sin embargo, si presenta de un puntaje de 10 o mayor a éste, se puede considerar que sí presenta un nivel significativo de ansiedad.

Existen variados factores determinantes en la aparición de la ansiedad. Para ello es propicio mencionar que no existe un origen único que decrete la manifestación de la ansiedad, no obstante, algunos individuos tienen una mayor propensión que otros a sufrir crisis de ansiedad (Moreno y Martín, 2004).

Según Ellis (2000), son tres los factores principales que determinan el origen de la ansiedad. En primer lugar, en cuanto al factor biológico, cabe decir que esta variable se presenta por la necesidad de supervivencia frente a contextos de peligro extremo. En segundo lugar, destaca el ambiente en que se desenvuelve el individuo, el cual se compone de las personas y objetos que lo acompañan en su vida cotidiana y que influyen en el individuo tanto de modo positivo como negativo. Finalmente, el tercer factor a tener en cuenta es al mismo sujeto, el cual definirá si la ansiedad se desarrollará de un modo sano o no.

Agrega Beck (1985) que, los cinco factores que pueden generar o predisponer la ansiedad son: La herencia genética, las enfermedades somáticas, los traumas, la falta de estrategias de afrontamiento, y lo que a la cognición y pensamientos distorsionados se refiere. Este último factor, según la teoría cognitiva es la raíz de los posibles trastornos de ansiedad, puesto que las interpretaciones inadecuadas que tiene la persona acerca de

las situaciones que lo rodean son el aspecto de mayor incidencia (Castellanos y Estrella, 2012).

Finalmente, cabe citar a Pullido (2015) quien llegó a la conclusión de que ciertas dimensiones de esquemas desadaptativos tempranos (EDT) son la base de determinados diagnósticos e incluso pueden llegar a predecir aspectos como la ansiedad y depresión.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

- HG1: Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos influyen de manera significativa en el nivel de severidad de la sintomatología ansiosa en una muestra clínica.
- HG0: Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos no influyen de manera significativa en el nivel de severidad de la sintomatología ansiosa en una muestra clínica.

2.5.2 Hipótesis específicas

- HE1: Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas tempranos desadaptativos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica
- HE0: No existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas tempranos desadaptativos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica

- HE2: La dimensión de desconexión y rechazo influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE0: La dimensión de desconexión y rechazo no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE3: La dimensión de deterioro en autonomía y desempeño influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE0: La dimensión de deterioro en autonomía y desempeño no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE4: La dimensión de límites deficitarios influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE0: La dimensión de límites deficitarios no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE5: La dimensión de dirigido por las necesidades de los demás influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.

- HE0: La dimensión de dirigido por las necesidades de los demás no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE6: La dimensión de sobrevigilancia e inhibición influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.
- HE0: La dimensión de sobrevigilancia e inhibición no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.

2.6 Variables

La presente investigación contó con dos variables principales a tomar en cuenta con el fin de identificar el nivel de correlación y predicción entre ambas. Dicho esto, cabe decir que se tomará como variable dependiente a la ansiedad o síntomas ansiógenos, y como variable independiente las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT).

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo, método y diseño de la investigación

La presente investigación es de tipo básica pues no pretende la formulación de nuevas teorías a través de una aplicación inmediata y directa sobre la muestra a través de alguna técnica o programa en base a conocimientos previos (Tamayo, 2000) y cuenta con un enfoque cuantitativo, ya que pretende medir fenómenos, utilizar estadística, probar una hipótesis y analizar los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Además, según estos autores, el estudio cuenta con un método deductivo, porque parte de fenómenos generales buscando llegar a uno particular aplicando teorías previas. Asimismo, tiene un diseño no experimental y de corte transversal, ya que la obtención de datos se daría en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Por otra parte, cabe mencionar que la investigación presenta según algunos autores como Hernández y Mendoza (2018) un diseño explicativo debido a que considera la predicción del comportamiento dentro de esta categoría. Para la presente investigación, se pretende identificar el grado de predicción de las dimensiones de los EDT sobre la ansiedad. No obstante, también otros autores como Whitley y Kite (2018) sostienen que la presente investigación sería de tipo correlacional, debido a que consideran bajo su propuesta teórica a las regresiones como parte del grupo de análisis estadísticos de carácter correlacional entre las variables observadas.

3.2 Población y muestra

La muestra está conformada por peruanos(as) de ambos sexos y mayores de 18 años, que recibieron o hayan recibido en el último año y medio, un tratamiento psicológico o psiquiátrico, y que cuentan con un nivel de instrucción mínimo de secundaria completa.

Para identificar el tamaño de la muestra, se utilizó el programa G*Power 3 (Buchner, Erdfelder, Faul, y Lang, 2014). Se propuso un análisis a priori, considerando un posible margen de alfa, el nivel potencia y el tamaño del efecto. Se utilizó el estadístico de regresión lineal múltiple con un modelo fijo y una desviación de cero del efecto de R^2 . Para realizar el análisis, se utilizó como correlación el obtenido en el estudio de Shariati, Shariatnia y Ghasemian (2014) entre las variables EDT y ansiedad manifiesta, siendo el coeficiente más significativo $r=.40$. Se identifica como consecuencia una correlación múltiple cuadrada de $r^2=.20$ y un tamaño del efecto de $f^2=.19$. Se utiliza también un nivel de significancia de .05, al tratarse del nivel alfa (α) esperado y un valor de potencia de .80, el cual es el valor mínimo sugerido (Wright, 2003). De igual modo, se asignaron 5 predictores debido a la cantidad de dimensiones de EDT determinados por la adaptación peruana del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) (Matute, 2019). En base a ello, se propone un tamaño de muestra mínimo de 74 personas.

Tomando en cuenta la realidad del momento, los criterios de inclusión hacen referencia al hecho de ser peruano(a), estar recibiendo o haber recibido en el último año y medio un tratamiento psicológico o psiquiátrico, contar con un grado mínimo de instrucción de secundaria completa, ser mayor de 18 años edad, y de cualquier sexo. Por el contrario, como criterios de exclusión cabe resaltar el hecho de no haber respondido al cuestionario en su totalidad; o también al hecho de estipular que no acceden al consentimiento informado presentado al inicio de la aplicación del estudio.

El muestreo utilizado para la selección de la muestra es no probabilístico o por conveniencia, lo cual según Hernández et al. (2014), significa que la selección de elementos no se da en base a la probabilidad sino a las características, juicios y propósitos que la investigación pretende, ya que busca que sus componentes puedan ser

representativos de la población a investigar. Dicho esto, cabe recalcar que, en la presente investigación, se seleccionaron participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente. En este estudio el método de selección usado es el de los participantes voluntarios, el cual se refiere a un grupo de personas que de modo intencionado y libre se ofrecen o aceptan integrar la muestra. En este caso, se contactó a los miembros de la misma y se les ofreció la posibilidad de participar de la investigación, frente a lo cual podían acceder de modo autónomo (Hernández, et al., 2014).

Dicho esto, cabe resaltar entonces que la muestra está conformada por una mayor cantidad de 80 personas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados.

En lo que respecta a las características de la muestra de 80 participantes, cabe iniciar mencionando la distribución por sexo. En la tabla 1 se puede observar que casi tres cuartas partes de la muestra (57 de los 80 participantes) son de sexo femenino, lo cual se traduce en el 71.25% del total. Por el contrario, se contó con 23 participantes de sexo masculino, lo cual se traduce en el 28.75% de la muestra.

Tabla1
Distribución de la muestra según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	23	28.75	28.8
Mujer	57	71.25	100
Total	80	100	

Seguidamente, cabe aterrizar en el factor edad, el cual, a través de la tabla 2 permite notar que los participantes presentan un rango de edad entre los 18 y 66 años. Más específicamente, se puede percibir que más de la mitad de los participantes (45 de

ellos) tienen entre 18 y 29 años lo cual representa un 56.25% de los participantes. Asimismo, 16 personas tienen entre 30 y 41 años, lo cual representa un 20% de la muestra. De igual manera, 11 participantes tienen entre 42 y 53 años lo que representa un 13.75% de los participantes. Finalmente, sólo 8 personas tienen entre 54 y 66 años lo que se traduce en el 10% de la muestra total. A continuación, se colocan las distribuciones detalladas en función a la edad.

Tabla 2
Distribución de la muestra según la edad

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18	2	2.5	2.5
20	1	1.25	3.75
21	7	8.75	12.5
22	1	1.25	13.75
23	5	6.25	20
24	2	2.5	22.5
25	6	7.5	30
26	5	6.25	36.25
27	3	3.75	40
28	9	11.25	51.25
29	4	5	56.25
30	3	3.75	60
31	1	1.25	61.25
32	4	5	66.25
33	1	1.25	67.5
34	1	1.25	68.75
35	2	2.5	71.25
37	2	2.5	73.75
39	1	1.25	75
40	1	1.25	76.25
42	2	2.5	78.75
43	1	1.25	80
45	2	2.5	82.5

47	2	2.5	85
48	2	2.5	87.5
50	1	1.25	88.75
53	1	1.25	90
56	2	2.5	92.5
57	2	2.5	95
59	2	2.5	97.5
65	1	1.25	98.75
66	1	1.25	100
Total	80	100.0	

En cuanto al factor referente al estado civil, cabe decir que como se ve plasmado en la tabla 3, más de la mitad de los participantes (41 de ellos) son solteros (51.25%), 12 son solteros con pareja (15%), 5 son convivientes (6.25%), 16 son casados (20%), y 6 son divorciados (7.5%).

Tabla 3
Distribución de la muestra según el estado civil

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	41	51.25	51.3
Soltero con pareja	12	15	66.3
Conviviente	5	6.25	72.5
Casado	16	20	92.5
Divorciado	6	7.5	100
Total	80	100	

En lo referente al grado de instrucción, el cual se puede plasmar en la tabla 4, se puede observar que 8 participantes cuentan sólo con secundaria completa (10%), 1 participante cuenta con instrucción técnica incompleta (1.25%), 8 participantes cuentan con instrucción técnica completa (10%), 14 participantes cuentan con instrucción universitaria incompleta (17.5%) y la gran mayoría de participantes (49 de ellos) cuenta con instrucción universitaria completa (61.25%).

Tabla 4

Distribución de la muestra según el grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Secundaria completa	8	10	10,0
Técnica incompleta	1	1.25	11.25
Técnica completa	8	10	21.25
Universitaria incompleta	14	17.5	38.75
Universitaria completa	49	61.25	100
Total	80	100	

En lo que al tiempo de tratamiento clínico se refiere, se puede observar en la tabla 5 que todos los participantes están recibiendo o han recibido en el último año y medio algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico. De los participantes, 10 han recibido el tratamiento en el último año y medio (12.5%), 24 lo vienen recibiendo hace menos de 6 meses (30%), 18 lo vienen recibiendo entre 6 meses y un año (22.5%), 11 lo vienen recibiendo entre un año y dos años (13.75%), y 17 lo vienen recibiendo hace más de dos años (21.25%).

Tabla 5

Distribución de la muestra según el tiempo de tratamiento clínico

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En el último año y medio	10	12.5	12.5
Menos de 6 meses	24	30	42.5
De 6 meses a un año	18	22.5	65
De un año a dos años	11	13.75	78.75
Más de dos años	17	21.25	100
Total	80	100	

Finalmente, en lo referente al hecho de estar recibiendo medicación psicofarmacológica, la tabla 6 refleja que la gran mayoría de los participantes (64 de ellos) no están siendo medicados (80%). En lo que respecta a los participantes que sí

están recibiendo medicación, cabe decir que 2 de ellos la están recibiendo hace menos de 6 meses (2.5%), 1 de ellos la están recibiendo entre 6 meses y 1 año (1.25%), 1 de ellos la están recibiendo entre 1 año y 2 años (1.25%), y 12 de ellos la están recibiendo hace más de 2 años (15%).

Tabla 6

Distribución de la muestra según el hecho de recibir medicación psicofarmacológica

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	64	80	80
Sí, hace menos 6 meses	2	2.5	82.5
Sí, entre 6 meses a un año	1	1.25	83.75
Sí, entre 1 a 2 años	1	1.25	85
Sí, más de 2 años	12	15	100
Total	80	100	

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con el objetivo de obtener los datos de filiación más importantes, los participantes completaron de modo virtual una ficha sociodemográfica y llenaron un consentimiento informado al inicio del cuestionario.

Luego, se evaluó a los participantes con la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) y la adaptación peruana del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3). A continuación, se profundiza en los instrumentos mencionados.

3.3.1 Ficha sociodemográfica virtual

La ficha sociodemográfica es una herramienta que obtiene datos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, distrito de vivienda, nivel de

instrucción; y datos clínicos, tiempo de tratamiento psicológico y psiquiátrico, y si está siguiendo algún proceso de medicación psiquiátrica o psicofarmacológica.

3.3.2 Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20)

La Escala de Ansiedad de Lima tenía inicialmente 130 ítems. Posteriormente, tras una investigación llevada a cabo con 254 pacientes psiquiátricos de un hospital general de Lima-Perú, se propuso una versión más breve de 72 ítems. En esta investigación se llevó a cabo un análisis de componentes principales para datos categóricos, y tomando en cuenta los resultados, se simplificó la escala y evaluó la validez concurrente. Este proceso permitió notar que la escala reducida sí poseía las propiedades psicométricas necesarios para medir la ansiedad en la población peruana.

No obstante, Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) consideraron necesario contar con una escala aún más breve para la población peruana, para lo cual buscaron identificar los 20 ítems de los 130 iniciales que pudiesen predecir correctamente los puntajes de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-130).

Para ello, trabajaron con pacientes del área de psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia, ubicado en el distrito de San Martín de Porres en Lima-Perú. Los participantes eran de ambos sexos, sus edades oscilaban entre los 18 y 60 años, y contaban con un nivel mínimo de instrucción de primaria completa.

Para evaluar la consistencia interna, calcularon el alfa de Cronbach para la EAL-20, ($\alpha=0.89$). Además, llevaron a cabo un análisis factorial de matriz policórica de la escala, para lo cual se hizo uso del método de rotación de varimax. Lo cual permitió conocer que los 20 ítems seleccionados explicaban el 90,38% de la varianza del puntaje total de la escala.

En la misma línea, el análisis factorial de la escala abrió paso a la identificación de cuatro dimensiones principales: la fobia social (miedo de relacionarse con otros individuos, ser criticado, o a la humillación pública); la ansiedad psíquica (angustia, confusión, miedo sin razón aparente e incomodidad); los síntomas físicos (dificultades para respirar, parestesias, escalofríos, etc); y la agorafobia (temor a espacios públicos, espacios cerrados y espacios abiertos).

Finalmente, Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) definieron un punto de corte de ≥ 10 , el cual permitió alcanzar un equilibrio entre la sensibilidad y especificidad para la identificación de un CGI-S ≥ 4 .

3.3.3 Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3)

Young y Klosko (2007) afirman que el cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) evalúa a modo de auto-informe los esquemas desadaptativos. Utiliza una escala Likert de seis puntos que van desde 1 (*totalmente falso*) hasta 6 (*me describe perfectamente*).

Históricamente hablando, Matute (2019), sostiene que el cuestionario ha ido variando con respecto a la a la cantidad de esquemas que evalúa, así como también en su cantidad de ítems. Por ende, existen 3 versiones, teniendo cada una de ellas una versión corta y una versión larga de aplicación. En 1990, el primer cuestionario tenía 123 ítems y evaluaba 16 esquemas agrupados en 3 dimensiones. Un año más tarde, se desarrolló la segunda versión, la cual tenía 205 ítems y medía 16 esquemas agrupados en 6 dimensiones (cuestionario que en 1995 contaría con su propia versión corta, ya que tenía 75 ítems que evaluaban 15 esquemas agrupados en 5 dimensiones). Por último, en el año 2003, se desarrolló la tercera versión del cuestionario, la cual tenía 232 ítems que evaluaban 18 esquemas agrupados en 5 dimensiones. Dos años más tarde, se creó la

modalidad corta de esta versión, la cual poseía 90 ítems que evaluaban 18 esquemas agrupados en 5 dimensiones.

Más precisamente, en lo que respecta al análisis factorial, en las diferentes investigaciones que utilizaron este último cuestionario, pudieron encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) entre los grupos tomando como base la puntuación total del cuestionario; además, en lo que respecta a la diferencia entre subgrupos, se pudo notar que la muestra clínica alcanzó puntuaciones más altas que la muestra no clínica.

Tomando la cronología mencionada en cuenta, Young (2005) sugiere aplicar la versión corta por tres motivos: facilita la administración, es factorialmente pura, y es más frecuentemente utilizada en estudios que confirman su confiabilidad y estructura factorial. En la misma línea, con respecto al nivel de confiabilidad del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3), cabe decir que utilizando el alfa de Cronbach, se obtiene una consistencia interna aceptable ($\alpha > .70$) para el total y los 18 esquemas (Matute, 2019).

Asimismo, con respecto a las evidencias de validez, cabe mencionar que a nivel internacional, se han ido llevando a cabo estudios en diferentes poblaciones (incluidas las muestras clínicas) buscando evaluar el nivel de confiabilidad y de validez del cuestionario; frente a lo cual se puede afirmar que tanto en países occidentales como orientales, se coincide psicométricamente en una estructura de dieciocho esquemas desadaptativos tempranos, reafirmando la teoría original de Young (Sakulsriprasert, Phukao, Kanjanawong y Meemon, 2016).

En el año 2019, Matute realizó una adaptación de la traducción española del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) para la realidad peruana, utilizando una

muestra constituida por un subgrupo no clínico y uno clínico del hospital Víctor Larco Herrera.

Para dicho fin, tuvo que modificar 4 ítems (por criterio de jueces expertos), para poder contar con las evidencias de una óptima validez. Por ende, la estructura interna evidenció correctos índices de ajuste a la base de 18 esquemas. Además, evaluó las propiedades psicométricas (validez de contenido, estructura interna y relaciones con otras variables), así como la confiabilidad de la versión española del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3). En este punto cabe mencionar que se realizó la prueba *t* de Student para dos muestras independientes, cuyos resultados dejaron en claro que el subgrupo clínico alcanzó puntuaciones media estadísticamente significativas más altas que el no clínico en todos los esquemas y en la puntuación total ($p < .001$).

Más detalladamente, en lo que respecta al criterio de jueces, cabe decir que los resultados fueron estadísticamente procesados, haciendo uso del coeficiente *V* de Aiken .80, con un nivel de significancia de $p < .05$. En general el rango en que oscilaron los ítems con respecto a este coeficiente fue entre .87 y 1.00 con excepción del ítem 9 del esquema Apego Confuso ($V=.70$), del ítem 25 del esquema Dependencia ($V=.60$), del ítem 55 del esquema Privación Emocional ($V=.70$), y del ítem 69 del esquema Autocontrol Insuficiente ($V=.70$); por lo cual, la calidad de redacción de dichos ítems tuvo que ser modificada por sugerencia de los jueces.

Con respecto al análisis factorial, se pudo evidenciar que los valores de las cargas factoriales de los ítems, en general, fueron mayores a .40; excepto en los ítems referidos a las metas inalcanzables el 49 (.31) y el 85 (.39).

Asimismo, tomando en cuenta la varianza, cabe decir que los valores de R^2 fueron superiores a .30 en todos los ítems de los factores, con excepción de los factores

de Privación Emocional (ítem 1 con sólo 19.8%) y Metas Inalcanzables (9.6% en el ítem 49 y 15% en el ítem 85).

En la misma línea, el nivel de confiabilidad de su adaptación al contexto peruano (tomando en cuenta las puntuaciones derivadas de los ítems, a través del coeficiente de omega) resultó ser satisfactoria. No obstante, en este punto, la autora recomienda que el instrumento sea utilizado con peruanos(as) mayores de 18 años y que tengan un grado mínimo de instrucción de secundaria completa. En este punto, sugiere tomar en cuenta las puntuaciones media de cada esquema, porque aporta a la interpretación de las puntuaciones conseguidas.

3.4 Descripción de procedimientos de análisis de datos

Para la recolección de datos, en primer lugar, se les solicitó permiso a los investigadores que adaptaron los instrumentos al contexto peruano para poder hacer uso de estos. Asimismo, tomando en cuenta la coyuntura del momento, se les pidió la autorización para poder aplicarlo de manera virtual, ya que se utilizó el programa *Google Forms* para poder recolectar la información necesaria.

Una vez que se contó con los permisos correspondientes, virtualmente se les dio a conocer a los participantes la información esencial de la investigación, y se les pidió que leyeran y accedieran al consentimiento informado, completaran la ficha sociodemográfica y desarrollaran tanto la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) como el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3).

Cuando los datos fueron recolectados, se inició con el análisis de los mismos. Para una mejor organización de la información de la muestra, se realizó una tabla de frecuencias para facilitar los análisis realizados posteriormente. Para ello, se presentaron los resultados alcanzados tras la aplicación de la adaptación peruana del

Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) y la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20). Asimismo, se detallaron los análisis de distribución de la muestra y se presentaron una descripción de los valores de las variables y sus dimensiones. Para ello se profundizó en los resultados, además de la obtención de estadísticos descriptivos de las distintas variables, identificándose la media aritmética, la desviación estándar, la asimetría, la curtosis y los valores máximos y mínimos.

Finalmente, se pretendió obtener el grado de correlación de Pearson, como un requisito previo a los análisis de regresión lineal múltiple entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y la variable ansiedad. Como no se cumplieron los supuestos básicos de linealidad y normalidad para el uso de este tipo de correlación, se procedieron a utilizar estadísticos de correlación no paramétricos, entre ellos Tau b de Kendall y rho de Spearman, además de no poderse realizar los análisis de regresión lineal múltiple.

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

En primera instancia, se obtuvieron los estadísticos descriptivos que están plasmados en la tabla 7, los cuales detallan las estimaciones principales de cada dimensión de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y de la variable ansiedad.

En lo que se refiere a la media aritmética, cabe mencionar que es la medida de tendencia central más relevante, pues consiste en la suma de los valores obtenidos en una variable dividido entre el total de las observaciones (Christopher, 2017; Myatt y Johnson, 2014; Pearson, 2018; Weiss, 2017). Todos los resultados obtenidos tanto de las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y de la variable ansiedad se refieren en la tabla 7.

En lo que respecta a la asimetría, cabe decir que ésta cuantifica la cantidad y dirección del sesgo en una distribución (Grami, 2020). En esta investigación se observa que todas las variables presentan una asimetría positiva, pues todas cuentan con valores positivos del coeficiente, lo que indica un sesgo hacia la derecha y significa que la mayoría de los datos se localizan hacia el lado izquierdo de la distribución (Myatt y Johnson, 2014).

En lo que a la curtosis se refiere, cabe decir que ésta cuantifica la concentración de datos en el centro y en las colas de la distribución con respecto a una distribución normal (Grami, 2020). Se puede observar que las dimensiones de Desconexión y rechazo ($g^2= 2.32$), Deterioro en autonomía y desempeño ($g^2=.97$) y Dirigido por las necesidades de los demás ($g^2=.031$) presentan valores positivos que reflejan una mayor concentración de datos en la zona central y colas con más *outliers* que una distribución normal, lo cual las cataloga como distribuciones de carácter leptocúrticas (Myatt y

Johnson, 2014). En cambio, los valores negativos indican una menor concentración de datos en la zona central, denominándose esta forma de distribución como platicúrticas, lo cual en este estudio ocurre con las variables Ansiedad ($g^2=-.18$) y con las dimensiones de Límites deficitarios ($g^2=-.40$) y, Sobrevigilancia e inhibición ($g^2=-.86$). Finalmente, la variable Dirigido por las necesidades de los demás presenta una distribución mesocúrtica, al identificarse un puntaje cercano a 0 ($g^2=.03$).

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de las cinco dimensiones de los EDT y la variable ansiedad

	Mínimo	Máximo	M	D.E.	Asimetría	Curtosis
Desconexión y rechazo	5.00	24.60	9.72	4.17	1.46	2.32
Deterioro en autonomía y desempeño	4.00	17.80	7.50	3.25	1.19	.97
Límites deficitarios	2.00	10.00	5.28	2.01	.36	-.40
Dirigido por las necesidades de los demás	3.00	15.00	7.64	2.71	.66	.031
Sobrevigilancia e inhibición	4.00	17.80	9.91	3.30	.12	-.86
Ansiedad	.00	19.00	6.11	4.86	.843	-.18

En lo que respecta a la identificación de la distribución normal de las puntuaciones de todas las variables, se utilizó la prueba de bondad/ajuste denominado Shapiro-Wilk ya que actualmente se considera como una de las más eficaces (Isaza, Acevedo y Hernández, 2015). En la tabla 8 (Anexo 11), se puede observar que con excepción de las dimensiones de Límites deficitarios ($p=.08$), y Sobrevigilancia e inhibición ($p=.08$), los puntajes de las otras variables no presentan una distribución normal a nivel de la población.

Este hallazgo también fue confirmado a través del análisis de los histogramas presentados como figuras en el Anexo 11. Los histogramas son barras que permiten observar datos continuos al agrupar en intervalos los valores de la variable; la altura de cada barra es proporcional a la frecuencia del intervalo de valores, lo cual permite observar la forma de la distribución (Botella, Suero y Ximénez, 2012; Christopher, 2017; Weiss, 2017). En los histogramas del presente estudio se plasma lo referente a las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y a la variable ansiedad. En todos ellos, tomando en cuenta las distribuciones, se puede identificar que no existe una distribución normal clara.

Por otra parte, para identificar linealidad en la relación entre variables, se utilizaron gráficos de dispersión. Las medidas de dispersión son indicadores cuantitativos de la variabilidad de los datos en una distribución (Botella, Suero y Ximénez, 2012; Weiss, 2017). Las figuras 7, 8, 9, 10 y 11 del presente estudio (Anexo 12), se centran en plasmar los gráficos de dispersión entre la variable ansiedad y las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT). En todos ellos se puede observar que no se identifica una relación de carácter lineal.

Como no se presentaron puntuaciones basadas en una distribución normal ni la linealidad en la relación entre variables, no se pudieron obtener coeficientes de correlación de Pearson, ya que este estadístico funciona con variables cuantitativas continuas siempre y cuando cumplan con estas dos condiciones previamente referidas (Amat, 2016).

Ante ello, el utilizar coeficientes de correlación no paramétricos como el rho de Spearman y el tau b de Kendall cobra relevancia. La correlación rho de Spearman es un método no paramétrico utilizado cuando los datos son ordinales o de intervalo y se pueden transformar en rangos. Por su parte, el tau b de Kendall se le asemeja mucho

especialmente en lo que al trabajo con rangos se refiere, pero éste último, además permite ordenar los datos de una manera más eficaz, sobre todo cuando algunos de ellos comparten el mismo puntaje; ya que lo que realiza es un proceso estadístico para diferenciar los empates entre puntajes, lo cual el rho de Spearman no tiene en consideración en su fórmula. Es por ello que este sería el estadístico más recomendado para identificar el grado de asociación entre variables con distribución no normal (Amat, 2016). A pesar de ello, se deciden utilizar ambos coeficientes de correlación.

En lo que respecta al coeficiente rho de Spearman, se puede observar en la tabla 9 que existen correlaciones estadísticamente significativas entre la variable ansiedad y todas las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos ($p < .001$).

En base a este coeficiente, el orden ascendente de las dimensiones con respecto a su correlación con la variable ansiedad es el siguiente: Límites deficitarios ($r = .59$, $p < .001$), Sobrevigilancia e inhibición ($r = .60$, $p < .001$), Desconexión y rechazo ($r = .69$, $p < .001$), Deterioro en autonomía y desempeño ($r = .71$, $p < .001$), y Dirigido por las necesidades de los demás ($r = .73$, $p < .001$).

Tabla 9

Correlaciones entre las dimensiones de los EDT y la variable ansiedad con el coeficiente rho de Spearman

	Ansiedad
Desconexión y rechazo	.69***
Deterioro en autonomía y desempeño	.71***
Límites deficitarios	.59***
Dirigido por las necesidades de los demás	.73***
Sobrevigilancia e inhibición	.60***

*** $p < .001$

En lo referente al coeficiente tau b de Kendall, en la tabla 10 también se observan correlaciones estadísticamente significativas entre la variable ansiedad y todas las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos ($p < .001$).

En base a este coeficiente, el orden ascendente de las dimensiones con respecto a su correlación con la variable ansiedad es el siguiente: Límites deficitarios ($\tau_b = .43$, $p < .001$), Sobrevigilancia e inhibición ($\tau_b = .44$, $p < .001$), Desconexión y rechazo ($\tau_b = .53$, $p < .001$), Deterioro en autonomía y desempeño ($\tau_b = .54$, $p < .001$), y Dirigido por las necesidades de los demás ($\tau_b = .58$, $p < .001$).

Tabla 10

Correlaciones entre las dimensiones de los EDT y la variable ansiedad con el coeficiente tau b de Kendall

	Ansiedad
Desconexión y rechazo	.53***
Deterioro en autonomía y desempeño	.54***
Límites deficitarios	.43***
Dirigido por las necesidades de los demás	.58***
Sobrevigilancia e inhibición	.44***

*** $p < .001$

Se puede observar que, al aplicarse ambos coeficientes de correlación no paramétricos, todas las dimensiones presentan correlaciones estadísticamente significativas con la variable ansiedad, presentando en ambos casos el mismo orden de ascendencia. Además, cabe aclarar que se obtuvieron todos los coeficientes con un grado de significación muy relevante ($p < .001$), pudiéndose asumir un mayor grado confianza y solidez a los datos de correlación obtenidos.

Finalmente, para desarrollar el análisis de regresión lineal múltiple se requiere como paso previo la identificación de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables, y que cumplan con las propiedades de distribución normal y linealidad, tales como los requiere las correlaciones de Pearson. Debido a esta falencia, no se pudieron realizar los análisis de regresión.

4.2 Análisis y discusión de resultados

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, se procede a analizar las principales características de los participantes tomando como referencia sus valores en las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y en la variable ansiedad.

El objetivo general de la presente investigación consistió en identificar el grado de influencia de las dimensiones de los EDT sobre la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica. Debido a que no se cumplieron con ciertos supuestos estadísticos de las correlaciones paramétricas a través del coeficiente de Pearson (distribución normal de las puntuaciones y relación de linealidad entre las variables), no se pudo lograr el objetivo principal. No obstante, se procedió a identificar la relación entre las dimensiones y la sintomatología ansiosa a través de otros métodos estadísticos que permiten conocer las correlaciones no paramétricas.

Para lograr desarrollar el análisis de los resultados, cobra relevancia referir que las dimensiones están conformadas de esquemas que guardan una temática similar (León, Salazar y Puerta, 2013), y cada una evidencia necesidades urgentes vinculadas con la adaptación mientras que van conduciendo el desarrollo interpersonal de la persona (Rodríguez, 2009).

En la misma línea, Young (1999) agrega que los esquemas son patrones sólidos de pensamientos que influyen en las ideas de las personas en referencia a sí mismas y a su interacción social; por ende se entiende que muchas veces pueden conducir de modo disfuncional y desarrollar ciertas dificultades a nivel psicológico, ya que como describe Matute (2019), éstos suelen ser crónicos y asumidos como infalibles por el individuo, lo cual va obstaculizando su desenvolvimiento en diferentes áreas de su vida, como la

personal, social, laboral, familiar, etc. Por tal motivo, se entiende que muchas veces estas dimensiones, abren paso a que algunas personas puedan padecer síntomas ansiógenos, ya que la base cognitiva de los esquemas muchas veces puede tener una interpretación subjetiva de estímulos percibidos como aversivos (Villacob, 2015).

Sucede que la ansiedad, al ser un conjunto de factores cognitivos, fisiológicos, afectivos y conductuales que se hacen presentes como contestación a circunstancias reales o imaginarias que se interpretan como peligrosas, muchas veces puede conducir al individuo a tomar medidas de evitación frente al supuesto peligro (Ellis, 1998; citado en Catellanos y Estrella, 2012).

Siguiendo con el orden de los objetivos del estudio, cabe mencionar que a pesar de que no se puede hablar de una relación de carácter predictiva, tanto los coeficientes de rho Spearman como de tau b de Kendall confirman que sí existen correlaciones no lineales estadísticamente significativas entre todas las dimensiones y la variable ansiedad. El grado de relación existente puede ser clasificado en función al coeficiente obtenido; en base a ello, la jerarquía sería de la siguiente manera: el menor grado de relación se identificó en primera instancia con Límites deficitarios; luego, Sobrevigilancia e inhibición; después, Desconexión y rechazo; posteriormente; Deterioro en autonomía y desempeño; y finalmente, la dimensión Dirigido por las necesidades de los demás. Dicho dato permite confirmar la primera hipótesis específica de la presente investigación, en donde se propuso que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas tempranos desadaptativos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.

Esto no sólo concuerda con otras conclusiones en investigaciones previas como la de Shariati, Shariatnia y Daryoush (2004), quienes en su investigación acerca de la asociación entre ambas variables en estudiantes concluyeron que eran altamente

significativas ($p < .01$), o la de Pullido (2015) quien llegó a la conclusión de que ciertas dimensiones de esquemas desadaptativos tempranos (EDT) son la base de determinados diagnósticos e incluso pueden llegar a predecir aspectos como la ansiedad y depresión.

En primer lugar, la relación existente de la dimensión Límites deficitarios ha sido identificada en otras investigaciones al correlacionarse esta variable con la ansiedad rasgo y estado en estudiantes universitarios (Castellanos y Mogollón, 2013), así como su relación directa con la ansiedad general (McGinn, Cukor y Sanderson, 2005), sino que también, basado en el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3), sugiere que la carencia de límites referentes a la reciprocidad y disciplina por un exceso de permisividad puede abrir paso a síntomas de ansiedad, ya que el individuo tiene poca capacidad de controlar sus impulsos, respetar límites y tolerar la frustración (Villacob, 2015).

En cuanto a la relación significativa entre la variable ansiedad con la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición, no sólo se confirman las conclusiones previas de Castro (2015) y McGinn, Cukor y Sanderson (2005) acerca de la relación de ambas variables, sino que también, basada en el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3), sugiere que la represión disfuncional de las propias emociones para poder cumplir con otras normas puede conducir al desarrollo de sintomatología ansiosa. Esto se debe a que el individuo mantiene un excesivo control emocional e hipervigilancia de sus actos, lo cual a largo plazo, termina siendo perjudicial y generando mayor malestar emocional, incluyéndose la ansiedad (Villacob, 2015).

Con respecto a la relación significativa entre la variable ansiedad con la dimensión de Desconexión y rechazo, no sólo se apoya la idea de Castellanos y Mogollón (2013) quienes sugieren la relación de esta dimensión con la Ansiedad Rasgo en estudiantes universitarios, sino que tomando como base el Cuestionario de esquemas

de Young (YSQ-S3) se podría confirmar que el hecho de pensar que no se obtendrán las necesidades de seguridad, resguardo, amor y pertenencia puede conducir a la experimentación de sintomatología ansiosa y a la dificultad para establecer relaciones sociales estables. Esto se debe al constante temor a que las necesidades de protección, empatía y cuidado no puedan ser satisfechas en su totalidad (Villacob, 2015).

En cuanto a la relación significativa entre la variable ansiedad con la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño, se confirman varias conclusiones de investigaciones previas. Por ejemplo, la relación directa de esta dimensión con la ansiedad (McGinn, Cukor y Sanderson, 2005); asimismo, la sugerencia de Hawke y Provencher (2012) acerca de que esta dimensión se puede relacionar notoriamente con la presencia de trastornos de ansiedad. Además, tomando en cuenta la realidad nacional, Hilario (2016) concluyó en su investigación que esta dimensión fue la que mayor prevalencia (44,9%). Asimismo, tomando como referencia el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) se puede apoyar la idea de que la carencia de libertad y de funcionamiento independiente podría abrir paso libre a dificultades relacionadas con la ansiedad. Esto sería así debido a que la persona viviría a la espera constante de situaciones o personas externas, lo cual le dificultaría el libre albedrío cotidiano (Villacob, 2015).

Finalmente, en lo que respecta a la relación entre la variable ansiedad con la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás, cabe decir que fue la más significativa de las cinco dimensiones. Por ello, su profundización se ofrece ya habiendo contado previamente con la de las dimensiones anteriores. Cabe iniciar diciendo que esta relación significativa también confirma hallazgos nacionales previos como el de Hilario (2016), quien posiciona a esta dimensión como la segunda con mayor prevalencia (44,3%) después de la dimensión de Deterioro en autonomía y

desempeño (44,9%). Además, si se toma como referencia el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3), se puede sostener que la priorización excesiva de cumplir con las demandas ajenas por encima de las de uno mismo puede conducir al desarrollo de sintomatología ansiosa.

Cabe recordar que esta dimensión está compuesta por los esquemas siguientes: Subyugación (con el fin de evitar discusiones o abandono, se cede en exceso ante el control ajeno y se dejan de lado las propias necesidades o emociones); Autosacrificio (a expensas del propio bienestar, se atiende voluntariamente en exceso la necesidad de satisfacer las necesidades de los demás); y Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento (la autoestima depende de la opinión ajena, por lo que se adapta el propio estilo a las demandas ajenas debido al gran temor de que los demás ya no le aprueben como la persona desea). Según Villacob (2015), estos tres esquemas cuentan con elementos cognitivos muy parecidos ya que se enfocan de modo excesivo en los requerimientos ajenos a expensas de los propios anhelos, con el objetivo de alcanzar o retener la aprobación ajena. Asimismo, agrega que las personas con estos esquemas suelen mostrar mucha inseguridad en sus decisiones, ya que se restan valor personal a sí mismos, y usualmente tienen dar más valor a las demás personas.

Se sostiene también que el riesgo que esto trae es que como se quiere evitar a toda costa la posibilidad de ser desaprobados o dejados de lado, es que se puedan mostrar constantemente sumisos en sus relaciones sociales o complacientes para evitar esta amenaza hasta el punto de no dar importancia a sus necesidades básicas. Esto también por su explicación, puede conducir a que estas personas desarrollen un posible trastorno por fobia social (Villacob, 2015).

Todos estos hallazgos, concuerdan con la idea inicial de Young (1999) quien considera que los esquemas agrupados en sus dimensiones, son patrones sólidos de

pensamientos que influyen en las ideas que las personas tienen acerca de sí mismas y de su interacción social, y que, al estar compuestos por aspectos inconscientes referentes a las cogniciones, emociones y conductas, pueden desencadenar en dificultades en las diferentes áreas de vida de la persona.

Como limitaciones principales del estudio, cabe mencionar principalmente el hecho de que fue necesario hacer uso de estrategias no paramétricas, lo cual no permite que los resultados puedan ser generalizables, ya que también se contó con un muestreo no probabilístico. Cabe aclarar también que debido a las características de los resultados obtenidos (sin distribución normal, ni linealidad), no se llegaron a cumplir con todos los objetivos propuestos del estudio, ya que no se pudo seguir hablando de predicciones o influencias, y se hizo más énfasis en lo que a correlaciones no lineales respecta.

Otra importante limitación a tomar en cuenta fue el hecho de que no todos los participantes se encontraban bajo las mismas condiciones en lo que respecta a la medicación, ya que un 80% no estaba siendo medicado, lo cual podía hacerlos más propensos a que su sintomatología ansiosa incrementara.

Asimismo, otra relevante limitación contextual a tomar en cuenta es que, al desarrollarse el estudio durante un período de pandemia, era muy probable que las características del contexto hayan podido incrementar tanto los síntomas ansiógenos como las manifestaciones cognitivas de los esquemas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El presente estudio permite concluir que existe una correlación no lineal estadísticamente significativa entre todas las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos con los síntomas ansiógenos ($p < .001$).
- La dimensión más correlacionada con la variable ansiedad resultó ser la de Dirigido por las necesidades de los demás ($r = .73, p < .001$; $\tau_b = .58, p < .001$), lo cual sugiere que la tendencia a priorizar los requerimientos ajenos por encima de las propias necesidades, conducida por el temor a perder la aprobación ajena, puede conducir al desarrollo de sintomatología ansiosa.
- Al haberse hallado una relación significativa entre la variable ansiedad y la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño ($r = .71, p < .001$; $\tau_b = .54, p < .001$), se puede acotar que la carencia de libertad y de funcionamiento independiente puede abrir paso libre a dificultades relacionadas con la ansiedad.
- La evidencia de una relación significativa entre la dimensión de Desconexión y rechazo y la variable ansiedad ($r = .69, p < .001$; $\tau_b = .53, p < .001$), sugiere la idea de que el temor a no contar con las necesidades de seguridad, resguardo, amor y pertenencia puede conducir a la experimentación de sintomatología ansiosa y a la dificultad para establecer relaciones sociales estables.

El hecho de que la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición guarde una relación significativa con la variable ansiedad ($r = .60, p < .001$; $\tau_b = .44, p < .001$), apoya la idea de que la represión disfuncional de las propias

emociones para poder cumplir con otras normas puede conducir al desarrollo de síntomas ansiógenos.

- Por último, al estar la dimensión de Límites deficitarios significativamente relacionada con la variable ansiedad ($r=.59$, $p<.001$; $\tau_b=.43$, $p<.001$), se puede inferir que la carencia de límites referentes a la reciprocidad y disciplina por un exceso de permisividad puede abrir paso a síntomas de ansiedad.

5.2. Recomendaciones

- Para futuras investigaciones se sugiere contar con una mayor cantidad de participantes con el fin de propiciar resultados que permitan la generalización de las conclusiones obtenidas.
- Se recomienda utilizar un método de muestreo probabilístico o estandarizado.
- Se aconseja continuar investigando acerca del tema buscando cumplir los criterios que permitan hacer uso de métodos paramétricos con el fin de que se puedan generalizar los resultados.
- Abrir paso a investigaciones cualitativas que permitan indagar en los factores o categorías que subyacen en la relación entre las dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y la sintomatología ansiosa.
- Se considera prudente continuar desarrollando investigaciones con análisis estadísticos de regresión lineal simple, múltiple, jerárquica o modelos de

ecuaciones estructurales, que permitan observar los factores que explican de manera más eficaz las varianzas que las variables evidencian en el estudio.

- Para futuras investigaciones, se sugiere realizarlas con un diseño longitudinal con el fin de observar el comportamiento de la sintomatología ansiosa mientras se trabajan las dimensiones de los esquemas.
- Se recomienda diseñar un programa que permita reducir la sintomatología ansiosa mediante el abordaje terapéutico de las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos de los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo-Vélez, D. M., Casadiegos-Garzón, C. P., y Sánchez-Ortíz, D. L. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas psychologica*, 8(1), 87-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168008>
- Alcántara-Jiménez, M. M., y García-López, L. J. (2017). Revisión de los procedimientos observacionales y cognitivos para la evaluación de la ansiedad social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 243-260. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2017-22-3-5030/Revision_procedimientos.pdf
- Álvarez, J., y Villa, A. (2016). Esquemas maladaptativos tempranos y trastornos de ansiedad en la primera infancia y la niñez. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (21), 45-68. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Amat, J. (2016). *Correlación lineal y Regresión lineal simple*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de https://www.cienciadedatos.net/documentos/24_correlacion_y_regresion_lineal#correlaci%C3%B3n_lineal
- Antona, C., y García, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista latinoamericana de psicología*, 40(2), 281-292. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v40n2/v40n2a06.pdf>
- Beck, A. T. (1985). *Theoretical perspectives on clinical anxiety*. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 183–196). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Botella, J., Suero, M. y Ximénez, C. (2012). *Análisis de datos en psicología I*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F., y Lang, A. (2014). G*Power (versión 3.1.9.2) [Software de computación]. Recuperado de <http://www.gpower.hhu.de/>
- Cabezas, H., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en

- una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>
- Cámara, M., y Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Psicología conductual*, 18(3), 491-509. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/1943330/03_C_mara.pdf?response
- Carvajal Guiral, J. P., & García Zapata, K. (2015). *Esquemas maladaptativos tempranos presentes en adolescentes con diagnóstico dual* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Antioquía, Medellín. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16072/1/CarvajalJuan_2015_EsquemasMaladaptativosTempranos.pdf
- Castellanos, L., y Mogollón, I. (2013). *Relaciones entre esquemas maladaptativos tempranos y ansiedad en estudiantes universitarios con sobrepeso en la ciudad de Bucaramanga* (Trabajo de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/765/Informe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castellanos, P., y Estrella, C. (2012). *Ansiedad y depresión en las interrelaciones de pareja: estudio realizado en 25 parejas de padres de familia del Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad, en mayo y junio del 2012 a partir de la teoría cognitiva de Aaron Beck y Albert Ellis* (Tesis de Bachillerato). Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5508/T-PUCE-5736.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro García, Y. C. (2015). *Esquemas maladaptativos tempranos, características sociodemográficas y de la labor, como predictores de ansiedad en personal de la Policía Nacional* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/password-login;jsessionid=B7FCFEB68C2449094C09DDA0DF8E45E7>
- Cejudo, R., & Fernández, A. (2017). Fobia social: un fenómeno incapacitante. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(2), 836-851.

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi152q.pdf>

- Christopher, A. N. (2017). *Interpreting and using statistics in psychological research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Córdova Sotomayor, D. A., y Santa María Carlos, F. B. (2018). Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(2), 89-96. <https://doi.org/10.20453/reh.v28i2.3324>
- De La Cruz Quicaño, J. S. (2019). *Prevalencia de los esquemas maladaptativos tempranos en adolescentes con bajo, medio y alto nivel de conducta antisocial en una Institución Educativa Del Callao* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima. Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3158/UNFV_DE_LA_CRUZ_QUICA%c3%91O_JOHN_SIXTO_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Editorial Paidós.
- García, S. (2014). *Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad nacional de Lima* (Tesis de maestría en psicología). Universidad de San Martín de Porres, Lima. Recuperado de http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1148/GARCIA_AS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gargurevich, V. P. (2019). *Esquemas Tempranos Mal Adaptativos en Jóvenes con Educación Superior Pertenecientes y No Pertenecientes a las Fuerzas Armadas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2386/T030_47488892_T%20Gargurevich%20Del%20Castillo%2c%20Vania%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Gómez, A. (2012). Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia profesional*, 26(6), 32-39. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412678054>
- Grami, A. (2020). *Probability, random variables, statistics, and random processes. Fundamentals & applications*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Hawke, L. y Provencher, M. (2012). The Canadian french young schema questionnaire: confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 40-49. <https://doi.org/10.1037/a0026197>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México, D.F: McGraw-Hill Education.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hilario Sanz, J. R. (2016). *Adaptación y propiedades psicométricas del Cuestionario de Esquemas de Young-Forma Abreviada (YSQ-SF) en universitarios de Villa El Salvador* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Perú, Lima. Recuperado de <https://studylib.es/doc/8093480/hilario-sanz---repositorio-de-la-universidad-aut%C3%B3noma-del>
- International Business Machines Corporation. (2017). IBM SPSS statistics for windows (Version 25.0) [Computer software]. Recuperado de: <https://www.ibm.com/pe-es/analytics/spss-statistics-software>
- Isaza, L., Acevedo, E., & Hernández, F. (2015). Comparación de pruebas de normalidad. *Universidad Nacional de Colombia, Medellín*. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54899721/Isaza_Acevedo___Hernandez_Pruebas_Normalidad.pdf?1509681855
- Kaplan, H., Sadock, B., y Sadock, V. (2009). *Sinopsis de psiquiatría* (10.a ed.). Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- León, A., Salazar, A., & Puerta, D. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos en sujetos con organización de significado personal depresiva. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (16), 99-122. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527443>

- López, A., Cid, J., Obst, J., Rondón, J., Alfano, S., y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83–115. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>
- Lozano-Vargas, A., & Vega-Dienstmaier, J. (2013). Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(2), 212-219. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a08v30n2.pdf>
- Lozano-Vargas, A., y Vega-Dienstmaier, J. M. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 226-234. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a03v81n4.pdf>
- Matute, A. A. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) en muestra mixta peruana* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Lima, Lima. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Matute_Cruces/publication/336879733_PSYCHOMETRIC_PROPERTIES_OF_THE_YOUNG_SCHEMES_QUESTIONNAIRE_YSQ-S3_IN_PERUVIAN_MIXED_SAMPLE/links/5ddc697692851c1fedb1d3aa/P_Sychometric-properties-of-the-young-schemes-questionnaire-ysq-s3-in-peruvian-mixed-sample.pdf
- McGinn, L. K., Cukor, D. & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: does increased early maladaptive schemas influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3166-1>
- Medianero, D. (2011). Metodología de estudios de línea de base. *Pensamiento crítico*, 15, 061-082. <https://doi.org/10.15381/pc.v15i0.8994>
- Merlo, L. (2015). *Eficacia de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el tratamiento de la ansiedad en personas drogodependientes* (Bachelor's thesis,

- Quito: UCE). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7130/1/T-UCE-0007-141c.pdf>
- Morales, G., Menares, M., y Pérez, J. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología, 12*(1), 9-25. doi:10.5354/0719-0581.2012.17293
- Moreno, P., y Martín, J. (2004). Dominar las crisis de ansiedad. Una *guía para pacientes*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower.
- Myatt, G. J., & Johnson, W. P. (2014). *Making sense of data I. A practical guide to exploratory data analysis and data mining*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. (23 de febrero de 2017). *Diario El Mercurio*. Recuperado de <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- Pearson, K. (2018). *Exploratory data analysis using R*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Pelaez Urrea, J., & Vega López, S. (2018). *Esquemas maladaptativos tempranos en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en una universidad pública de la ciudad de Medellín* (Trabajo de grado). Universidad de Antioquía, Medellín. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16332/1/PelaezJohana_2018_EsquemasMaladaptativosTempranos.pdf
- Pullido, D. (2015). *Factores sociodemográficos y de salud, esquemas maladaptativos y satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal como predictores de la aceptación de cirugías plásticas estéticas* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogotá. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/2268>
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 59-70. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90033-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90033-0)
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Biblioteca virtual en salud.

- Ribeiro, F., dos Santos, P. L., Cazassa, M. J., & da Silva Oliveira, M. (2014). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: Estudio de comparación intergrupar. *Revista argentina de clínica psicológica*, 13(3), 15-22. Recuperado de http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9213/2/Esquemas_Desadaptativos_Tempranos_y_Sintomas_Depresivos_Estudio_de_comparacion_intergrupar.pdf
- Rodríguez, E. (2009). The scheme therapy of Jeffrey Young. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 17(1), 59-74. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Salazar Sánchez, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. Julio 2015-diciembre 2015* (Tesis de Titulación). Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/454/Salazar_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P., y Lucio Gómez-Maqueo, M. E. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 15-21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.2>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Sakulsriprasert, C., Phukao, D., Kanjanawong, S., y Meemon, N. (2016). The reliability and factor structure of thai young schema questionnaire-short form 3. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.011>
- Shariati, S., Shariatnia, K., & Daryoush, G. (2004). Correlation between anxiety and early maladaptive schemas in female students of third year of high school in

- Minudasht. *European Journal of Experimental Biology*, 4(2), 198-203.
Recuperado de www.pelagiaresearchlibrary.com
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Solis Cedeño, L. J. (2014). *Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad* (Tesis de Bachillerato). Universidad Central del Ecuador, Quito. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3673/1/T-UCE-0007-112.pdf>
- Tamayo, C. (2000). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*. México: Pretince Hall.
- Trevejo Neyra, M. D. L. Á., & Diaz Delgado, L. X. (2020). *Esquemas maladaptativos tempranos y satisfacción con la vida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana 2019* (Tesis de bachillerato). Universidad Científica del Sur, Lima. Recuperado de <https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/UCS/1229/TB-Diaz%20L-Trevejo%20M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villacob, K. (2015). Formación de esquemas maladaptativos tempranos y su relación con los trastornos ansiosos. *Tejidos Sociales*, 1, 100-108. Recuperado de <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/tejsociales/article/view/1445/1396>
- Villanueva, A., Pantani, F., Rosas, J., Lozano, A., & Ticse, R. (2019). *Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú* (Tesis de grado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6409/Frecuencia_PantaniRomero_Francesco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Weiss, N. A. (2017). *Introductory statistics* (10th ed.). Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Whitley, B. E., & Kite, M. E. (2018). *Principles of research in behavioral science*. Routledge.

- Wright, D. (2003). Making friends with your data: Improving how statistics are conducted and reported. *British Journal of Educational Psychology*, 73(1), 123-136. doi: 10.1348/000709903762869950
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3a ed.). Sarasota, FL: Profesional Resource Exchange.
- Young, J. (2005). *Young schema questionnaire – short form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. y Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. *Tratado de los trastornos de la personalidad*, 289-308. <https://doi.org/10.22235/cp.v5i1.102>
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2015). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración de autenticidad



Escuela de Posgrado

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando: *(Apellidos y nombres)*

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

Firma del graduando

Fecha

Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación



Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa:	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI
		NO

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área:	Cargo del Jefe/Responsable del área:
--	--------------------------------------

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular:	Correo electrónico de la empresa:
---	-----------------------------------

_____ Firma

_____ Fecha

Anexo 3: Ficha sociodemográfica virtual de Google Forms

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino - Femenino

3. Estado civil:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Divorciado/a
 - Conviviente
 - Soltero/a con pareja

4. Distrito de residencia: _____

5. Grado de instrucción:
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Técnica incompleta
 - Técnica completa
 - Universitaria incompleta
 - Universitaria completa

6. Tiempo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:
 - Menos de 6 meses
 - Entre 6 meses y 1 año
 - Entre 1 año y 2 años
 - Más de 2 años
 - He recibido atención en el último año y medio

7. ¿Actualmente está siendo medicado(a) con el fin de disminuir síntomas relacionados con la ansiedad?
 - No
 - Sí, hace menos de 6 meses
 - Sí, entre 6 meses y 1 año
 - Sí, entre 1 año y 2 años
 - Sí, hace más de 2 años

Anexo 4: Consentimiento informado virtual de Google Forms

¡Hola!

En primer lugar, muchas gracias por tomarse unos minutos para participar de este proceso.

Para facilitarlo, si se encuentra utilizando un dispositivo móvil, se sugiere colocarlo horizontalmente para una mejor visualización de todas las opciones de respuesta.

El presente estudio dirigido a mayores de 18 años, tiene como objetivo determinar el grado en que las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos predicen la sintomatología ansiosa, y consta de dos cuestionarios.

Es necesario que el participante sea mayor de 18 años y disponga de aproximadamente 15 minutos. Su participación será confidencial y la información recolectada será usada sólo con propósitos académicos y en posibles publicaciones en revistas científicas. Los datos recolectados siempre serán utilizados a nivel grupal y no individual; asimismo, podrán ser usados en posteriores estudios en esta misma línea de investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, lo cual significa que serán anónimas; por lo que en ningún momento se le pedirá su nombre.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede escribir al correo de contacto: albertopacheco310@gmail.com. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso le perjudique de alguna manera. Por otro lado, solo es válida una encuesta por persona; si ya ha respondido, le pedimos que no lo haga de nuevo.

¡Muchas gracias!

1. ¿He leído y comprendido el consentimiento informado?

SI

NO

2. ¿Estoy de acuerdo con participar de este proceso?

SI

NO

3. ¿Soy mayor de 18 años?

SI

NO

Anexo 5: Cuestionario de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20)

Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20)

En relación a cómo se ha sentido en la última semana. Marque *Si* o *No*.

Nº	Ítem	Sí	No
1	Me da miedo alejarme de mi casa.	Sí	No
2	Me he sentido aturdido o confundido.	Sí	No
3	Tengo miedo de conocer gente nueva.	Sí	No
4	He sentido que me falta el aire o me ahogo.	Sí	No
5	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado.	Sí	No
6	He sentido miedo sin motivo.	Sí	No
7	Me da miedo estar en lugares altos.	Sí	No
8	He sentido dolor o presión en el pecho.	Sí	No
9	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	Sí	No
10	Tiendo a sentirme nervioso.	Sí	No
11	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo.	Sí	No
12	Me he sentido agitado o alterado.	Sí	No
13	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo.	Sí	No
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta.	Sí	No
15	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir.	Sí	No
16	Me siento inseguro, como si me fuera a caer.	Sí	No
17	Tengo escalofríos frecuentemente.	Sí	No
18	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible.	Sí	No
19	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer.	Sí	No
20	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo.	Sí	No

Autores: Antonio Lozano-Vargas, Johann Vega-Dienstmaier. Rev Neuropsiquiatr 2018; 81(4):226-234

Anexo 6: Cuestionario de la adaptación peruana del (YSQ-S3)

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS (YSQ-S3)

Young J.

[Adaptación Peruana]

Nombre _____ Fecha ___/___/___

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe durante el último año. Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que *emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad*.

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.

Escoja la puntuación más elevada desde 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase:

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

1. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2. _____ Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
3. _____ Presiento que la gente se aprovechará de mí.
4. _____ No me aceptan en ningún lugar.
5. _____ Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
6. _____ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
7. _____ No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
8. _____ No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
9. _____ No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
10. _____ Pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.
11. _____ Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí

1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

12. _____ Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
13. _____ Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
14. _____ Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
15. _____ Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
16. _____ Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.
17. _____ Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.
18. _____ Si cometo un error, merezco ser castigado.
19. _____ En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
20. _____ Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
21. _____ Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
22. _____ Soy básicamente diferente de las otras personas.
23. _____ Nadie que yo desee querría estar cerca de mí, si me conociese realmente.
24. _____ Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
25. _____ Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en mi desempeño diario.
26. _____ Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
27. _____ Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
28. _____ Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
29. _____ Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
30. _____ Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
31. _____ Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
32. _____ Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.

1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

33. _____ Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
34. _____ Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.
35. _____ Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga.
36. _____ Si no lo intento con toda mis fuerzas, supondría ser un perdedor.
37. _____ Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
38. _____ Me preocupa que las personas, a las que me siento unido, me dejen o me abandonen.
39. _____ Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
40. _____ No me siento unido a nadie, soy un solitario.
41. _____ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
42. _____ La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
43. _____ No tengo sentido común.
44. _____ Me preocupa que me puedan atacar.
45. _____ Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
46. _____ En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
47. _____ Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
48. _____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
49. _____ Debo cumplir todas mis responsabilidades.
50. _____ Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
51. _____ Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
52. _____ Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importantes.
53. _____ No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.
54. _____ Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.

1 =	Totalmente falso	4 =	En ocasiones verdadero
2 =	La mayoría de veces falso	5 =	La mayoría de veces verdadero
3 =	Más verdadero que falso	6 =	Me describe perfectamente

55. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuche o comprenda mis verdaderas necesidades y sentimientos.
56. _____ Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.
57. _____ Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
58. _____ Me siento alejado o aislado del resto de personas.
59. _____ Siento que no soy simpático.
60. _____ No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
61. _____ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
62. _____ Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
63. _____ A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
64. _____ Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
65. _____ Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
66. _____ Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.
67. _____ Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
68. _____ Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
69. _____ No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no disfruto, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
70. _____ Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.
71. _____ No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.
72. _____ No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.
73. _____ Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.

1 = Totalmente falso	4 = En ocasiones verdadero
2 = La mayoría de veces falso	5 = La mayoría de veces verdadero
3 = Más verdadero que falso	6 = Me describe perfectamente

74. _____ Algunas veces, estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.
75. _____ Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
76. _____ Siempre me siento poco integrado en los grupos.
77. _____ En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
78. _____ No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
79. _____ No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
80. _____ Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
81. _____ A menudo siento que no tengo una identidad independiente de las de mis padres o pareja.
82. _____ Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
83. _____ Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
84. _____ La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
85. _____ No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
86. _____ Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
87. _____ Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.
88. _____ Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.
89. _____ Me preocupa que una decisión equivocada me puede llevar al desastre.
90. _____ Soy una mala persona que merece ser castigada.

Anexo 7: Autorización para aplicar la (EAL-20)



EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS

dom., 15 mar. 16:11 (hace 20 horas)



para mí ▾

Estimado

Alberto Pacheco

Agradecemos tu interés en usar nuestras escalas en tu trabajo de investigación y te damos el permiso para usarlas.

A continuación te enviamos los artículos originales de validación, las escalas breves de ansiedad de lima de 20 ítems y la de psicopatología depresiva de 6 ítems y la orientación para poder calificar las escalas.

Anexo 8: Autorización para aplicar la adaptación peruana del (YSQ-S3)



Andrea Matute <andreamatute22@gmail.com>

14:26 (hace 20 minutos)



para mí ▾

Estimado Alberto,

Con mucho gusto te brindo mi autorización para la utilización del Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3) y te comparto el cuestionario de esquemas (YSQ-S3) que se adaptó como parte de mi investigación en una muestra mixta de Lima Metropolitana. De igual forma, te adjunto la escala de corrección. Recuerda que el tipo de respuesta corresponde a una escala de Likert de 6 puntos, desde un puntaje menor que se aleja a la descripción (puntaje 1 "totalmente falso") hasta el mayor puntaje que describe a la perfección (puntaje 6 "me describe perfectamente"). La forma de calificación es mediante el análisis de cada esquema por separado, rodeando las puntuaciones más altas (normalmente, el 5 y 6). Si se presenta tres o más puntuaciones altas, es decir, valoradas con 5 y/o 6 en un esquema particular, tal esquema suele ser relevante para el paciente y merece ser examinado con atención.

De otro lado, te pediría me envíes una copia o archivo de tu tesis para tenerla en mi biblioteca.

Te deseo mucha suerte y éxitos,

Andrea Matute C.

Anexo 9: Matriz de consistencia

Problema principal	Objetivo general	Hipótesis general	Variable independiente	Indicador de la V.I.	Variable dependiente	Indicador de la V.D.
¿Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos podrían considerarse como variables predictoras de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?	Determinar el grado en que las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos predicen la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.	-HG1: Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos influyen de manera significativa en el nivel de severidad de la sintomatología ansiosa en una muestra clínica. -HG0: Las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos no influyen de manera significativa en el nivel de severidad de la sintomatología ansiosa en una muestra clínica.	Dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT)	Las dimensiones de los EDT predominantes en el individuo: Al corresponder 5 ítems por esquema, y ser las puntuaciones más altas las de 5 y 6; se puede considerar como (EDT) del participante aquellos que obtengan una puntuación de 5 o 6 en 3 o más ítems. Se trabaja con la media como punto de corte,	Ansiedad	Severidad de los síntomas ansiógenos: El puntaje máximo es de 20 puntos. Según la sensibilidad y especificidad el punto de corte para predecir la presencia de síntomas de ansiedad es de 10 puntos o más.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas				
-¿Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica? -¿La dimensión de Desconexión y rechazo podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica? -¿La dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño podría considerarse como variable predictora de la sintomatología	-Identificar las relaciones entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica. -Identificar el grado en que la dimensión de Desconexión y rechazo predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica. -Identificar el grado en que la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño predice la sintomatología ansiosa	-HE1: Existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica -HE0: No existen relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica -HE2: La dimensión de Desconexión y rechazo influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica. -HE0: La dimensión de Desconexión y rechazo no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica. -HE3: La dimensión de Deterioro en autonomía y				

<p>ansiosa en pacientes de una muestra clínica?</p> <p>-¿La dimensión de Límites deficitarios podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?</p> <p>-¿La dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?</p> <p>-¿La dimensión de Sobrevigilancia e inhibición podría considerarse como variable predictora de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica?</p>	<p>en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-Identificar el grado en que la dimensión de Límites deficitarios predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-Identificar el grado en que la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-Identificar el grado en que la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición predice la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p>	<p>desempeño influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE0: La dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE4: La dimensión de Límites deficitarios influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE0: La dimensión de Límites deficitarios no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE5: La dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE0: La dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE6: La dimensión de Sobrevigilancia e inhibición influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p> <p>-HE0: La dimensión de Sobrevigilancia e inhibición no influye de manera significativa en el nivel de la sintomatología ansiosa en pacientes de una muestra clínica.</p>		<p>las cuales varían entre 2.20 hasta 3.59 dependiendo del esquema que se analiza.</p> <p>Asimismo, tomando como base la adaptación peruana realizada por Matute (2019), la media del puntaje total es de 50.30 para una muestra clínica.</p>		
---	--	--	--	---	--	--

Anexo 10: Matriz de operacionalización

Variable independiente	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Ítems
Dimensiones de los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT)	Los esquemas predominantes en el individuo: Al corresponder 5 ítems por esquema, y ser las puntuaciones más altas las de 5 y 6; se puede considerar como (EDT) del participante aquellos que obtengan una puntuación de 5 o 6 en 3 o más ítems. Se trabaja con la media como punto de corte, las cuales varían entre 2.20 hasta 3.59 dependiendo del esquema que se analiza. Asimismo, tomando como base la adaptación peruana realizada por Matute (2019), la media del puntaje total es de 50.30 para una muestra clínica.	Young (1999) define a los Esquemas desadaptativos tempranos (EDT) como patrones compuestos por memorias, respuestas fisiológicas, emociones y pensamientos que la persona tiene en relación a sí misma y a sus relaciones sociales. Las dimensiones o dominios de esquemas conforman la temática dentro de la que se agrupan los esquemas similares. Estas son las desconexión y rechazo, deterioro en autonomía y desempeño, límites deficitarios, dirigido por las necesidades de los demás, sobrevigilancia e inhibición (León, Salazar y Puerta, 2013).	Los esquemas desadaptativos tempranos son las pautas profundas de pensamientos, emociones, recuerdos y reacciones fisiológicas que guían a la persona en sus conductas intrapersonales e interpersonales. Éstos se miden mediante el Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3). Asimismo, operacionalmente, se puede entender que las dimensiones son las áreas en que se agrupan los esquemas de acuerdo a sus características principales.	<u>Cinco dimensiones compuestas por dieciocho esquemas:</u> -Desconexión y rechazo -Deterioro en autonomía y desempeño -Límites deficitarios -Dirigido por las necesidades de los demás -Sobrevigilancia e inhibición.	Adaptación peruana del Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3).	90 ítems.
Variable dependiente	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Ítems
Ansiedad	Severidad de los síntomas ansiógenos: El puntaje máximo es de 20 puntos. Según la sensibilidad y especificidad el punto de corte para predecir la presencia de síntomas de ansiedad es de 10 puntos o más.	Ellis (1998) define a la ansiedad como: “Un conjunto de sensaciones molestosas y de tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables, es decir, cosas que van en contra de sus deseos. Además, la ansiedad advierte lo que se tiene que hacer al respecto” (como se citó en Catellanos, y Etrella, 2012).	La ansiedad se entiende como la agrupación de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que se manifiestan como respuesta de alerta frente a situaciones indeseadas reales o interpretadas como peligrosas sin necesariamente serlo.	<u>Cuatro dimensiones:</u> - Fobia social - Ansiedad psíquica - Síntomas físicos - Agorafobia	Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20).	20 ítems.

Anexo 11: Tablas e histogramas para identificar la curva de normalidad

Tabla 8

Prueba de bondad/ajuste de Shapiro-Wilk de las puntuaciones de las cinco dimensiones de los EDT y la variable ansiedad

	Estadístico	gl	Sig.
Desconexión y rechazo	.87	80	.00
Deterioro en autonomía y desempeño	.87	80	.00
Límites deficitarios	.97	80	.08
Dirigido por las necesidades de los demás	.95	80	.01
Sobrevigilancia e inhibición	.97	80	.08
Ansiedad	.91	80	.00

N=80

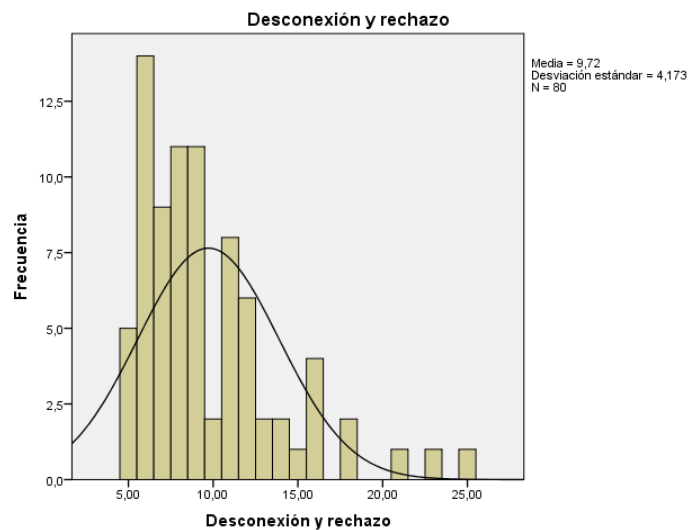


Figura 1. Histograma de la distribución de los puntajes de la dimensión de Desconexión y rechazo

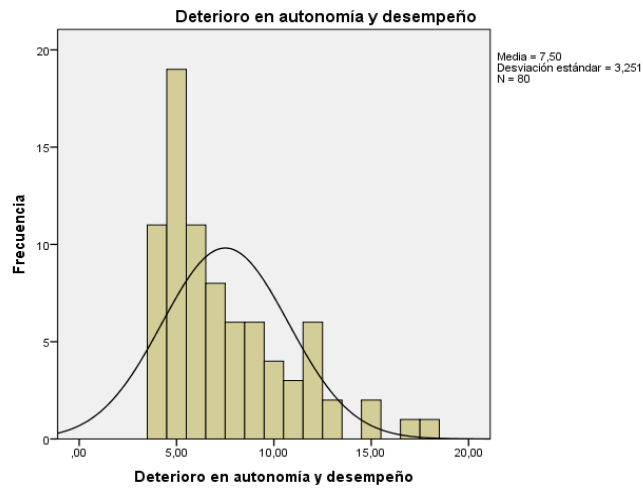


Figura 2. Histograma de la distribución de los puntajes de Deterioro en autonomía y desempeño

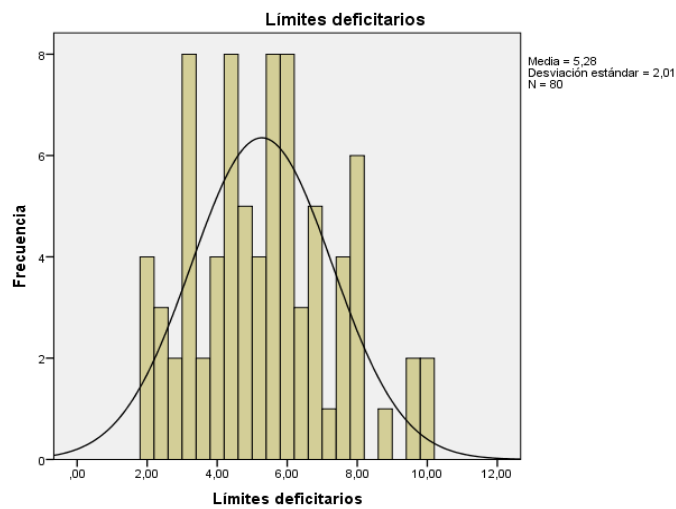


Figura 3. Histograma de la distribución de los puntajes de la dimensión de Límites deficitarios

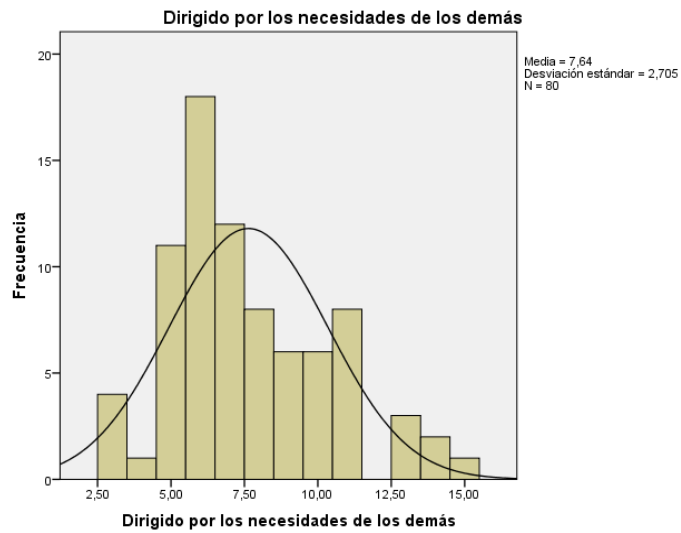


Figura 4. Histograma de la distribución de los puntajes de la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás

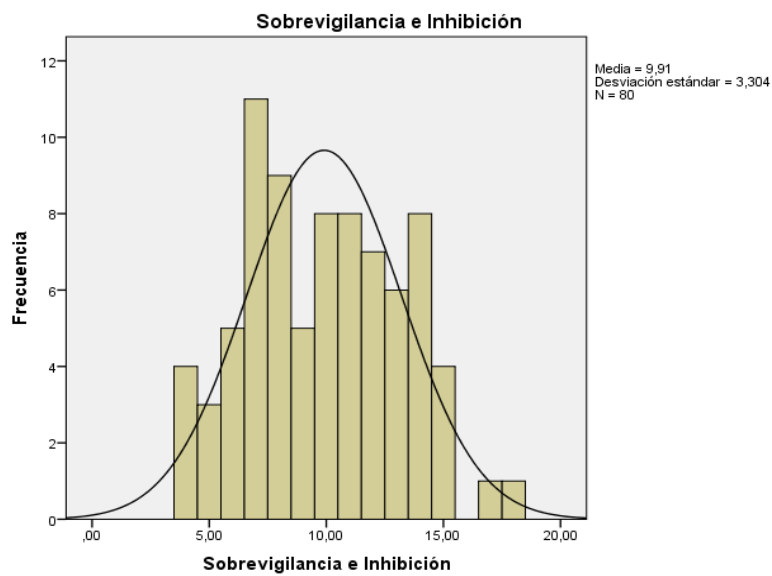


Figura 5. Histograma de la distribución de los puntajes de la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición

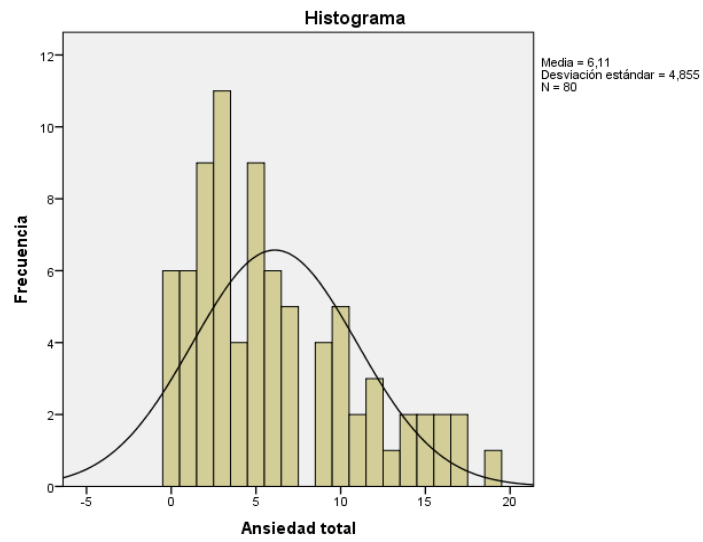


Figura 6. Histograma de la distribución de los puntajes de la variable ansiedad

Anexo 12: Gráficos de dispersión

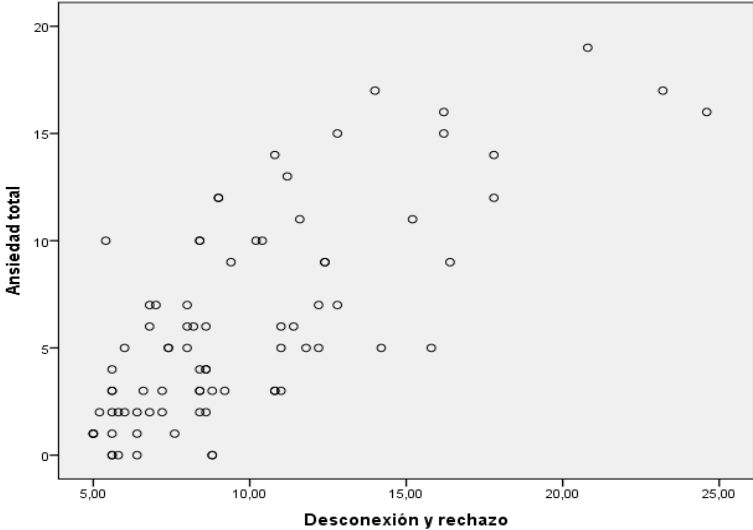


Figura 7. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Desconexión y rechazo

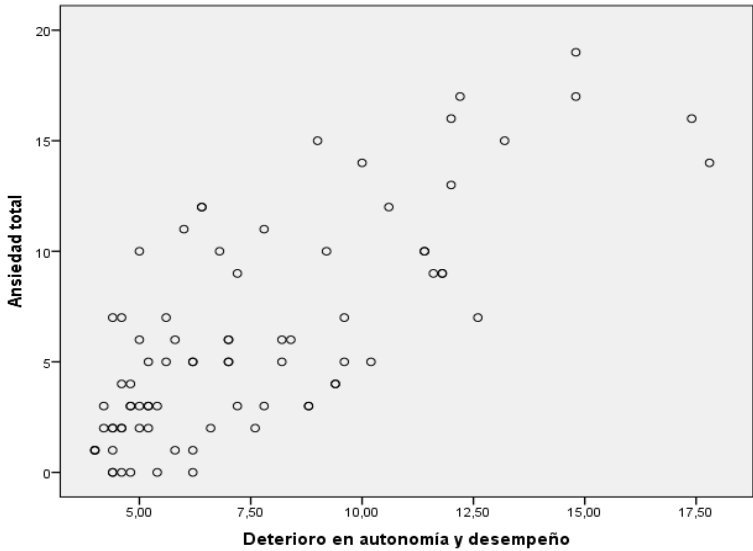


Figura 8. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Deterioro en autonomía y desempeño

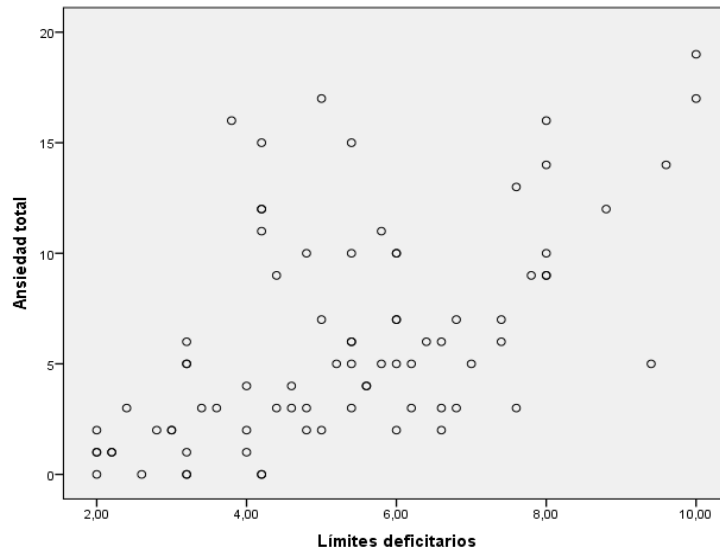


Figura 9. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Límites deficitarios

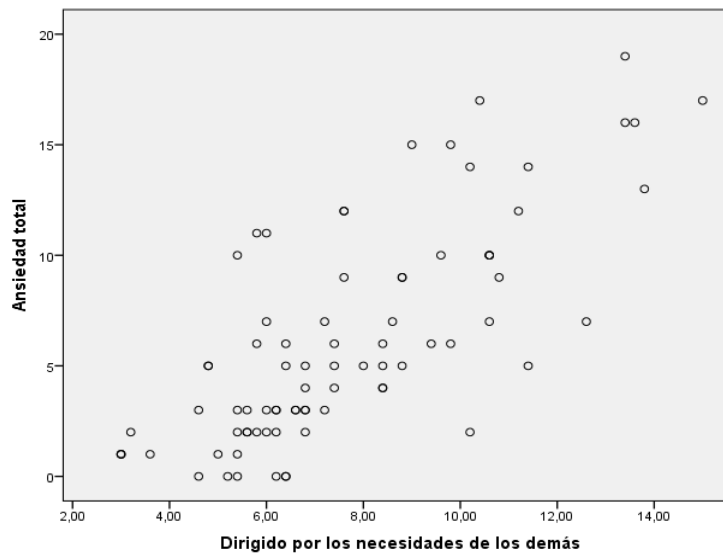


Figura 10. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Dirigido por las necesidades de los demás

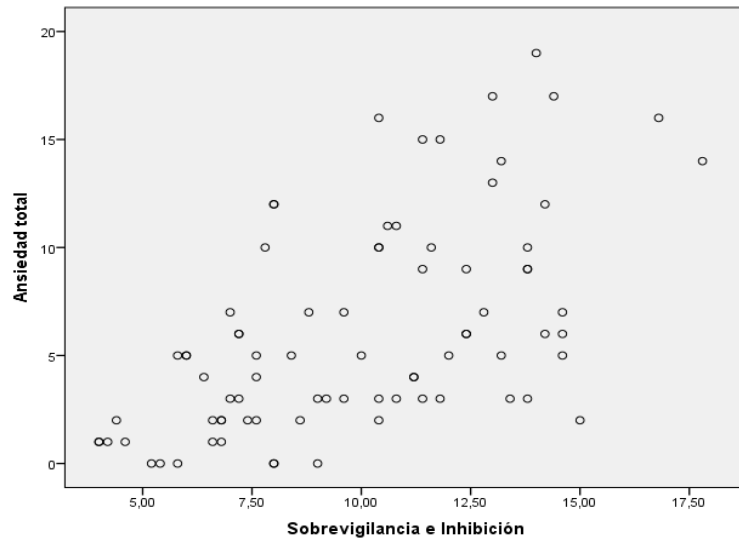


Figura 11. Gráfico de dispersión entre la variable ansiedad y la dimensión de Sobrevigilancia e inhibición