



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Estudio de correlación entre las variables de esquemas
maladaptativos tempranos y estrategias de
afrontamiento en una población de estudiantes
universitarios**

Juan Pablo Velásquez Mazo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2020

NOTA: El presente trabajo de grado hace parte de la maestría en profundización de la Universidad Nacional de Colombia. Por lo tanto, no cuenta con los mismos parámetros de rigurosidad de una tesis de maestría de psicología en investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer cuál es la relación que se presenta entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento en una población de 202 estudiantes universitarios, con edades desde 16 hasta 31 años ($M = 20.89$; $DE = 2.75$). Se utilizaron los instrumentos del Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L₂) adaptado de Young y Brown (1990) (Castrillón et al., 2005) y la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) adaptada de Chorot y Sandín (1993) (Londoño-Arredono et al., 2006). Los cuestionarios fueron aplicados a la muestra en instituciones de educación superior en la ciudad de Medellín, Colombia, posteriormente se construyó una base de datos y se realizó el análisis estadístico de correlaciones por medio de un análisis de componentes principales para datos categóricos (PCA-CAT). Los resultados demuestran asociaciones fuertes entre el esquema de autosacrificio y las estrategias de evitación emocional (0.52) y expresión de la dificultad de afrontamiento (0.51). Al no ser la mayoría significativas se descartan las hipótesis de trabajo.

Palabras clave: esquemas maladaptivos tempranos, estrategias de afrontamiento, psicología cognitivo conductual, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

The main objective of this research is to identify the relationship between early maladaptive schemas and coping strategies in a population of 202 university students, with ages from 16 to 31 years ($M = 20.89$; $SD = 2.75$). Questionnaires used for this research were The Young Schema Questionnaire (YSQ-L₂) adapted from Young and Brown (1990) (Castrillón et al., 2005) and the Coping Strategies Scale - Modified (EEC-M) adapted from Chorot and Sandín were used. (1993) ((Londoño-Arredono et al., 2006)). Questionnaires were administered to the sample in higher education institutions in the city of Medellín, Colombia. A database was later constructed and the statistical analysis of correlations was performed using a principal component analysis for

categorical data (PCA-CAT). Results show strong associations between the self-sacrifice schema and emotional avoidance strategies (0.52) and expression of coping difficulty (0.51). As the majority are not significant, the working hypotheses are discarded.

Key words: early maladaptive schemas, coping strategies, cognitive behavioral psychology, university students

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la presencia de los esquemas maladaptativos tempranos y la presencia de las estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios?

Objetivo general

Determinar la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes universitarios

Objetivos específicos

Identificar los esquemas maladaptativos tempranos presentes en estudiantes universitarios.

Identificar las estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes universitarios.

Determinar la asociación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes universitarios.

Introducción

Justificación.

Los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, & Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015) señalan que los adolescentes y los adultos jóvenes presentan factores de riesgo a nivel de salud mental. Los

factores más destacados para adolescentes entre 12 y 18 años, con su respectivo porcentaje de incidencia, son: el desplazamiento forzado por algún tipo de violencia con el 18%, alguna sintomatología para algún trastorno mental con el 12%, uno o más síntomas de ansiedad con 52,9%, cuatro o más síntomas para depresión con el 19,7%, síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis el 10,1% y consumo excesivo de alcohol con el 5,2%. Por otro lado, los adultos, de entre 18 y 44 años, presentan los siguientes factores de riesgo a nivel de salud mental: el desplazamiento forzado con el 18,7 % síntomas sugestivos de algún trastorno mental con el 9,6%, uno o más síntomas de ansiedad con el 52,9%, uno o más síntomas depresivos con el 80,2% y consumo excesivo de alcohol con 21,8%. Por otra parte, Agudelo-Veléz, Casadiegos-Garzón y Sánchez-Ortíz (2009), señalan que el 12% de los consultantes del bienestar universitario fueron diagnosticados con rasgos tendientes a la ansiedad y otro 12% de consultantes fue diagnosticado con rasgos depresivos. Adicional a estos porcentajes de sintomatología de consultantes del bienestar universitario, también la encuesta de salud mental del 2015 muestra prevalencia de trastornos mentales en la población juvenil, donde, utilizando el instrumento de CIDI-CAPI, el cual provee diagnósticos clínicos del DSM IV, identifican una prevalencia del 7,2% de enfermedades mentales en los adolescentes de Colombia, entre los que resaltan los trastornos ansiosos, con un 3,5%, siendo la fobia social el trastorno predominante en esta población, seguido por el trastorno depresivo mayor con un 0.8% (Ministerio de Salud y Protección Social et al. , 2015).

Al mencionar que los jóvenes y adultos también sufren psicopatologías, es preciso dar definiciones acerca de qué es una enfermedad mental; la Organización Mundial de la Salud [OMS] menciona que las enfermedades mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, percepciones, emociones, conducta y las relaciones con los demás. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Enfocándose en las problemáticas de la ansiedad y depresión, la OMS menciona que los trastornos depresivos y ansiosos son problemas habituales que afectan la

capacidad de trabajo y la productividad; más de 300 millones de personas en el mundo sufre depresión, siendo ésta la mayor causa de discapacidad (OMS, 2017). Por otro lado, en la población adulta, se señala una prevalencia de psicopatología es del 9,1-%, en donde se caracteriza que el trastorno más prevalente en esta población es la depresión mayor, con un 1.6-%, seguido del trastorno de fobia social, también -con un 1.6% de prevalencia.

Por otra parte, los resultados de la encuesta de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015), indican que la población adolescente y adulta presenta otros tipos vulnerabilidades importantes que no son, necesariamente, síntomas descriptivos de trastornos psicológicos, pero que están relacionadas con la salud mental. Entre el 30-% y el 35-% de los adolescentes y adultos creen que tienen algún grado de disfuncionalidad en sus relaciones familiares, esto podría significar que estas personas tienden a percibir que las relaciones con sus padres no son funcionales, situación que, según Young, Klosko y Weishaar (2013) incide en la aparición de esquemas mal adaptativos.

Con base en los datos arrojados por la encuesta de salud mental (2015), es probable que exista un porcentaje no determinado ni evaluado que tenga un subdiagnóstico de alguna problemática o enfermedad mental que en sí no cumple todos los criterios o síntomas para ser diagnosticado con alguna psicopatología, pero puede llegar a provocar malestar significativo para las personas;. por lo tanto, es posible que esta población no se beneficie de un modelo de atención primaria para la salud mental.

Adicionalmente, el estudio de Zamora-Rondón, Suarez-Acevedo y Bernal-Acevedo (2019) señala que, en Colombia, durante el año 2013, la población que consultó por una afectación de la salud mental, no logró ser atendida por los servicios de atención en salud mental, siendo los adolescentes y los adultos, quienes presentaron el porcentaje más bajo de atención con un 1,06% para adultos y un 0,15% para los adolescentes.

Además, Zamora-Rondón et al. (2019) concluyen que varios individuos de la población colombiana pueden presentar sintomatología de diferentes psicopatologías pero sin llegar a configurar un trastorno como tal, convirtiéndose en casos subclínicos; acompañando esta afirmación, Zamora-Rondón et al. (2019) expresan textualmente que “en Colombia hay un alto número de personas con trastornos mentales ya diagnosticados que no tienen un adecuado seguimiento de la enfermedad y muchas otras propensas a desarrollarlas” (p.39), lo que permite concluir que en Colombia existen deficiencias en el reconocimiento e intervención de las enfermedades mentales, así como en la promoción de la salud mental, tanto en jóvenes como en adultos.

Según el DSM 5 (American Psychological Association, 2014), los trastornos depresivos son todos aquellos que involucran un rasgo en común que es la presencia de un ánimo triste, vacío o con irritabilidad que se acompañan por cambios significativos corporales y cognitivos que disminuyen la funcionalidad del sujeto, teniendo cada uno un diagnóstico diferencial en relación con su duración, presentación temporal o la causa de la aparición. Los trastornos depresivos nombrados por el DSM 5 son: desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por alguna sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado. A su vez los trastornos de ansiedad se definen como el tipo de trastornos que comparten características similares referentes al miedo y ansiedad excesivos con alteraciones conductuales asociadas; estos tipos de trastornos, si no se tratan a tiempo, pueden llegar a desarrollarse como trastornos crónicos. Los trastornos de ansiedad son: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por

sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y no especificado.

De acuerdo con Young y colaboradores (2013), las conductas inadaptadas y síntomas psicopatológicos pueden estar asociadas a esquemas maladaptativos tempranos (EMT) que son entidades estables y duraderas que aparecen en la infancia y se desarrollan a lo largo de la vida, guían los marcos del procesamiento de información de eventos posteriores, facilitan la distorsión de la información y de la realidad e -incrementan la probabilidad de que las personas elijan comportamientos disfuncionales y poco adaptativos. Por lo tanto, se considera que las conductas inadaptadas y síntomas pueden estar asociados a estos esquemas. -“Los esquemas precoces desadaptativos y el modo desadaptativo que aprende el paciente para afrontarlos suelen subyacer a muchos síntomas crónicos del eje I, como la ansiedad, la depresión el abuso de sustancias y los trastornos psicosomáticos” (Young, Klosko & Weishaar, 2013 p. 38). Por lo que, según Young et al. (2013), habría una relación entre los esquemas maladaptativos y los trastornos mentales.

Teoría de esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento

Young et al., (2013), proponen una teoría de esquemas cognitivos-afectivos que se generan por experiencias tóxicas de la infancia, que podrían dar origen a trastornos de la personalidad y podrían facilitar el desarrollo de algunos trastornos crónicos. -Estos esquemas son patrones emocionales y cognitivos desadaptativos que se inician en la infancia y se desarrollan a lo largo de la adolescencia, generando malestar clínicamente significativo. Estos esquemas se dividen en cinco dominios: El de *desconexión/rechazo* con los esquemas de privación emocional, abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, defectuosidad/ vergüenza y aislamiento social/alienación (Young et al., 2013), el dominio de *desempeño y autonomía deficiente* con los esquemas de dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o la enfermedad, entrapamiento o si mismo infradesarrollado/indiferenciado, fracaso, el de *límites insuficientes* con el esquema de derecho/grandiosidad e insuficiente autocontrol/autodisciplina, el dominio de tendencia hacia el

otro, con esquemas de subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/reconocimiento y, por último, el dominio de *sobrevigilancia e inhibición*, que contiene los esquemas de negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares inflexibles hipercrítica y castigo.

En una investigación realizada por Londoño-Arredondo, Schnitter, Marín, Calvete, Ferrer y Maestre (2012), los esquemas y los cinco dominios originales de la teoría de Young et al. (2013), se reorganizan en 11 esquemas maladaptativos: el esquema de abandono, en el cual la persona tiene la creencia de que las figuras significativas lo abandonarían a su suerte, el esquema de insuficiente autocontrol/autodisciplina que se manifiesta en la dificultad de expresar las propias emociones y limitar los propios impulsos, el esquema de desconfianza/abuso, en donde se cree que los otros tienen intenciones ocultas de hacer daño, el esquema de privación emocional, en el que se cree que las necesidades emocionales no podrán ser satisfechas por los otros, el esquema de vulnerabilidad al daño y la enfermedad, que se enfoca en una creencia en la que el individuo se anticipa a catástrofes que van dirigidas hacia sí mismo, el esquema de autosacrificio, que consiste en la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás, el esquema de estándares inflexibles I, en donde la persona tiene la creencia de que debe hacer esfuerzos para alcanzar estándares altos de desempeño con una alta autocrítica, el esquema de estándares inflexibles II, donde hay creencias de que la persona debe alcanzar altos estándares sin la presencia de la autocrítica, el esquema de inhibición emocional, donde se tiene la creencia de que se tienen que guardar excesivamente impulsos, emociones y acciones, el esquema de derecho/grandiosidad, en donde la persona tiene una autovaloración elevada y, por ende, desmerita la valoración de los demás y, finalmente, el esquema de sí mismo infradesarrollado, en donde se tiene la creencia de que se debe tener una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas a expensas de una individuación sana o de un desarrollo social normal.

Por otra parte, la teoría de la especificidad de contenido de Beck (1993, citado en Agudelo-Vélez et al., 2009) asume que los esquemas cognitivos son los encargados de distorsionar la

información que las personas perciben del medio, creando síntomas relacionados a la psicopatología. Agudelo-Vélez et al. (2009), han identificado relaciones entre los esquemas maladaptativos de abandono, derecho/grandiosidad, si mismo infradesarrollado, desconfianza/abuso, inhibición emocional e insuficiente autocontrol con depresión; entre los esquemas de abandono, insuficiente autocontrol y privación emocional con ansiedad; y entre los esquemas de abandono e insuficiente autocontrol con ansiedad y depresión.

Siguiendo en esta línea, existen otros estudios que señalan asociaciones entre esquemas maladaptativos tempranos y la enfermedad mental, como es el estudio de Villacob-Fernandez (2015) en donde explica cómo los EMT se pueden asociar a características ansiosas de las personas. Para esto, describe algunas características de los esquemas y su posible relación con trastornos ansiosos, menciona que las personas con esquemas de defectuosidad/vergüenza por su disposición a no sentirse queridos y aceptados por los otros pueden desarrollar fobias sociales y trastornos de personalidad evitativos. También menciona que las personas que desarrollaron esquemas de vulnerabilidad al daño pueden tener una asociación con la aparición de ansiedad generalizada debido a que el catastrofismo está presente en sus vidas, aumentando su preocupación. Es importante mencionar que la metodología del estudio se centra en interpretaciones de la autora en relación a su lectura de la teoría, sin hacer uso de métodos estadísticos o instrumentos psicométricos.

Por otro lado, Meza-Arroyo y Santayana-Rengifo (2019), exploraron la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión, en 100 pacientes jóvenes con edades desde los 18 hasta los 23 años; para esto utilizaron el cuestionario de esquemas de Young (YSQ-SF3), validado en Perú, junto con una escala de depresión. Meza-Arroyo y Santayana-Rengifo (2019), señalan una correlación de $r = 0.23$ $p < 0.05$, con un intervalo de confianza de 95%, siendo éste estadísticamente significativo para el método correlacional de Spearman entre el esquema de negatividad y los síntomas depresivos, sustentando la hipótesis de las autoras al mencionar que las

personas con este esquema perciben su entorno de manera negativa, creyendo que van a fracasar constantemente y que el futuro en general será negativo, contribuyendo así a los síntomas cognitivos que desarrollan la depresión. En esta investigación se muestra un ejemplo claro de cómo los esquemas maladaptativos tempranos contribuyen a la formación de psicopatologías.

De acuerdo con Young (1993, citado en Restrepo-Muñoz, 2014): “el esquema es una estructura cognitiva que se forma durante la infancia y sirve para procesar la información que se recibe del entorno; de ahí se deriva la utilización de estrategias cognitivas y conductuales para afrontar la situación.” (p.70). Desde esta perspectiva, las estrategias cognitivas pueden contribuir al afrontamiento de la situación moderando el procesamiento de información que realizan los esquemas cognitivos con los que el individuo cuenta, además de que el tipo de estrategia de afrontamiento que se utilizará dependerá de la organización esquemática de la persona. Este postulado lo respalda Restrepo-Muñoz (2014) en su investigación, al afirmar que “la estrategia de afrontamiento va a depender de los esquemas o las estructuras a nivel mental que permiten la organización e interpretación de los acontecimientos” (p.61). También es preciso mencionar que el tratamiento se basa en la modificación de estos esquemas y, aunque no se podrán modificar del todo, la meta final es reducir significativamente los efectos nocivos y emocionales.

Aportando a esta afirmación de Young y colaboradores (1993), Tello-Olarte y Contreras-Leal (2014) realizan una investigación con el objetivo de evaluar un programa de intervención en esquemas maladaptativos tempranos, en una población de madres cabeza de hogar. Para evaluarlo diseñaron una investigación con alcance experimental, utilizando el instrumento del YSQ-L2, validado para población colombiana (Castrillón et al., 2005, citado en Tello-Olarte & Contreras-Leal, 2014). En los resultados lograron demostrar que en el grupo experimental se redujo la tendencia de las medias de 9 esquemas maladaptativos tempranos después de la intervención, comparándolo con el pre y el posttest (siendo los esquemas de sí mismo infradesarrollado y derecho/grandiosidad los únicos en no disminuir sus medias).

Además, de la antes mencionada investigación de Tello-Olarte y Contreras-Leal (2014), Hadman (2017) realizó una investigación descriptiva de esquemas maladaptativos tempranos en población de universitarios en Perú, en donde uno de los objetivos era poder crear un programa de intervención grupal para la modificación de esquemas maladaptativos tempranos. Para la medición de estos esquemas utilizó el instrumento de cuestionario de esquemas de forma abreviada de Young (1993) que fue validado en población peruana por Hilario (2016, citado en Hadman, 2017). Encontrando que los esquemas que más sobresalen en esta población son: Insuficiente autocontrol, Fracaso, Abandono e Inhibición Emocional. Con esta descripción esquemática logra proponer su modelo de intervención “AS”, que se basa en la terapia centrada en esquemas grupales por Young (1999, citado en Hadman, 2017), y como lo expresa Rodríguez (2009 citado en Hadman, 2017), el objetivo principal de este tipo de intervención es disminuir la intensidad de sensaciones y recuerdos conectados con el esquema, junto con la carga emocional y cognitiva que genera, a la vez trata de generar un cambio conductual para modificar estilos y estrategias de afrontamiento que se adapten mejor a las situaciones. Por lo tanto, se expresa la importancia de conocer cuáles esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento se presentan en una población y cómo estos se relacionan para poder elaborar futuras intervenciones.

Ayudando a este planteamiento, Restrepo-Muñoz (2014) expone que la presencia significativa de los esquemas maladaptativos tempranos puede alterar la salud mental de las personas, lo que a su vez provoca la aparición de estrategias de afrontamiento negativas que no ayudan a la persona a adaptarse a las demandas del medio ambiente. Por lo tanto, según lo planteado por esta autora, existe una asociación directa entre esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Apoyando el postulado anterior, Marks (1981, citado en Montoya-Zuluaga & Moreno-Moreno, 2012) menciona que el tipo de estrategias de afrontamiento que hacen que se mantenga el malestar y la ansiedad son las que se centran en la evitación, lo que se asocia con la idea del mantenimiento del malestar por medio de estrategias de

afrontamiento evitativas. Lazarus y Folkman (1986, citado en Casado-Morales & Franco, 2010) señalan que las estrategias de afrontamiento que están basadas en la evitación de la emoción, como lo es la evitación y la negación, impiden que las personas puedan usar estrategias que pudieran ser más adaptativas, lo que obstaculiza la solución del problema.

Además de estos postulados orientados al afrontamiento de manera negativa, Carver & Connor-Smith (2010, citado en Hernández-Cortes & Londoño-Perez, 2013) mencionan que el estilo de afrontamiento comprometido con solucionar el problema estaba asociado con una mejor salud mental en la población, siendo estas estrategias contrarias a las centradas en evitar el problema. Siguiendo con este postulado de las estrategias orientadas a la solución del problema, González, Montoya, Casullo y Bernabéu, (2002 citado en Romero-Carrasco, Brustrad, Zapata-Campbell, Aguato-Cuevas, & García-Uchua, 2013) mencionan que las investigaciones en el campo de las estrategias de afrontamiento demuestran que el estilo de afrontamiento dirigido a la solución de problemas tiene una relación directa positiva con el bienestar psicológico de las personas. En este orden de ideas, se podría hipotetizar que a mayor nivel de esquemas maladaptativos tempranos tenga un sujeto, más estrategias evitativas tendrá y menos estrategias orientadas a la solución de problemas se presentarán.

Aunque se ha hablado de los esquemas maladaptativos, es preciso definir la segunda variable importante con la que se trabajará. Según Flores-Carvajal y Urzúa (2015), las estrategias de afrontamiento se definen como toda conducta y acciones que pueden ser cognitivas, emocionales o conductuales que los individuos utilizan para enfrentar una situación estresante; la implementación de estas estrategias dependerá de cómo los sujetos evalúen la situación y el contexto. Londoño-Arredondo, Henao-Lopez, Puerta, Posada, Arango, Aguirre-Acevedo (2006), señalan que cuando se generaliza un tipo de estrategia de afrontamiento se convierte en un estilo de afrontamiento que es preferido a utilizar en situaciones específicas de estrés; además, menciona que estos estilos se dividen en (a) estilos de resolución del problema que se enfocan en manipular o alterar las

condiciones de la amenaza percibida, (b) el estilo de la respuesta emocional que se dirige a reducir o eliminar la respuesta emocional y (c) el estilo de modificación de la evaluación del problema que se focaliza en reevaluar las características ambientales que percibe el individuo.

Para evaluar las estrategias de afrontamiento en población colombiana, -se cuenta con la validación de las escalas de estrategias de coping-modificada (EEC-M) creada por Chorot y Sandín (1993, citado en Londoño-Arredondo et al., 2006). En dicho estudio se definieron doce estrategias de afrontamiento de los tres diferentes estilos: en el estilo de orientación a la solución se encuentra: la solución de problemas que se define como una secuencia de acciones para solucionar un problema; el apoyo social que busca el apoyo de amigos o familiares para enfrentar una situación; apoyo profesional que consiste en buscar información de profesionales para poder afrontar el problema de mejor manera, y autonomía que hace referencia a responder a un problema independiente del acompañamiento de otros. En el estilo de respuesta emocional se encuentran: la evitación emocional que consiste en tratar de inhibir u ocultar las propias emociones; la reacción agresiva que consiste en la expresión impulsiva de la ira con el fin de disminuir la carga emocional; la expresión de dificultades que consiste en expresar las dificultades para expresar y afrontar las emociones; la negación que se focaliza en tratar de evitar el problema por la distorsión de la realidad, y la evitación cognitiva, que trata de evitar los pensamientos perturbadores por medio de la distracción y la actividad. Por último, en el estilo de reevaluación positiva, se identifican como estrategias la espera, que consiste en la expectativa que el problema se resolverá solo con el pasar del tiempo, y la reevaluación positiva, que busca generar nuevos pensamientos que ayuden a afrontar la situación de una mejor manera.

Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014), realizaron una investigación cuyo objetivo era describir las características psicológicas de 104 estudiantes de psicología de una universidad colombiana, para lo que utilizaron cuatro instrumentos, entre ellos la escala de estrategias de coping-revisado (EEC-R) (Chorot & Sandín, 1993; validada para población colombiana por Londoño-

Arredondo et al., (2006 citado en Salamanca-Camargo & Forero-Mendoza, 2014), encontrando que en esta población hay presencia de las estrategias de solución de problemas, con un 45%, autoevaluación positiva, con un 36%, búsqueda de apoyo social, con el 33% y expresión de la dificultad de afrontamiento, con un 1%. Además, Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014) afirman que sus resultados son similares a los resultados de la investigación de Castellanos-Cardenas, Guarnizo-Castillo y Salamanca-Camargo (2011, citado en Salamanca-Camargo & Forero-Mendoza, 2014) quienes encontraron las mismas estrategias de afrontamiento, a excepción de que en la investigación de Castellanos-Cárdenas et al se encontró una estrategia de afrontamiento extra, siendo esta la estrategia de evitación cognitiva.

Investigaciones relacionadas con los esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento

Con respecto a las investigaciones que relacionen las dos variables, Restrepo- Muñoz (2014) realizó una investigación con el objetivo de establecer cuáles esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento estaban presentes y cómo se relacionaban en una población conformada por 31 pacientes adultos con un diagnóstico de virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH) y con una edad media de 42 años, utilizando los instrumentos de la escala de estrategias de coping-revisado (EEC-R) (Chorot & Sandín, 1993; validada para población colombiana por Londoño-Arredondo y cols., 2006 citado en Restrepo-Muñoz, 2014) y el instrumento YSQ-L2 validado para población colombiana (Castrillón et al. 2005 citado Restrepo- Muñoz, 2014). Luego de que se aplicaran los instrumentos, Restrepo-Muñoz (2014) logró identificar que esta población presenta estrategias de afrontamiento de religión (38,71%), búsqueda de apoyo profesional (35,48%), reevaluación positiva (29,3%) y evitación cognitiva (29,03%), y esquemas maladaptativos de límites insuficientes (58%), esquema de miedo (32,3%), esquema de abandono

(29%), de aislamiento (26%), defectuosidad/vergüenza (22%), esquema vulnerabilidad al daño y enfermedad (19%). Además, identificó relaciones entre el esquema de límites insuficientes con la estrategia de reevaluación positiva alterada ($\chi^2 = 6.69; p < 0.05$), el esquema de abandono con búsqueda de religión ($\chi^2 = 4.07; p < 0.05$), y límites insuficientes con evitación emocional ($\chi^2 = 10.30; p < 0.05$) rechazando las hipótesis de que son independientes e interpretándolas como estadísticamente significativas por un método correlacional Chi cuadrado. Restrepo-Muñoz (2014) señala que, antes de su estudio, en la literatura no se encontraban evidencias de este tipo de asociaciones, por lo que propone la necesidad de continuar investigando estas dos variables en población clínica.

Adicional a estos estudios Babajani, Akrami y Farahani (2014), realizan una investigación en donde su objetivo principal fue encontrar la relación que existe entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento en una población de 150 mujeres, entre los 20 y 30 años, para esto utilizaron los instrumentos del cuestionario de esquemas maladaptativos de Young en su forma corta, que evalúa los 18 esquemas originales establecidos por Young et al (2013), y el inventario de estrategias en situaciones de estrés de Endler y Parker (1990 citado en Babajani et al. 2014), que evalúa tres estilos de afrontamiento en las personas: estrategias orientadas a la solución de problemas, estrategias orientadas al control emocional y estrategias orientadas a la evitación. Para la correlación utilizaron el coeficiente de correlación de Pearson y encontraron, en su mayoría, relaciones significativas entre estas dos variables; en el estilo de afrontamiento centrado en el problema se encuentra una relación negativa significativa con los siguientes esquemas: abandono ($r: -.286$), aislamiento social/alienación ($r: -.352$), dependencia ($r: -.301$), búsqueda de aprobación ($r: -.186$), privación emocional ($r: -.185$), subyugación ($r: -.208$), defectuosidad/vergüenza ($r: -.381$), fracaso ($r: -.236$), insuficiente autocontrol/autodisciplina ($r: -.355$), con respecto al estilo de afrontamiento evitativo también se

evidencia una relación positiva significativa con todos los esquemas: abandono (.468), aislamiento social/alienación (r:.479), negativismo pesimismo (r:.207), inhibición emocional (r:191), dependencia (r:.345), búsqueda de aprobación (r:.422), privación emocional (r:.431), vulnerabilidad al daño o enfermedad (r:.546), si mismo infradesarrollado (r:.448), subyugación (r:.458), estándar inflexible (r:.439), castigo (r:.453), defectuosidad/vergüenza (r:433), desconfianza/abuso (r:.378), fracaso (r:.312), autosacrificio (r:.296), derecho/grandiosidad (r:.354), insuficiente autocontrol (r:.395) . Finalmente con respecto al estilo de evitación del problema solo se encuentra una asociación considerable negativa con el esquema de castigo (r:-185).

Los estudios de correlación entre estas dos variables son bastante escasos, sin embargo, existen algunas investigaciones que describen la presencia de estos esquemas y estrategias de afrontamiento, realizados, en su mayoría, en población clínica.

Cifuentes y Londoño-Arredondo (2011) realizaron un perfil cognitivo con las variables de estrategias de afrontamiento y esquemas maladaptativos a una muestra de 607 presos, con una edad media de 30 años, con conductas antisociales y con trastorno de la personalidad antisocial, utilizando los instrumentos YSQ (Young & Brown, 1998, citado en Cifuentes y Londoño-Arredondo, 2011) y el EEC-M validado en población colombiana por Londoño-Arredondo, et al., (2012, citado en Londoño-Arredondo et al., 2011). En las dos poblaciones se presentaron esquemas con puntuaciones altas con respecto a la media de la población general, en los esquemas de insuficiente autocontrol, derecho/grandiosidad y privación emocional, junto con la presencia de estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo profesional y la estrategia de religiosidad; adicionalmente, la población con el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad presentó estrategias de afrontamiento de reacción agresiva y evitación cognitiva.

Lemos, Jaller, Gonzalez, Díaz y De La Ossa (2011) realizaron un perfil cognitivo en estudiantes con dependencia emocional relevante, en una muestra de 569 estudiantes universitarios, utilizando los instrumentos de cuestionario de dependencia emocional (Lemos &

Londoño-Arredondo, 2006, citado en Lemos et al., 2011), además de utilizar el cuestionario de esquemas maladaptativos de Young y Brown YSQ-L2 (1990, citado en Lemos et al., 2011) que fue validado para la población colombiana por Castrillón et al., (2005, citado en Lemos et al., 2011) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento por Lazarus y Folkman (1987, citado en Lemos et al., 2011), que fue modificado y validado para población colombiana por Londoño-Arredondo et al (2006 citado en Lemos et al, 2011). En la investigación se encontró que el esquema maladaptativo de desconfianza/abuso estaba presente en un 24.6 % junto con la estrategia de afrontamiento hipodesarrollada de autonomía, lo cual es coherente con el perfil de la personalidad dependiente.

Tobón-Vélez, Cano-Bedoya y Londoño-Arredondo (2010) realizaron una investigación con el fin de ampliar el perfil cognitivo de la población con un diagnóstico de ludopatía, teniendo como población una muestra de 16 personas, con una media de edad de 38 años, que frecuentaba lugares en donde había tragamonedas y compraba diariamente la lotería. Evaluaron los esquemas maladaptativos, las estrategias de afrontamiento y las distorsiones cognitivas, para evaluar los esquemas y las estrategias utilizaron los instrumentos de Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L2: desarrollado inicialmente por Young y Brown (1994), y encontraron que esta población presenta esquemas de desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad junto con las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva y la expresión de dificultades como las más significativas.

Barrera-Valencia y Calderón-Delgado (2015) realizaron un perfil cognitivo de una población con diagnóstico de estrés postraumático, conformada por 16 personas con una edad media de 36 años, utilizando, para la medición de esquemas maladaptativos, el cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L2: desarrollado inicialmente por Young y Brown (1994) y de estrategias de afrontamiento el EEC-M desarrollada por Londoño-Arredondo et al (2006). En la investigación ,los autores encontraron que en esta población había presencia de esquemas

maladaptativos correspondientes a la privación emocional y los estándares inflexibles. Además de encontrar que también había presencia de las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva y solución de problemas (esta última estrategia los autores lo consideraron como una posible muestra de resiliencia).

Mariño (2015) caracterizó los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento en 115 estudiantes con una media de edad de 19 años, pertenecientes a la escuela naval de suboficiales, para lo que utilizó los instrumentos de cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos YSQ (Young & Brown, 1990 citado en Mariño, 2015) validado para población colombiana por Castrillón et al (2005, citado en Mariño, 2015) y el inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal, 1989), adaptado por Cano Rodríguez & García, 2006, citado en Mariño, 2015). En la investigación se encontró que los principales esquemas presentes en esta población son: estándares Inflexibles II (68,4%), estándares Inflexibles I (66,67%,) privación emocional (65,79%) y sí mismo infradesarrollado (64,9%,); también identificó las siguientes estrategias de afrontamiento: de resolución de problemas (64%), evitación del problema (59%) y expresión emocional (52%). Este autor señala que, si bien los hallazgos de su investigación no permiten sustentar una relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento; es importante realizar investigaciones de alcance correlacional entre estas dos variables, para así esclarecer si existe algún tipo de relación.

Como se ha mencionado anteriormente, la literatura en su gran mayoría se ha orientado a la descripción de estas variables mas no a su asociación. Estas correlaciones entre esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento podrían servir como referentes conceptuales para crear futuras intervenciones y disminuir el malestar junto con algunos síntomas psicopatológicos significativos con el fin de ayudar a los estudiantes universitarios a vivir mejor su vida

universitaria, por lo que esta investigación tiene el objetivo de determinar la relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes universitarios.

Se trabajará bajo la primera hipótesis que arroja la literatura de que sí existe relación entre estas variables, junto con la segunda hipótesis y tercera hipótesis que mencionan que la presencia de esquemas maladaptativos se relacionará positivamente con estrategias de afrontamiento de evitación, y que la presencia de esquemas maladaptativos se correlacionarán negativamente con las estrategias de solución de problemas.

Metodología

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal debido a que se medirán, en un único momento, dos variables denominadas esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 202 estudiantes de pregrado de ambos sexos, con edades entre los 16 y los 31 años ($M = 20.89$; $DE = 2.75$). Los criterios de inclusión fueron: (A) estar matriculado en un programa de pregrado en una universidad (B) desear participar voluntariamente en la investigación. Se tuvo como criterio de exclusión el haber sido diagnosticado con un trastorno de salud mental.

Los participantes fueron seleccionados a conveniencia por medio de convocatoria abierta a través de las instituciones universitarias. Inicialmente se aplicaron 235 cuestionarios, pero 33 sujetos fueron excluidos al no cumplir los criterios de inclusión.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Para la investigación se diseñó un cuestionario básico de datos sociodemográficos en el que se indagó por el nivel educativo (semestre de la carrera), si el participante ha sido diagnosticado por enfermedad mental, edad, institución académica a la que se encuentra vinculado, y sexo, con el que se determinó que los potenciales participantes cumplieran con los criterios de inclusión (Anexo B).

Adaptación del Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L₂) de Young y Brown (1990) (Castrillón et al., 2005). Es una adaptación a estudiantes universitarios colombianos, hombres y mujeres, con edades entre 16 y 51 años del cuestionario original planteado por Young y Brown (1990). Consiste en 45 ítems que identifican 11 factores o esquemas: (1) Abandono, (2) Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina, (3) Desconfianza/Abuso, (4) privación emocional, (5) Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, (6) Autosacrificio, (7) Estándares inflexibles I, (8) Estándares inflexibles II, (9) Inhibición emocional, (10) Derecho/Grandiosidad, (11) Entrampamiento(sí mismo infradesarrollado).

Cada ítem se evalúa a través de una escala tipo Likert de 6 puntos, en donde 1 = *Completamente falso de mí*, 2 = *La mayor parte falso de mí*, 3 = *Ligeramente más verdadero que falso*, 4 = *Moderadamente verdadero de mí*, 5 = *La mayor parte verdadero de mí* y 6 = *Me describe perfectamente*. El índice de consistencia interna en dicho estudio fue $\alpha = 0.91$ para la escala, y en los factores osciló entre 0.71 y 0.85 (Castrillón et al., 2005) (Anexo C).

Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (CSS-R) de Chorot y Sandín (1993) fue adaptada para Colombia (Londoño-Arredondo et al., 2006). Es una adaptación a estudiantes universitarios colombianos, hombres y mujeres, con edades entre 16 y 58 años del cuestionario original planteado por Chorot y Sandín (1993). Consta de 69 ítems agrupados en 12 componentes: (1) Solución de problemas, (2) Búsqueda

de apoyo social, (3) Espera, (4) Religión, (5) Evitación emocional, (6) Búsqueda de apoyo profesional, (7) Reacción agresiva, (8) Evitación cognitiva, (9) Reevaluación positiva, (10) Expresión de la dificultad de afrontamiento, (11) Negación, (12) Autonomía. Cada ítem se evalúa por medio de una escala tipo Likert en un rango de 1 a 6 donde 1 = *Nunca*, 2 = *Casi nunca*, 3 = *A veces*, 4 = *Frecuentemente*, 5 = *Casi siempre*, y 6 = *Siempre*. En este estudio, la prueba obtuvo un índice de consistencia interna $\alpha = 0.847$, y un *alpha* en las dimensiones entre 0.651 y 0.905 (Londoño-Arredondo et al., 2006). (Anexo D)

Consentimiento informado en donde se cumplió con la obligación de informar acerca del procedimiento de la investigación a los participantes, sus objetivos y alcances, finalmente mencionar el principio bioético de la autonomía respetando en todo momento del procedimiento la voluntad de dejar de participar. (Anexo A).

Procedimiento

Se visitaron las instituciones universitarias, invitando a los docentes a que sus grupos participaran de la investigación. Se elaboraron consentimientos informados para ser firmados de manera física teniendo en cuenta las consideraciones planteadas por la ley 1090 de 2006 y la Resolución 8430 de 1993; con base en esta última, la investigación se clasificó de riesgo mínimo, al no implicar alteraciones significativas al estado emocional, cognitivo o motor de los participantes además de tener en cuenta el derecho de autonomía de los participantes, respetando en cualquier momento si desea dejar de participar en la investigación.

Se creó el cuestionario de datos sociodemográficos, a través de éste, se determinó si los participantes cumplen los criterios de inclusión, aquellos que los cumplieron y diligenciaron en su totalidad los cuestionarios fueron tenidos en cuenta para el análisis de datos de la investigación.

Con los datos, recolectados por el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos de Young (*YSQ-L2*) de Young y Brown (1990) (Castrillón et al., 2005), se determinó el grado de cada esquema maladaptativo temprano presente en esta población (*Abandono; Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina; Desconfianza/Abuso; Privación emocional; Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad; Autosacrificio; Estándares inflexibles I; Estándares inflexibles II; Inhibición emocional; Derecho/Grandiosidad; Entrampamiento (si mismo infradesarrollado)*). Mientras que por medio de los datos que se obtuvieron de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (CSS-R) de Chorot y Sandín (1993) (Londoño-Arredondo et al., 2006), se determinó el grado de las estrategias de afrontamiento (*Solución de problemas; Apoyo social; Espera; Religión; Evitación emocional; Apoyo profesional; Reacción agresiva; Evitación cognitiva; Reevaluación positiva; Expresión de la dificultad de afrontamiento; Negación; Autonomía*) de cada participante.

Análisis de resultados

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en el programa SPSS versión 22. Se hizo un análisis de componentes principales para datos categóricos (PCA-CAT), también conocido como análisis de componentes principales no lineales, siendo éste un procedimiento que, al igual que PCA, reduce un gran número de variables a un pequeño número de componentes, donde cada componente es una combinación incorrelacionada de las variables originales. El procedimiento consistió en cuantificar o convertir datos categóricos (categorías) en variables numéricas aplicando el método de escalamiento óptimo. Las variables transformadas, cuantificadas, reflejaron la distancia entre los niveles de las variables ordinales o diferentes categorías de las variables nominales, que optimizan las propiedades de la matriz de correlaciones de las variables cuantificadas (Linting & van der Kooij, 2012).

Para los descriptivos se tuvieron en cuenta los parámetros de las puntuaciones directas, convirtiéndolas en percentiles para la calificación del instrumento del cuestionario de Esquemas

Maladaptativos de Young, mencionados por Castrillón et al., (2005) y, en el caso del instrumento de Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), se tuvieron en cuenta los parámetros de las medias y las desviaciones estándar dados por Londoño-Arredondo et al., (2006) con el que se establecieron los límites superiores e inferiores de las puntuaciones directas de los constructos de estrategias de afrontamiento. Para así determinar su presencia tal como lo recomienda esta autora. Se realizaron tablas en Excel en donde se determinaron las puntuaciones directas de la muestra de todos los constructos de estrategias de afrontamiento y esquemas maladaptativos, y mediante pruebas lógicas se establecieron los límites superiores e inferiores de las puntuaciones directas, para así determinar la presencia o no presencia de los constructos.

Implicaciones éticas

La esencia ética de esta investigación se centró en los principios éticos del código deontológico y la ley 1090. Los principios para considerar en la realización de esta investigación se centraron en la beneficencia de los participantes por medio de la realización de un procedimiento adecuado, lo que incluye normas del ejercicio de la psicología como la confidencialidad con los resultados (buen manejo de los resultados de la información y las pruebas psicológicas), veracidad en los resultados obtenidos y la fidelidad a los acuerdos a que se lleguen. Además, se incluyeron principios éticos que rigen las investigaciones psicológicas, como el de beneficencia, al buscar siempre el bienestar del paciente, la no maleficencia, al evitar cualquier tipo de daño que pueda ser causado a la población de la investigación, y la autonomía, respetando todas las decisiones de los sujetos, ya sea en el involucramiento en el estudio o en el retiro de éste.

También se tuvo en cuenta el criterio que pertenece al código de Núremberg y la declaración de Helsinki (1947 citado en Coronado, Alfaro, y Ramirez, 2006), la cual involucra el consentimiento informado, en el cual se explican claramente los detalles del ejercicio investigativo.

Dado el grado de sensibilidad que poseen los resultados, junto con las variables a describir y la metodología a trabajar, no se pretendió manipular la conducta de los sujetos evaluados, resaltando que el presente estudio es de alcance correlacional, con un nivel de riesgo mínimo, tal como lo señala la resolución 008430 de 1993 (Ministerio de salud y protección social, 1993). Para empezar el proceso de recolección de información, los participantes debieron leer y firmar el consentimiento informado y se aplicaron las 2 pruebas correspondientes en un solo momento. Además, se garantizó que, en esta investigación, los participantes no fueran de ninguna manera juzgados por las respuestas y resultados arrojados por las pruebas. Además, con el fin de cumplir lo anteriormente expuesto, se manejó la información ya cuantificada de las pruebas con total discreción, privacidad y responsabilidad.

Resultados

Resultados sociodemográficos

Se analizaron los datos de una muestra de 202 sujetos, con edad de 16 hasta 31 años ($M = 20.89$; $DE = 2.75$) como lo muestran la tabla 1.

Tabla 1

Descriptivos variable edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16	2	1,3
17	15	9,9
18	18	11,9
19	8	5,3
20	26	17,2
21	26	17,2
22	17	11,3
23	15	9,9
24	12	7,9
25	3	2,0
26	3	2,0
27	2	1,3
29	1	,7
30	1	,7

31	1	,7
Total	150	99,3
Media (DE):	20,59 (2.75)	

En la variable del sexo. Se da una distribución de un 34,5% de hombres y 65% de mujeres. Con respecto a los semestres, se puede concluir que la mayoría de la muestra se encontraba en séptimo semestre con un porcentaje del 22,7-%, seguido por el primer semestre con un 17,7% , y finalmente el tercer semestre con un 11,3%, tal como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2
Descriptivos semestre

Semestre	Frecuencia	Porcentaje
1	36	17,7
2	9	4,4
3	23	11,3
4	5	2,5
5	18	8,9
6	18	8,9
7	46	22,7
8	18	8,9
9	19	9,4
10	8	3,9
11	2	1,0
Total	202	99,5

Con respecto al estrato se observa que hay mayor presencia son los estratos 3 con un 36% y el 4 con el 26,6%, tal como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3
Descriptivos Estratos

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	8	3,9
2	29	14,3
3	73	36,0
4	54	26,6
5	32	15,8
6	6	3,0
Total	203	99,5

Descriptivos esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento

Esquemas maladaptativos.

Para la calificación de estos constructos, se tuvieron en cuenta las instrucciones de Castrillón et al., (2005) , mencionando que se determinara si un sujeto tiene la presencia de un esquema maladaptativos si las puntuaciones directas son iguales o superan a las puntuaciones del percentil 85, como lo muestra la tabla 4.

Tabla 4.

Puntuación Directa y Percentiles De La Calificación De Esquemas Maladaptativos (Castrillón et al., 2005)

Esquema Maladaptativo	Puntuación directa	Percentil
1.Abandono	25	85
2.Insuficiente autocontrol	20	85
3.Desconfianza/abuso	19	85
4.Privación emocional	16	85
5.Vul. al daño y enfermedad	17	85
6.Autosacrificio	17	85
7.Estándares Inflexibles I	14	85
8.Estándares Inflexibles II	14	85
9.Inhibición emocional	9	85
10.Derecho/grandiosidad	10	85
11.Entrampamiento	7	85

A continuación, en la Tabla 5, se muestran los resultados del porcentaje de la presencia de los esquemas en la población evaluada.

Tabla 5.

Resultados De Presencia De Esquemas Maladaptivos Tempranos

Esquema maladaptativo	Porcentaje
Abandono	10.39%
Insuficiente autocontrol	21.78%
Desconfianza/abuso	30.19%
Privación emocional	49.50%
Vulnerabilidad al daño y la enfermedad.	48.01%
Autosacrificio	26.23%
Estándares inflexibles 1:	43.06%
Estándares inflexibles 2:	11.38%
Inhibición emocional:	47,52%
Derecho/Grandiosidad:	33.66%
Entrampamiento:	42.07%

En esta tabla se puede observar la presencia de todos los esquemas en la población, empezando por privación emocional en un 49.50%, vulnerabilidad al daño y la enfermedad con un

48.01%, inhibición emocional con 47,52%, entrapamiento con un 42.07%, estándares inflexibles I con un 43.06%, derecho/grandiosidad con 33.66%, desconfianza/abuso con 30.19%, insuficiente autocontrol con 21.78%, autosacrificio con 26%, estándares inflexibles II 11.38% y abandono con el 10.39%.

Estrategias de afrontamiento.

Para la medición de las estrategias de afrontamiento se tuvieron en cuenta las desviaciones típicas y las medias para calcular el límite superior y el inferior de las puntuaciones directas que Londoño-Arredondo et al., (2006) planteó para su calificación, esto puede detallarse en la tabla 6.

Tabla 6

Parámetros de evaluación de estrategias de afrontamiento planteados por Londoño-Arredondo et al., (2006)

Estrategia	Límite inferior	Media	Límite superior
Solución de problemas	25	33,5	42
Búsqueda de apoyo social	15	23,2	32
Espera.	15	22,5	30
Religión	11	20,7	30
Evitación emocional	17	25	33
Búsqueda de apoyo profesional	5	10,9	17
Reacción agresiva	7	12,7	18
Evitación cognitiva	11	15,9	21
Reevaluación positiva:	13	18,4	24
Expresión de la dificultad de afrontamiento	10	14,8	20
Negación	6	8,8	13
Autonomía	4	6,8	10

Con los límites de las puntuaciones directas, se estableció la presencia de las estrategias de afrontamiento, arrojando los siguientes resultados.

Tabla 7

Resultado presencia de estrategias de afrontamiento.

Estrategia	Porcentaje
Solución de problemas	18.31%
Búsqueda de apoyo social	22.27%
Espera	15.84%
Religión	13.86%
Evitación emocional	23.76%
Búsqueda de apoyo profesional	17.82%
Reacción agresiva	17.32%
Evitación cognitiva	20.79%
Reevaluación positiva:	22.77%
Expresión de la dificultad de afrontamiento	1.98%
Negación	16.33%
Autonomía	8.41%

Se observa que las estrategias que se presentan en porcentajes de mayor a menor son: la estrategia de evitación emocional con un 23.76%, seguida de búsqueda de apoyo social con un 22.27%, evitación cognitiva con un 20.79%, solución de problemas con el 18.31%, búsqueda de apoyo profesional con el 17.82%, reacción agresiva con el 17.32%, negación con el 16.33%, religión con el 13.86%, espera con el 15.84% y finalmente expresión de la dificultad de afrontamiento con el 1.98%.

Correlaciones entre esquemas y estrategias de afrontamiento

Para el análisis de estas variables se tuvieron en cuenta los rangos de relación según el coeficiente de correlación planteados por Hernández y Fernández (1998, citado en Mondragón-Barrera, 2014) el cual estipula un rango para los correlaciones negativas entre -0.91 a -1.0 para la correlación negativa perfecta, -0,76 a -0.9 correlación negativa muy fuerte, -0,51 a -0.76 correlación negativa considerable, -0,11 a -0.50 correlación negativa media, y -0,01 a -0,10 correlación negativa débil. Con respecto a las correlaciones positivas se tuvo en cuenta un rango entre 0,01 a 0,10 como una correlación positiva débil, 0,11 a 0,50 una correlación positiva media, 0,51 a 0,75 una correlación positiva considerable, de 0,76 a 0.9 una correlación positiva muy fuerte y de 0,91 a 1.0 una correlación perfecta . Las correlaciones de las variables de los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento con sus respectivos rangos descritos anteriormente de la presente investigación, se presentan en las tablas 8 y 9.

Tabla 8

Correlaciones Entre Esquemas Maladaptativos y Estrategias De Afrontamiento #1 (Chi²)

	1. Abandono	2. Insuficiente autocontrol/ disciplina	3. Desconfianza/a buso	4. Privación emocional	5. Vulnerabilidad al daño/ enfermedad
1. Solución problemas	-0,06	-0,06	0,12	0,20	0,10
2. Búsqueda de apoyo social	-0,14	0,02	-0,02	0,16	0,00
3. Espera	0,14	0,18	0,20	0,07	0,04
4. Religión	-0,12	0,00	-0,03	0,17	0,02
5. Evitación emocional	0,24	0,15	0,25	0,10	0,08
6. Búsqueda de apoyo profesional	-0,08	-0,01	-0,10	0,05	-0,09
7. Reacción agresiva	0,18	0,18	0,14	0,09	-0,03
8. Evitación cognitiva	-0,03	0,00	0,14	0,17	0,11
9. Reevaluación positiva	-0,16	-0,12	0,00	0,03	0,03

10. Expresión de la dificultad de afrontamiento	0,24	0,17	0,29	0,17	0,18
11. Negación	0,05	0,06	0,18	-0,02	-0,06
12. Autonomía	0,15	0,05	0,09	-0,06	-0,12

Tabla 9

Correlaciones Entre Esquemas Maladaptativos y Estrategias De Afrontamiento #2

	6. Autosacrificio	7. Estándares inflexibles 1	8. Estándares inflexibles 2	9. Inhibición emocional	10. Derecho/G	11. Entrampamiento
1. Solución problemas	0,01	0,02	0,00	-0,11	-0,15	-0,11
2. Búsqueda de apoyo social	-0,31	-0,02	-0,10	-0,11	-0,13	-0,05
3. Espera	0,15	0,00	0,08	0,21	0,32	0,29
4. Religión	-0,09	-0,02	0,01	-0,13	-0,09	-0,09
5. Evitación emocional	0,52	0,25	0,25	0,31	0,34	0,25
6. Búsqueda de apoyo profesional	-0,23	-0,12	-0,11	-0,07	-0,10	-0,10
7. Reacción agresiva	0,23	0,20	0,24	0,31	0,34	0,22
8. Evitación cognitiva	0,27	0,15	0,10	0,10	0,09	0,14
9. Reevaluación positiva	-0,13	-0,07	-0,09	-0,10	-0,24	-0,16
10. Expresión de la dificultad de afrontamiento	0,51	0,31	0,34	0,24	0,24	0,23
11. Negación	0,18	0,01	0,04	0,19	0,32	0,21
12. Autonomía	0,35	0,07	0,16	0,13	0,19	0,11

Interpretación correlaciones.

En las correlaciones entre esquemas y estrategias se puede observar dos relaciones considerables positivas entre evitación emocional con autosacrificio (0,52) y expresión de la dificultad de afrontamiento con autosacrificio (0,51)

Discusión

Con respecto a los descriptivos, se puede observar que los resultados de la investigación de Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014) difieren con los encontrados en esta investigación, observándose especialmente diferencia en relación a la estrategia de solución de problemas, donde la población en el estudio de Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza tenía presente esta estrategia en un 45%, mientras que en el presente estudio se observó una incidencia de un 18.31%, y también en la estrategia de búsqueda de apoyo social, en donde el estudio de Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014) presentó un 33% de incidencia, mientras que en el presente se observó un 22.7%. Sin embargo, se puede encontrar una cifra parecida en la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento, encontrando que en el estudio de Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014) estaba presente esta estrategia en un 1%, y en el presente estudio se observó un 1.9%. Es importante mencionar que la presente investigación tenía el doble de la población con la que Salamanca-Camargo y Forero-Mendoza (2014) realizaron su estudio.

Con propósito a los esquemas maladaptativos tempranos, se puede observar que, en la investigación de Lemos et al., (2011) existe una pequeña diferencia en la presencia del esquema de desconfianza/abuso, donde, en la investigación de Lemos et al (2011) éste se presenta en el 24.6% de los casos, mientras que en el presente estudio se da en un 30.19%. Es importante aclarar que la investigación de Lemos et al. (2011), estaba orientada a población clínica lo cual podría tener otras variables psicológicas involucradas. Con respecto a la investigación de Mariño (2015), existen diferencias con los resultados porcentuales de los esquemas, evidenciándose principalmente en los esquemas de estándares inflexibles II, en donde en la investigación de Mariño (2015), se evidencio que existía en un 68,4% mientras que en la presente investigación se dio en un 11.38%; con respecto al esquema de estándares inflexibles I se pudo observar que en la investigación de Mariño (2015) se dio en un 66,67% y en la presente investigación en un 43.06%, en el esquema de privación emocional, Mariño (2015), encontró que estaba presente en un 65,79% mientras que en

la presente investigación se encontró en un 49.50%, y, por último, el esquema de sí mismo infradesarrollado , que en la investigación de Mariño (2015) se encuentra en un 64.9% en la población y en el presente estudio en un 42.07% . Sin embargo, se debe resaltar que tanto en el estudio de Mariño (2015) como en el presente, sobresalen los esquemas de privación emocional, sí mismo infradesarrollado y estándares inflexibles I, pudiéndose referir a una tendencia que desarrollan los estudiantes universitarios colombianos por la formación académica.

En relación con la investigación de Hadman (2017), se reconoce la existencia de dificultades para comparar tal investigación con la expuesta en este documento, ya que el presente estudio fue realizado con un instrumento validado para la población colombiana, mientras que Hadman (2017) utilizó un instrumento validado para la población peruana. Sin embargo, debe resaltarse que ambos instrumentos comparten la variable del esquema de inhibición emocional y, en ambas investigaciones, éste es uno de los esquemas más predominantes en las poblaciones evaluadas, por lo que es posible señalar que la presencia de este esquema no se da únicamente en universitarios colombianos si no que estaría presente en la población universitaria a nivel general de Latinoamérica.

Sobre el objetivo de encontrar la relación entre esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento, se logra evidenciar que no hay una relación significativa entre la mayoría de esquemas y estrategias de afrontamiento, a excepción de la relación positiva considerable entre evitación emocional y autosacrificio (0,52), y la expresión de la dificultad de afrontamiento y autosacrificio (0,51), rechazándose así la primera hipótesis de trabajo en donde se postulaba que existía una relación clara entre esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento, difiriendo así con la investigación de Babajani et al. (2014), en cuya investigación la mayoría de correlaciones fueron considerables. En este punto es importante mencionar que, en ambas investigaciones, se hicieron procedimientos estadísticos diferentes y se utilizaron, a su vez, diferentes instrumentos con diferencias teóricas importantes.

Con respecto a la investigación realizada por Restrepo-Muñoz (2014), la presente investigación difiere de sus hallazgos, debido a que no se encontraron relaciones significativas entre los esquemas de límites insuficientes y abandono con las estrategias de religión, reevaluación positiva y evitación emocional, llamando la atención debido a que ambas investigaciones presentaban los mismos instrumentos para evaluar esquemas y estrategias. Sin embargo, es importante mencionar que en la investigación realizada por Restrepo-Muñoz estaba enfocada en población clínica, lo que podría significar que las condiciones psicológicas de los pacientes eran diferentes a las de la población no clínica evaluada en esta investigación.

Además, esta diferencia de resultados en las investigaciones de Babajani et al. (2014) y Restrepo-Muñoz (2014) con la presente investigación, podría significar que los planteamientos realizados por Restrepo-Muñoz (2014) en donde menciona que las estrategias de afrontamiento van a depender de los esquemas u organizaciones mentales que permiten la interpretación de los acontecimientos no aplica para todo los tipos de esquemas cognitivos que existen, ya que es importante mencionar que en la teoría cognitiva existen otros tipos diferentes a los esquemas maladaptativos tempranos.

Con referencia a la segunda hipótesis de trabajo, en donde se menciona que, a mayor presencia de esquemas, menores niveles de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se puede rechazar al igual que la primera, debido a que ninguna estrategia tuvo una relación considerable negativa con algún esquema maladaptativo temprano, difiriendo así de los postulados de Carver & Connor-Smith (2010, citado en Hernández-Cortez & Londoño-Perez, 2013) y González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002, citado en Romero-Carrasco et al., 2009). Ambos postulados de los autores se enfocan en que el afrontamiento centrado en solucionar los problemas se debe a una relación directa con una buena salud mental, por lo que es importante mencionar que la presencia o no presencia de esquemas maladaptativos no es el único factor que se asocia a la salud mental y, por lo tanto, deberían considerarse otras variables diferentes para determinarla

como, por ejemplo, estilos de vida saludable, los estilos de comunicación, entre otros, estando éstas por fuera de los alcances de esta investigación

Finalmente, con respecto a la última hipótesis, en la que se planteó que habría una correlación positiva entre los esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento enfocadas en la evitación del problema y de la emoción, únicamente se encuentra una correlación considerable entre la estrategia de evitación emocional y el esquema de autosacrificio (0,52), significando que las personas que tienen tendencias a sobreponer las necesidades de los otros por las propias tienden a evitar sus propias emociones que producen malestar, lo que estaría acorde con el perfil cognitivo de este tipo de personas. Las estrategias y esquemas restantes no muestran correlaciones significativas, rechazando así la hipótesis presentada, siendo contradictorio con los postulados de Lazarus y Folkman (1986, citado en Casado-Morales & Franco, 2010) y Marks (1981, citado en Montoya & Moreno, 2012). Es importante señalar que los postulados de los autores están enfocados en la mala adaptación a las situaciones y la evitación de las emociones negativas, lo cual ayudaría al mantenimiento del malestar significativo, indicando que probablemente se refiera a otras variables psicológicas y fisiológicas. En la presente investigación no se pretende afirmar que la presencia de esquemas maladaptativos tempranos necesariamente implica el desarrollo de un malestar significativo o de problemas adaptativos.

Conclusión.

Con respecto a los esquemas maladaptativos tempranos, se deja como recomendación para futuras investigaciones indagar acerca de la presencia y desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos de privación emocional, sí mismo infradesarrollado y estándares inflexibles II para la población de estudiantes universitarios colombianos. Además impresiona que en otras investigaciones internacionales también sobresalga el esquema maladaptativo de inhibición emocional, por lo que se recomendaría investigar la formación y presencia de este esquema en estudiantes universitarios latinoamericanos. También es importante mencionar que a nivel de las estrategias de afrontamiento se recomienda la profundización sobre la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento siendo importante potenciar esta estrategia para promocionar la salud mental de los estudiantes.

Adicionalmente, la presente investigación no logra demostrar relaciones significativas entre esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento, aunque se logran establecer descriptivos de ambas, solamente se identifican dos relaciones considerables entre las variables de estrategias de afrontamiento y esquemas maladaptativos tempranos, por lo que se recomienda que futuras investigaciones exploren las relaciones entre éstas con diferentes procedimientos estadísticos y metodológicos, con el fin de poder seguir investigando las relaciones entre estas dos variables y crear mejores protocolos para la atención de la salud mental de los estudiantes universitarios.

Se recomienda para futuras investigaciones aplicar pruebas estandarizados para delimitar y caracterizar de manera más precisa a la población, dado a que la presente investigación solo utilizó cuestionarios sociodemográficos simples pudiendo tener errores en la conformación de la población no clínica

Referencias.

- Agudelo-Vélez, D., Casadiegos-Garzon, C., & Sanchez-Ortiz, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). VA: Asociación Americana de Psiquiatría
- Babajani, S., Akrami, N., Farahani, A., (2014). Relationship between Early Maladaptative Schemas and Coping Styles with Stress. *J. Life Sci. Biomed* 4 (6): 570-574
- Barrera-Valencia, M., & Calderón-Delgado, L. (2015). Perfil cognitivo del trastorno de estrés postraumático en víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 7(1). 57-72.
- Casado-Morales, M.I, & Franco, L. (2010). Salud, ira y estrategias de afrontamiento en agentes de policía. *EduPsikhé*, 9 (1), 43-60.
- Castellanos-Cárdenas, M., Guarnizo-Castillo, C., & Salamanca-Camargo, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-5.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño- Arredondo, N.H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form-second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3),541-560.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.

- Cifuentes, J.J., & Londoño-Arredondo, N.H., (2011). Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 58-69.
- Coronado, G., Alfaro, M., & Ramirez, E., (2006). La declaración de Helsinki: su contexto histórico-doctrinal. *Rev. Filosofía Univ. Costa Rica*, 111(112), 167-173
- Flores-Carvajal, D., & Urzúa, A. (2015). Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 169-174.
- Hadman, M (2017). *Propuesta del programa "AS" para disminuir esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de la escuela profesional de psicología de la UNPRG, Lambayaque 2017* (tesis de maestría). Universidad nacional Pedro Luis Gallo, Peru
- Hernández-Cortes, L.M, & Londoño- Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*. 29(3), 748-761.
- Lemos, M., Jaller, C., González, A., Díaz, Z., & De La Ossa (2011). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395-404.
- Linting, M., & van der Kooij, A. (2012). Nonlinear principal components analysis with CATPCA: a tutorial. *Journal of personality assessment*, 94(1), 12-25.
- Londoño- Arredondo, N. H. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de psiquiatria*, 40(2), 289-309.
- Londoño- Arredondo, N. H., Henao-Lopez, G., Puerta-, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de

- coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- Londoño-Arredondo, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K. et al. (2012). Young Schema Questionnaire –Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- Mariño, J. (2015). Caracterización de los esquemas maladaptativos tempranos ETD'S y las estrategias de afrontamiento en los grumetes regulares de primer año GTE1 de la Escuela Naval de Suboficiales ENSB. ARC "Barranquilla". (Trabajo de grado). Recuperado de <http://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/446>
- Meza-Arroyo, K.I. & Santayana-Rengifo., R., (2019). Esquemas maladaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados. *Avances de psicología*, 27(spea), 191-199.
- Ministerio de salud y protección social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, & Datos, Procesos y Tecnología SAS (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogota, Colombia: Ministerio de salud y Protección social.
- Ministerio de salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993. Bogotá-Colombia: Ministerio de salud y Protección Social
- Mondragón-Barrera, M (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de fisioterapia. *Movimiento científico*. 8(1), 98-104.
- Montoya-Zuluaga, P.A, & Moreno-Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el caribe*, 29(1), 205-227.
- Organización Mundial de la Salud [OMS](2017). *La salud mental en el lugar del trabajo*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/es/

- Restrepo-Muñoz, A.M., (2014). Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. *Memorias*, 12(22), 57-72.
- Romero- Carrasco, A., Zapata-Campbel, R., Garcia-Mas, A., Brustad, R., Garrido-Quiroz, R., & Letelier-López., A (2009). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista psicológica del deporte*, 19(1), 117-133.
- Salamanca-Camargo, Y., & Forero-Mendoza, I. (2014). Características psicológicas del estudiante de Psicología de una universidad pública de Colombia. *Revista Psicológica de Arequipa*. 2(4), 129-144.
- Tello-Olarte, R., & Contreras-Leal, W. (2014). Evaluación de un programa de intervención en esquemas maladaptativos tempranos (EMT), dirigido a madres cabeza de familia. (Proyecto de grado). Recuperado de: Repositorio institucional UPB https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/1768/digital_22748.pdf?sequence=1
- Tobón-Alvarez, N., Cano-Bedoya, V., Londoño-Arredondo, N.H (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, (29), 98-121.
- Villacob-Fernández, K. (2015). Formación de esquemas maladaptativos tempranos y su relación con trastornos ansiosos. *Tejidos sociales*. (1)(1), 100-108.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2013) . *Terapia de esquemas: Una guía práctica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Zamora-Rondón, D., Suarez-Acevedo., D & Bernal-Acevedo, O (2019). Análisis de necesidades y usos de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Salud publica*, 21 (2), 175-180.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cordial saludo.

Por medio de este escrito, le estamos invitando a participar en la Investigación “Esquemas Maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios” que se desarrolla en varias instituciones universitarias. El objetivo del presente estudio es: Identificar la relación que existe entre el nivel de los esquemas de pensamiento y el nivel de las estrategias de afrontamiento de estudiantes universitarios. Puede dejar de participar en cualquier momento que desee. Muchas gracias

Consentimiento Informado

Yo _____ con cédula _____ he leído la información prevista en este documento y doy mi consentimiento para participar en la investigación. Este consentimiento lo otorgo de manera libre luego de que se me ha informado sobre todos los asuntos relacionados con el estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

FECHA _____ FIRMA _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR _____

FECHA _____ FIRMA _____

ANEXO B: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

A continuación, se presentará un breve cuestionario para validar criterios de inclusión y exclusión de los participantes.

Edad:

Sexo:

Nombre de institución universitaria:

Carrera:

Semestre:

¿ha sido diagnosticado anteriormente con alguna enfermedad mental?

SI___

NO___

ANEXO C: CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-L2)

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-L₂)

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)
Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)

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

Edad: _____ Sexo: Masculino (____) Femenino (____) Semestre _____

Estado Civil: _____ Estratosocioeconómico: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

En los últimos 5 años ¿ha sido diagnosticado(a) o ha recibido tratamiento por una problemática de salud mental?: Si () No ()
¿Cuál? _____

INSTRUCCIONES

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

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

CASTRILLÓN, CHAVES, FERRER, LONDOÑO, MAESTRE, MARÍN & SCHNITTER (2003)

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

