

Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en la preadolescencia

Stalin Rodrigo Zambonino Jácome¹

RESUMEN

La ansiedad en la preadolescencia constituye un factor determinante cuyas consecuencias proliferan hasta la edad adulta. El presente estudio tuvo por objetivo analizar la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad en la preadolescencia. Fue una investigación pura, no experimental, con enfoque cuantitativo, con alcance correlacional de corte transversal. Como instrumentos de recolección de información, se emplearon la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos en Niños (EEMTN) y el Cuestionario de Detección de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (SCARED) en su versión en español. La muestra estuvo conformada por un total de 282 participantes: niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 13 años ($M = 11.76$; $DT = 1.09$), de nivel escolar medio y superior, de unidades educativas del cantón Latacunga, Ecuador. Los resultados mostraron que los Esquemas Desadaptativos Tempranos, en su totalidad, se correlacionaron positiva y significativamente con la ansiedad y sus dimensiones. La frecuencia de síntomas positivos para ansiedad se presentó en el 51.4% del total de la muestra y mostró diferencias significativas en función de las variables de escolaridad ($t = -2.10$, $p = .037$) y grupo etario ($t = -2.29$, $p = .023$). Los esquemas que presentaron una posibilidad predictiva sobre la ansiedad fueron los esquemas de Vulnerabilidad ($\beta = .50$, $t = 9.51$, $p < .001$), Abandono ($\beta = .41$, $t = 7.42$, $p < .001$) y Subyugación ($\beta = .32$, $t = 5.60$, $p < .001$). En función de los hallazgos, es posible inferir que la información obtenida puede ser empleada como sustento empírico en la elaboración y ejecución de actuaciones ulteriores de carácter preventivo y de intervención, que aborden la ansiedad en la preadolescencia.

Palabras Clave: Esquemas Desadaptativos Tempranos, trastornos de ansiedad, patrones cognitivos, psicopatología, infancia, adolescencia

Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Preadolescence

ABSTRACT

Anxiety in preadolescence is a determining factor whose consequences proliferate into adulthood. The present study aimed to analyze the relationship between Early Maladaptive Schemas and anxiety in preadolescence. It was a pure, non-experimental investigation, with a quantitative approach, with cross-sectional correlational scope. The Scale of Early Maladaptive Schemas in Children (EEMTN) and the Spanish version of the Childhood Anxiety-Related Emotional Disorder Detection Questionnaire (SCARED) were used as information collection instruments. The sample consisted of a total of 282 participants: children and adolescents between 10 and 13 years old ($M = 11.76$; $DT = 1.09$), attending middle school and higher school level, from educational units of the Latacunga canton in Ecuador. The results showed that the Early Maladaptive Schemas, as a whole, were positively and significantly correlated with anxiety and its dimensions. The frequency of positive symptoms for anxiety was presented in 51.4% of the total sample, showing significant differences depending on the schooling variables ($t = -2.10$; $p = .037$) and age group ($t = -2.29$, $p = .023$). The schemas that presented a predictive

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador -Sede Ambato PUCESA, Ecuador; stxlinz@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-4769-4524> 

possibility on anxiety were the Vulnerability schemas ($\beta = .50$, $t = 9.51$, $p < .001$), Abandonment ($\beta = .41$, $t = 7.42$, $p < .001$) and Subjugation ($\beta = .32$, $t = 5.60$, $p < .001$). Based on these findings, it is possible to infer that the information obtained can be used as empirical support in the development and execution of subsequent prevention and intervention actions that address anxiety in preadolescence.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, anxiety disorders, cognitive patterns, psychopathology, childhood, adolescence

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la gran mayoría de los problemas relacionados con la salud mental tiende a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia (OMS, 2020). De acuerdo con Maddaleno et al. (2003), entre el 11% y el 33% de los niños y los jóvenes de los países de Latinoamérica y el Caribe refiere tener algún problema de salud mental.

Respecto de los trastornos mentales, datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) señalan a la ansiedad como el segundo trastorno más incapacitante en los países de América. El marco de la carga de este trastorno en el Ecuador es de 5.2% respecto a la mortalidad y discapacidad total (OPS, 2018).

La ansiedad se asocia a factores diversos en función de la edad (Navarro et al., 2012; Orgilés et al., 2012), del género (Craske et al., 2012; Espinosa et al., 2016; Ospina-Ospina et al., 2011), de variables socio-psicológicas (Hernández-Rodríguez et al., 2018), de los constructos culturales y estilos de crianza (Aguilar-Yamuza et al., 2019; Del-Valle et al., 2018; Ortiz et al., 2016), de las etapas del desarrollo (Lasprilla et al., 2018) y de patrones cognitivos (Melis et al., 2011; Pell et al., 2011).

La incidencia de dichos factores favorecen o inhiben, en ciertos momentos evolutivos determinadas pautas en relación con las reacciones emocionales evocadas ante situaciones percibidas como amenazantes que fomentan la ansiedad (Lozano-Vargas, 2017). En relación a las diferencias por sexo y edad, se ha encontrado que las mujeres presentan una prevalencia de la ansiedad del 64.3% en comparación con los hombres, y el rango de edad de presencia de trastornos de ansiedad oscila entre los 12 a 15 años (Navarro et al., 2012).

Los efectos de la ansiedad se vinculan con dificultades en el funcionamiento social, emocional y académico (Jadue, 2001) y predicen la aparición y el desarrollo de trastornos en la edad adulta (Aznar-García, 2014; Monteagudo et al., 2013; Morrison, 2015).

La presencia de síntomas ansiosos es frecuente en la población infantil (Posada & Londoño, 2016) y adolescente (Ospina-Ospina et al., 2011), y se ubica como la cuarta y novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre los 10 a los 14 años (OMS, 2020). Trastornos como la ansiedad generalizada, la angustia y la fobia social se amplían significativamente durante el inicio de la adolescencia y su prevalencia supera el 10% en esta población (Costello et al., 2003; OMS, 2001).

Los datos antes señalados evocan la importancia de aproximarse a los factores vinculados a la presencia de este tipo de trastornos. Según Barlow (2004), la ansiedad está orientada hacia el futuro y se caracteriza por una

percepción de no control y no predicción de sucesos potencialmente aversivos. Ciertos factores cognitivos podrían dar cuenta de estos eventos, que dan lugar a comportamientos ansiosos (Beck, 2013). Al respecto, Carro de Francisco y Sanz Blasco (2015) establecen que ciertos componentes metacognitivos mantienen reacciones excesivas de ansiedad. En este sentido, la presencia de creencias disfuncionales, conocidas como *esquemas*, provoca un miedo considerable y desmedido que no tiene relación con la realidad objetiva de la situación (Beck, 2013). Bajo este constructo, Young (2015) define los esquemas desadaptativos tempranos como patrones generalizados, compuestos por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales que se inician en la infancia y se repiten a lo largo de la vida. Young et al. (2013) plantean que dichos esquemas son el resultado de experiencias infantiles nocivas que se reiteran de manera regular durante la infancia y la adolescencia. Continúan activos por la acción de sentimientos, pensamientos y conductas que los fortalecen (Young, 2015). El modelo propuesto por Young et al. (2013) consolida en cinco dimensiones a 18 esquemas (Tabla 1).

La dimensión *desconexión y rechazo* alude a la perspectiva de que las necesidades particulares de respeto, aprobación, empatía, seguridad y protección no podrán ser complacidas de una forma presumible (Young, 2015).

La segunda dimensión sostenida por Young et al. (2013) se denomina *deterioro en autonomía y ejecución* y refiere a los ideales puestos sobre uno mismo junto al entorno que obstaculizan la facultad propia de percibirse diferente, subsistir y conducirse de forma independiente.

La tercera dimensión, *límites deficitarios*, se vincula con las carencias internas hacia los límites, junto al sentir de deber hacia otros, acarrea conflictos relacionados con la cooperación, la adquisición y el cumplimiento de obligaciones, así como con cuestiones relacionadas al desprecio de los derechos de otros (Young et al., 2013).

Young et al. (2013) denomina la cuarta dimensión como necesidades de los demás. Esta se caracteriza por una excesiva atención a los deseos, afecciones y maneras de responder de los demás, a expensas de las necesidades propias, con la finalidad de adquirir amor y aceptación, eludiendo las represalias.

En último lugar, Young et al. (2013) designa como quinta dimensión la *sobrevigilancia e inhibición* que hace alusión al énfasis desmedido por eliminar sentimientos e impulsos, a fin de cumplir objetivos y expectativas internas rígidas sobre el proceder y el comportamiento ético, a costas de la propia felicidad o salud.

En este sentido, y tal como se ha mencionado anteriormente, los esquemas desadaptativos surgen de necesidades universales de carácter emocional insatisfechas (Young, 2015), que pueden ser la génesis de trastornos de personalidad (Tron-Álvarez et al., 2017) y de otros trastornos clínicos, como la ansiedad (Aguilar et al., 2019), la depresión (Acosta et al., 2010; Ribeiro et al., 2014) y las adicciones (Calvete & Estévez, 2009).

Tabla 1
Esquemas desadaptativos propuestos por Young (2015)

Dimensiones/Esquemas	Definición
<i>Desconexión y rechazo</i>	
1. Abandono	Apreciación de inseguridad sobre la propia conexión con los sujetos significativos.
2. Desconfianza	Prejuicio de poder ser engañado, manipulado y/o perjudicado.
3. Privación emocional	Creencia de que los demás no podrán complacer el apoyo emocional deseado.
4. Imperfección	Impresión de creer que se es incompleto, no deseado y menospreciado por las demás personas.
5. Aislamiento social	Sensación de hallarse apartado del mundo externo y ser distinto de todos.
<i>Deterioro en autonomía y ejecución</i>	
6. Dependencia	Sensación de incapacidad para afrontar las responsabilidades de la vida diaria sin ayuda externa.
7. Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Terror extremo a ser sorprendido por un desastre, accidente o enfermedad y no ser capaz de prevenirlo y detenerlo.
8. Apego confuso	Cercanía emocional desmedida hacia otros, con la idea de no ser capaz de ser feliz ni de subsistir sin el otro.
9. Fracaso	Deducir torpeza y poca capacidad con respecto a los demás, lo que lleva a suponer que se ha fallado o se fallará.
<i>Límites deficitarios</i>	
10. Grandiosidad	Convicción de estar por encima de los otros y, por ende, de merecer concesiones peculiares.
11. Insuficiente autocontrol	Negación a ejercer suficiente autocontrol de ímpetus y emociones y poca capacidad de tolerar el fracaso.
<i>Dirigido por las necesidades de los demás</i>	
12. Subyugación	Obedecer y aceptar en demasía las exigencias de los demás, ante la sensación de hallarse obligado a ello.
13. Autosacrificio	Voluntariedad por complacer a los otros con atención excesiva a sus necesidades a costas de las propias.
14. Búsqueda de aprobación	Énfasis excesivo por lograr el reconocimiento y aprobación del resto de individuos, para desarrollar seguridad y autenticidad.
<i>Sobrevigilancia e inhibición</i>	
15. Negatividad	Los aspectos negativos inundan la atención del sujeto y, al mismo tiempo, dejan a un costado los positivos.
16. Inhibición emocional	Acciones minimizadas de desempeño y comunicación con el fin de evadir la vergüenza y el quebranto del control de los impulsos.
17. Metas inalcanzables	Convicción de complacer estándares internos inconquistables de comportamiento para esquivar críticas.
18. Castigo	Idea de que los sujetos deben ser castigados inflexiblemente por cometer en errores.

Según Mulligan y Scherer (2012), el concepto de ansiedad hace referencia a una emoción manifestada por la experiencia subjetiva de la movilización psicológica, física y conductual. De acuerdo con la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la ansiedad puede manifestarse en niños y adolescentes por una diversa agrupación de síntomas relacionados con situaciones vinculadas con lo personal, lo familiar, lo social y lo educativo (Ordóñez-Ortega, Espinosa-Fernández, García-López & Muela-Martínez, 2013). Los síntomas más comunes son la preocupación, la angustia, el miedo, el nerviosismo, la irritabilidad, la aprensión, la dificultad para

concentrarse, los trastornos del sueño, las palpitaciones, la sudoración, los escalofríos y la dificultad para respirar (OMS, 2019).

No obstante, en la actualidad existe escasa evidencia empírica respecto al estudio de la relación existente entre los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad en la preadolescencia. En gran parte, los estudios se han focalizado en la población joven y adulta (Agudelo-Vélez et al., 2009; Cámara & Calvete, 2010; Nicol et al., 2020). Así, los hallazgos de Melis et al. (2011) proponen que la ansiedad podría ser una expresión sintomática de los dilemas que surgen en los esquemas cognitivos. En tal sentido, las líneas de investigación de Nicol et al. (2020) mostraron que varios estudios relacionan a la ansiedad con el esquema de vulnerabilidad. Del mismo modo, los esquemas desadaptativos tempranos también han demostrado estar estrechamente relacionados con la ansiedad infantil (Aguilar et al., 2019; Posada & Londoño, 2016).

De esta manera, cobra importancia estudiar la ansiedad durante la preadolescencia tomando en consideración que hay escasa evidencia sobre el impacto de los esquemas desadaptativos tempranos en esta etapa crucial del desarrollo, en la que surgen múltiples cambios en los patrones emocionales y cognitivos. La principal hipótesis del presente estudio plantea que existe una correlación positiva entre los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad en la preadolescencia. Además, se estudiaron los datos a fin de determinar qué esquemas desadaptativos tempranos predicen en mayor proporción los trastornos de ansiedad. Del mismo modo, se analizaron las diferencias por género, grupo etario, nivel de escolaridad y número de hermanos.

MÉTODO

Participantes

El tamaño de la muestra de la presente investigación fue calculado a partir del último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que reportó una población de 46.489 habitantes en el rango de edad de entre 10 y 14 años en la Provincia de Cotopaxi (INEC, 2010). De ese total, según el fascículo censal cantonal, 16.202 pertenecen al cantón Latacunga, Ecuador (INEC, 2017). Finalmente, la muestra estuvo conformada por 282 participantes, de entre 10 y 13 años, de dos unidades educativas particulares y una pública del cantón Latacunga. De acuerdo con el rango de edad, 104 eran niñas y niños de 10 a 11 años y 178, adolescentes de 12 a 13 años, en donde la media de edad fue de 11.76 años ($DT = 1.09$). El 41.13% ($n = 116$) era hombre y el 58.87% ($n = 166$), mujer. Del total de la muestra, el 40.78% pertenecía a un nivel de escolaridad básica media (5to., 6to. y 7mo. grado) y el 59.22%, a básica superior (8vo. y 9no. grado). El 89.36% de los participantes tenía hermanos, mientras que el resto era hijo único (10.64%).

Materiales

Las herramientas e instrumentos empleados han sido:

Ficha ad hoc

Una ficha que recogió información respecto a la edad, género, escolaridad y número de hermanos.

Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos en Niños de 8 a 13 años (EEMTN; Pedroza, 2015).

Es una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, constituida por 90 reactivos que evalúan 17 esquemas desadaptativos tempranos, a través de cinco dimensiones propuestas por Young et al. (2013): desconexión y rechazo, deterioro a la autonomía, límites dañados, orientación hacia los otros, sobrevigilancia e inhibición emocional. La estructura de la escala fue confirmada por Pedroza Atitlán et al. (2019) a través de análisis factoriales de cada una de las dimensiones. Verificó evidencias de validez de criterio con factores de ansiedad; los índices de confiabilidad variaron entre un $\alpha = .64$ y un $\alpha = .87$. La escala completa obtuvo un $\alpha = .94$.

Cuestionario de Detección de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (SCARED; Birmaher et al., 1997).

Se utilizó la versión en español de este cuestionario (Sánchez-Quintana et al., 2004). El instrumento se compone de 41 reactivos que evalúan, mediante una escala likert de tres opciones, cinco dimensiones de la ansiedad: *ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia escolar, fobia social y pánico*. La versión en español del SCARED verificó una consistencia interna de $\alpha = .83$ para la puntuación total, con valores entre $.44$ y $.72$ para las dimensiones (Doval et al., 2011). Específicamente, se ha observado para cada dimensión una validez de $\alpha = .92$ para ansiedad total; $\alpha = .72$ para ansiedad generalizada; $\alpha = .82$ para ansiedad por separación; $\alpha = .47$ para fobia escolar; $\alpha = .74$ para fobia social y $\alpha = .78$ para pánico (Aguilar et al., 2019).

Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo en unidades educativas del cantón Latacunga. La muestra se seleccionó de forma no probabilística, mediante un muestreo por conveniencia. En primera instancia, se realizó una reunión con las autoridades de las Unidades Educativas con el propósito de solicitar la autorización pertinente. Se informó por escrito a los representantes legales y a los participantes sobre la finalidad científico-académica de la investigación y se invitó a participar del estudio. Para ello, debían autorizar la participación de sus representados y suscribir a un consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos. Luego, en coordinación con los tutores de curso, se envió a los participantes un enlace web a un formulario creado en la plataforma Google Forms, que contenía los instrumentos de recolección de datos. El método se acopló a las directrices de la International Test Commission (2015) sobre pruebas realizadas de manera *online* por Internet.

Análisis estadísticos

Tras la recolección y tabulación de datos, la muestra fue analizada mediante la realización de estadísticos descriptivos con el software IBM SPSS Statistics, en su versión 25.0 para describir la muestra y sus variables. A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se confirmó que las variables estudiadas se distribuyen normalmente. Mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se determinó la confiabilidad de los instrumentos aplicados en la muestra. Se calcularon correlaciones de Pearson Para las dimensiones esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad, así como entre sus dimensiones. se empleó la correlación de Pearson. Mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes, se precisó si la prevalencia de la

ansiedad difiere según el género, el grupo etario, la escolaridad y el número de hermanos. El modelo de pasos sucesivos se utilizó para realizar un análisis de regresión lineal y delimitar que esquemas predicen en mayor proporción la ansiedad.

RESULTADOS

Después de llevar a cabo un análisis de consistencia interna de los esquemas desadaptativos y las dimensiones de ansiedad que se evidencian en la Tabla 2, se contempla, de acuerdo con los coeficientes de confiabilidad medidos a través del alfa de Cronbach, que las dimensiones presentan índices aceptables ($\alpha > .70$). Los resultados obtenidos fueron $\alpha = .94$ para la EEMTN y $\alpha = .93$ para el SCARED. De los datos examinados, los resultados de confiabilidad evidenciaron ser igualmente favorables para las dimensiones de los esquemas cognitivos ($.62 \leq \alpha \leq .91$) y las dimensiones de la ansiedad ($.71 \leq \alpha \leq .86$).

Según las puntuaciones totales obtenidas en el SCARED el 51.4% del total de la muestra mostró puntuaciones positivas para ansiedad ($n = 145$, $M = 26.75$, $DT = 14.03$). Respecto de la presencia de desórdenes de ansiedad, del total de la muestra, los resultados indican un 31.6% para pánico ($n = 89$, $M = 7.86$, $DT = 4.14$), un 31.6% para ansiedad generalizada ($n = 89$, $M = 8.95$, $DT = 2.93$), un 61% para ansiedad por separación ($n = 172$, $M = 7.85$; $DT = 2.80$), un 34.4% para fobia social ($n = 97$, $M = 8.48$, $DE = 2.69$) y un 27.3% para fobia escolar ($n = 77$, $M = 2.52$, $DT = 1.79$). Las cifras conducen a que los síntomas ansiosos asociados a la separación alcanzan puntajes superiores. Con respecto al porcentaje de los participantes que indican Esquemas Desadaptativos Tempranos, el mismo se ubica en el 52.1% de la muestra ($n = 147$).

Tabla 2
Estadísticas de fiabilidad de los instrumentos aplicados

Escala	α	Dimensiones	α	Elementos
EEMTN	.94	Desconexión y rechazo	.91	31
		Deterioro a la autonomía	.82	17
		Límites dañados	.62	11
		Orientación hacia los otros	.81	17
		Sobrevigilancia y orientación emocional	.75	14
SCARED	.93	Pánico	.86	13
		Ansiedad generalizada	.82	9
		Ansiedad por separación	.77	8
		Fobia social	.80	7
		Fobia escolar	.71	4

Se cuantificaron las correlaciones por dimensiones entre las variables esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad, mediante el coeficiente de correlación de Pearson; estas son positivas y significativas en el nivel .01 y .05. Además, los datos reflejan que la dimensión deterioro a la autonomía, el esquema de abandono y el esquema de vulnerabilidad indicaron coeficientes de correlación estadísticamente altos con relación a la ansiedad total ($r > .50$). Respecto de las dimensiones de la ansiedad, se observa que el esquema de vulnerabilidad mostró una correlación alta para la ansiedad generalizada, y

los esquemas de abandono y vulnerabilidad para ansiedad por separación. Por otro lado, otros esquemas, incluso en una medida inferior, también pueden proporcionar información importante respecto de los síntomas de la ansiedad; estos son los esquemas de subyugación y desconfianza (Tabla 3).

Tabla 3
Coeficientes de correlación entre variables

	Desórdenes de ansiedad					
	Pánico	Generalizada	Por separación	Fobia social	Fobia escolar	Total
Privación emocional	.28**	.26**	.05	.10	.27**	.24**
Defectuosa	.34**	.37**	.09	.13*	.32**	.32**
Abandono	.39**	.45**	.53**	.33**	.22**	.50**
Aislamiento social	.28**	.32**	.09	.27**	.34**	.32**
Desconfianza	.36**	.40**	.18**	.38**	.32**	.42**
Desconexión y rechazo	.44**	.46**	.24**	.27**	.39**	.46**
Fracaso	.26**	.38**	.10	.20**	.30**	.31**
Vulnerabilidad	.47**	.52**	.55**	.41**	.37**	.59**
Dependencia	.31**	.34**	.30**	.23**	.25**	.36**
Deterioro a la autonomía	.46**	.55**	.44**	.38**	.40**	.57**
Insuficiente autocontrol	.32**	.32**	.18**	.20**	.27**	.32**
Grandiosidad	.20**	.26**	.18**	.14*	.27**	.26**
Límites dañados	.31**	.35**	.22**	.20**	.33**	.35**
Búsqueda de aprobación	.34**	.44**	.28**	.18**	.21**	.38**
Subyugación	.32**	.45**	.22**	.34**	.24**	.40**
Autosacrificio	.27**	.42**	.33**	.23**	.15*	.37**
Orientación hacia los otros	.39**	.55**	.34**	.30**	.24**	.48**
Inhibición emocional	.36**	.39**	.17**	.33**	.30**	.40**
Negatividad	.29**	.40**	.14*	.21**	.35**	.34**
Estándares irreales	.05	.20**	.14*	.10	.13*	.15*
Castigo	.28**	.24**	.20**	.21**	.16**	.28**
Sobrevigilancia y orientación emocional	.37**	.48**	.25**	.33**	.36**	.45**
Esquemas total	.51**	.61**	.37**	.37**	.44**	.59**

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Una vez comprobados los resultados de homocedasticidad ($p > .05$) en el contraste de varianzas, a partir de los resultados de la prueba *t* de student para muestras independientes se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas bilaterales, con respecto a la ansiedad entre niños y adolescentes ($t = -2.29$, $p = .02$) y entre los niveles de escolaridad básica media y básica superior ($t = -2.10$, $p = .04$). El patrón de asociaciones de ansiedad fue similar para quienes tienen hermanos y para quienes no los tienen ($t = -.90$, $p = .37$; Tabla 4).

Tabla 4
Prueba *t* de Student para la ansiedad según variables sociodemográficas

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Género	Hombre	116	23.19	11.36	-2.42	.02
	Mujer	166	27.10	14.54		
Grupo etario	Niños	104	23.11	13.17	-2.29	.02
	Adolescentes	178	26.88	13.44		
Escolaridad	Básica media	115	23.48	13.23	-2.10	.04
	Básica superior	167	26.87	13.45		
Número de hermanos	No tiene hermanos	30	23.40	11.45	-.90	.37
	Tiene hermanos	252	25.74	13.66		

La Tabla 5 refleja aquellos esquemas que predicen en mayor proporción la ansiedad, en el que se incluyeron a los esquemas de vulnerabilidad, abandono y subyugación a través de un análisis de regresión, mediante el modelo de pasos sucesivos. El esquema vulnerabilidad presentó una varianza mayor con respecto a la ansiedad total ($\beta = .50$, $t = 9.51$, $p < .001$), seguido por los esquemas de abandono ($\beta = .41$, $t = 7.42$, $p < .001$) y subyugación ($\beta = .32$, $t = 5.60$, $p < .001$).

Tabla 5
Valores predictivos de la ansiedad

Esquema	R	R²	F	B	T	p
Vulnerabilidad	.50	.24	90.45	.50	9.51	< .01
Abandono	.41	.16	55.06	.41	7.42	< .01
Subyugación	.32	.10	31.38	.32	5.60	< .01

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la relación existente entre los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad en una muestra representativa conformada por preadolescentes. Al respecto, los resultados alcanzados evidenciaron que existe una correlación positiva y significativamente alta entre las variables estudiadas. Según lo sugerido por Cohen (2013), estos resultados denotarían una relación de magnitud alta, lo que confirma la hipótesis propuesta y es coincidente con los hallazgos en población infantil (Posada & Londoño, 2016), adolescente (Aguilar et al., 2019), juvenil (Agudelo-Vélez et al., 2009) y adulta (Cámara & Calvete, 2010), en los que se señaló que la interacción entre ambas variables era positiva. Esto se explicaría desde la idea de que la ansiedad es el resultado de una expresión sintomática de los dilemas que surgen en los esquemas cognitivos (Beck, 2013; Carro-de-Francisco & Sanz-Blasco, 2015; Melis et al., 2011; Pell et al., 2011).

El 51.42% del total de la muestra informó sentir ansiedad como síntoma principal. Este porcentaje es elevado en comparación con cifras a nivel mundial que señalan una prevalencia del 10% al 20% (Costello et al., 2003; OMS, 2001). En relación con el género, síntomas tales como inseguridad, inquietud, preocupación, temor, dificultades gastrointestinales, hiperhidrosis, sensación de falta de aire, entre otros (OMS, 2019) fueron informados por mujeres en el 63.4% de los casos frente al 36.6% reportado por los hombres. Esta información está alineada con los resultados de Craske et al. (2012), Navarro-Pardo et al., 2012, Orgilés et al. (2012) y Ospina Ospina et al. (2011), que enfatizan la incidencia de síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad en relación con el género. Dicha diferencia se extiende a los trastornos de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia escolar, fobia social y pánico con resultados similares a los reportados por Costello et al. (2003), Ordóñez et al. (2013), y Orgilés et al. (2012).

Por otra parte, la agrupación de síntomas asociados a reacciones psicológicas, cognitivas, fisiológicas y motoras, frente a situaciones percibidas como inseguras por los sujetos, verificó diferencias significativas según edad: la fobia social es más frecuente en adolescentes de 12 a 13 años (66.2%) y

menos frecuente en niños de 10 a 11 años (33.8%). Estos resultados coinciden con lo reportado por Espinosa-Fernández et al. (2016), Orgilés et al. (2012) y Ospina Ospina et al. (2011). No obstante, es importante mencionar que, en investigaciones previas, dichas diferencias son atribuidas a constructos culturales y estilos de crianza (Aguilar-Yamuza et al., 2019; Del-Valle et al., 2018; Hernández et al., 2018; Ortiz et al., 2016).

A partir de los resultados obtenidos en relación con la relación entre las dimensiones de los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad, la dimensión deterioro a la autonomía mostró un alto nivel de asociación con las manifestaciones o las respuestas de ansiedad total. Estos resultados son congruentes con lo informado por Nicol et al. (2020) que, en consonancia con la hipótesis del presente estudio, señalan que los esquemas desadaptativos tempranos asociados a temas implicados a funcionar independientemente se relacionan con conductas ansiosas (Young et al., 2013).

La evidencia muestra que el esquema vulnerabilidad es el principal predictor de los trastornos de ansiedad, lo que resulta consistente con la noción de Beck (2013), acerca de que la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad. Entonces, la ansiedad se acciona por una sensación que acarrea la magnificación de los procesos cognitivos disfuncionales que movilizan las valoraciones exageradas ante los probables daños percibidos (Beck, 2013; Nicol et al., 2020).

Asimismo, los datos indican que los esquemas de abandono y de subyugación son adecuados predictores de los síntomas de ansiedad (Nicol et al., 2020; Pedroza-Atitlán et al., 2019). Estos resultados van en línea con lo propuesto por Beck (2013), que sugiere la presencia de un arquetipo particular de angustia emocional que se representa por un perfil cognitivo centrado en las percepciones de amenaza y de peligro que predisponen al desarrollo de trastornos de ansiedad. De esta manera, se configura también lo propuesto por Young et al. (2013), que hace referencia a un prototipo logístico que muestra un incremento mayor de la ansiedad frente a los esquemas primarios en contraste con los esquemas secundarios. En este caso, se plantearía que el esquema de subyugación surge como respuesta a los esquemas de vulnerabilidad y de abandono. De todas maneras, los resultados indican que los esquemas descritos anteriormente pueden predecir ansiedad generalizada y ansiedad por separación. Estos hallazgos se asemejan a los informados por Aguilar et al. (2019), Posada y Londoño (2016).

En cuanto a las limitaciones del estudio, por un lado, es importante considerar los resultados obtenidos en relación con el contexto de la pandemia de COVID-19. Limitación que podría estar vinculada a que el miedo percibido a la catástrofe médica podría haber fomentado la adquisición del esquema de vulnerabilidad, en el sentido en que los esquemas se muestran como representaciones apoyadas en el contexto (Young, 2015), que derivaría en la aceptación y valoración errónea de la situación (Beck, 2013). Abriéndose la necesidad de que futuras investigaciones profundicen el estudio de la evolución del impacto del COVID-19 como experiencia vital temprana.

Por otro lado, el uso de instrumentos no adaptados lingüística y culturalmente al contexto ecuatoriano podría considerarse como otra limitación de la presente investigación. Por ello, con miras a futuros estudios, resultaría de utilidad diseñar y/o adaptar instrumentos adecuados al contexto local.

No obstante, cabe destacar la importancia de los resultados arrojados por este estudio dada la ejecución de un análisis íntegro de la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos y la ansiedad en la preadolescencia, cuya interacción genera un espectro amplio de relaciones entre las variables estudiadas. Además, los hallazgos de esta investigación coinciden con los resultados de estudios previos.

En conclusión, los resultados reafirman el interés y la importancia de detectar de manera temprana y oportuna los esquemas desadaptativos, debido a que las manifestaciones de ansiedad pueden ser variadas y pueden acompañarse de más de un trastorno de ansiedad, de síntomas depresivos (Acosta et al., 2010; Ribeiro et al., 2014), obsesivos (Lozano-Vargas, 2017) e incluso de algunos elementos de ansiedad fóbica; todas ellas comorbilidades señaladas por numerosos estudios (Monteagudo et al., 2013; Morrison, 2015, Nicol et al., 2020). Además, la posibilidad predictiva hallada entre los esquemas de vulnerabilidad, abandono y subyugación en relación con la ansiedad permite que la información aportada por este estudio se emplee como sustento empírico para la elaboración y la ejecución de políticas de carácter preventivo y de intervención temprana que aborden los procesos vinculados al mantenimiento de los esquemas desadaptativos tempranos.

REFERENCIAS

- Acosta, K. R., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Balladriga, M. C. J., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Agudelo-Vélez, D. M., Casadiegos-Garzón, C. P., & Sánchez-Ortíz, D. L. (2009). Relation Between Early Maladaptive Schemes and Anxiety and Depression Features in University Students. *Universitas Psychologica*, 8(1), 18.
- Aguilar, A. S., Palos, P. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 15-21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.2>
- Aguilar-Yamuza, B., Raya-Trenas, A. F., Pino-Osuna, M. J., & Herruzo-Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y adolescentes*, 6(1), 36-43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.5>
- Aznar-García, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee De Brouwer.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56. <https://doi.org/10.20882/adicciones.251>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology*, 18(3), 491-509.
- Carro-de-Francisco, C., & Sanz-Blasco, R. (2015). Cognición y creencias metacognitivas en el trastorno de ansiedad generalizada a la luz de un caso clínico. *Clinical and Health*, 26(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.003>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). Role of Inhibition in Exposure Therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 322-345. <https://doi.org/10.5127/jep.026511>
- Del-Valle, M., Betegón, E., & Irurtia, M. J. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25(2), 102-112. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>
- Doval, E., Martínez, M., & Domènech-Llaberia, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) de 41 ítems.

- Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 199-210.
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J. A., & García López, L. J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 99-104.
- Hernández-Rodríguez, Y. D. L. C., Jimbo-Eraez, E. R., Tenemaza-Ruilova, M., Palacios-Rivera, N. P., & Flores-Lazo, E. T. (2018). Manifestaciones de ansiedad en niños de 8 a 10 años de la ciudad de Cuenca Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 292-306.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Población y Demografía Cotopaxi*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Fascículo Latacunga*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantonales/Cotopaxi/Fasciculo_Latacunga.pdf
- International Test Commission. (2015). *ITC Guidelines on Computer-Based and Internet Delivered Testing*. <https://www.intestcom.org/page/20>
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, 27, 111-118. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052001000100008>
- Lasprilla, J. C. A., García, I. R., & Ramírez, N. H. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Manual Moderno.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 35-41. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, S132-S139. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000700017>
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L. M., Ventosa, A., & Krebs, M. (2011). Conflictos Cognitivos (dilemas) en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 41-48.
- Monteagudo, M. C. M., Fernández, J. M. G., & Saura, C. J. I. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International journal of psychology and psychological therapy*, 13(1), 47-64.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.
- Mulligan, K., & Scherer, K. R. (2012). Toward a Working Definition of Emotion. *Emotion Review*, 4, 345-357. <https://doi.org/10.1177/1754073912445818>
- Navarro-Pardo, E., Moral, J., Sales-Galán, A., & Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Youth Mental Health: A Systematic Review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715-751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L.-J., & Muela-Martínez, J.-A. (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia psicológica*, 31(3), 355-362. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000300010>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Capítulo 2: Carga de los trastornos mentales y conductuales*. <https://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11 [Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión]*. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Salud]*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAlloWed=y
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Ortiz, O. G., García, C. C., & Ruiz, R. O. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: Factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología conductual, behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 24(1), 29-49.
- Ospina-Ospina, F. del C., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13, 908-920. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004>
- Pedroza, M. (2015). *Escala de esquemas maladaptativos tempranos en niños de 8 a 13 años* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Universidad Autónoma de México. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000734428
- Pedroza-Atitlán, M., Andrade-Palos, P., & Calleja, N. (2019). Validación de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 37-47. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.04>
- Pell, A. F. L., Colom, J. C., Camerini, J. O., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías Esquemáticas 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. <https://doi.org/10.22235/cp.v5i1.102>

- Posada, J. L. Á., & Londoño, A. J. V. (2016). Esquemas maladaptativos tempranos y trastornos de ansiedad en la primera infancia y la niñez. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 21, 45-68. <https://doi.org/10.25057/25005731.762>
- Ribeiro, F., Dos-Santos, P., Cazassa, M., & Da-Silva-Oliveira, M. (2014). Esquemas Desadaptativos Tempranos y Síntomas Depresivos: Estudio de comparación intergrupar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 15-22.
- Sanchez Quintana, S., Ortiz León, S., de la Peña Olvera, F. R., & Higuera Romero, F. H. (2004). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en poblacion abierta* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/pdtestdf/0327421/Index.html>
- Tron-Álvarez, R., Bravo-González, M. C., López-Nájera, D., & Galván-Martínez Servín, A. (2017). Esquemas cognitivos de personalidad en estudiantes de las carreras de psicología y biología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3).
- Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée De Brouwer.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée De Brouwer.

Recibido 03-07-2021 | Aceptado 30-11-2021



Este trabajo se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que se dé el crédito pertinente a los autores y a *Psicodebate*.