



FORMACION DE ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS

FORMATION OF EARLY MALADAPTATIVE SCHEMES AND ITS RELATIONSHIP WITH ANXIETY DISORDERS



**Karen Villacob
Fernández ***

Universidad Simón Bolívar,
Barranquilla, Colombia

* Magister en Psicología, docente
Programa de Psicología USB.

Correo:
kvillacob@unisimonbolivar.edu.co

RESUMEN

Este artículo aborda la participación comunitaria de la mujer frente a la salud en Barranquilla. Inicialmente se aborda y delimita conceptualmente La participación comunitaria de la mujer y luego se analiza a partir de un estudio de caso único, en el cual se emplearon la historia de vida, la entrevista, diarios de campos, la matriz DOFA y cuestionarios de preguntas. La información se organizó e interpretó cualitativamente, concluyéndose que la mujer en la participación comunitaria ha sido fruto de una necesidad sentida por aportar al mejoramiento de las condiciones de vida y aumentar el fomento de estilos de vida saludables en las comunidades.

Palabras Claves: Esquemas maladaptativos tempranos, Trastornos de ansiedad, Conceptualización cognitiva

ABSTRACT

Maladaptive schemas are stable cognitive structures in which stored "irrational and biased" information is about himself, life and others, we have learned, strengthened and maintained throughout the history of the individual, predisposing people to alter their view of events and as a result, from cognitive behavioral perspective, generating dysfunctional behaviors and symptoms that affect their livelihoods. In this paper the formation of some maladaptive schemas that may be associated with future anxiety disorders that the individual develops, due to their distorted way of perceiving the various situations that happen will be analyzed.

Keywords: Early maladaptive schemas, Anxiety disorders, Cognitive conceptualization

INTRODUCCIÓN

El estudio del concepto de esquema toma mayor fuerza en la Psicología Clínica Cognitiva y en el área de investigación de los modelos teóricos sobre procesamiento de información entre los años setenta y ochenta, entendiéndose como una "entidad organizacional cognitiva" aprendida en la infancia, que contiene información referencial sobre el sí mismo y el mundo y que condiciona o predispone al sujeto a actuar, enfrentarse y relacionarse con los eventos, desde la perspectiva informacional de sus núcleos esquemáticos.

El Modelo Cognitivo plantea que cada trastorno psicológico posee un perfil cognitivo distintivo que se evidencia en el contenido informacional de cada uno de los desórdenes clínicos; es así como se definen ciertos perfiles cognitivos asociados a trastornos psicológicos, como ocurre en los trastornos depresivos, cuyo eje nuclear lo constituye el concepto de pérdida, mientras que el contenido esquemático predominante en los trastornos ansiosos es la percepción de amenaza y el poco auto reconocimiento del sujeto para afrontarlo (Beck, citado en Riso, 2006).

Esta percepción de amenaza es generada en el sujeto gracias a factores predisponentes entre los cuales podemos encontrar la influencia de la herencia, el temperamento, las experiencias previas en su historia de vida, probablemente eventos traumáticos o en los cuales la integridad física o emocional estuvieron vulneradas, o por la influencia de modelos ansiosos en sus figuras primarias o significativas, los cuales conforman el contenido esquemático ansioso, y que al activarse ante la exposición real o



imaginaria a eventos que concibe amenazantes para él, provocan malestar físico y psicológico, y en la mayoría de los casos, el desarrollo de trastornos ansiosos.

El malestar emocional característico en los trastornos ansiosos se constituye en la sensación de vulnerabilidad y miedo ante situaciones amenazantes, que pueden estar relacionadas con pérdidas inminentes, catástrofes, desaprobación social, enfermedad y muerte, reforzado por la creencia de que se es incapaz de tolerar o enfrentar la amenaza.

La ansiedad ha sido explicada desde diferentes posturas dentro del Marco Cognitivo Conductual. Lazarus (citado en Riso, 2006), la define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. Según los resultados arrojados por una encuesta mundial de salud mental aplicada por la OMS el 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida, con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social, similar en ambos géneros, con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años, en el trastorno de fobia específica, y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático (Nova-Publicación Científica, 2006).

La Región Atlántica colombiana presenta la menor prevalencia (14.9%). Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad, y siguen, en su orden, el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y la agorafobia sin pánico.

La Palabra ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción, y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por sensaciones de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante la percepción de una posible amenaza a la integridad física, psicológica y moral.

La ansiedad se constituye en una respuesta emocional que activa el sujeto anticipándose a las posibles consecuencias de un inminente peligro, real o imaginario, racional o irracional, generándole múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. A su vez, se describe como una señal de alarma que dispara el organismo para defenderse, ya sea como "respuesta" a estímulos internos (pensamientos desagradables) o externos (situaciones) que el sujeto considera amenazantes para la vida.



Para Fernández Ballesteros (1994), los trastornos de ansiedad poseen diversas características generales, las cuales se agrupan, para su mejor descripción, en áreas que constituyen la triple modalidad en las que el sujeto tiende a responder.

En el nivel cognitivo, el sujeto presenta una atribución de significado catastrófica, visión exagerada y a veces desproporcionada de los eventos, distorsiones cognitivas de sobregeneralización, percepción negativa y minimizada de sus habilidades afrontamiento, ideas de incontrollabilidad, dificultad de atención y concentración. En el nivel fisiológico, los síntomas más comunes que se manifiestan son los cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y neurovegetativos, acompañados de emociones de miedo intenso. A nivel motor, hay presencia de tics, tartamudeo, conductas de escape y evitación, en casos extremos, parálisis, inquietud motora y verborrea.

Según el DSM IV, los trastornos ansiosos se clasifican en Trastornos de Angustia, con y sin Agorafobia, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C), Trastorno por Estrés Postraumático (T.E.P.), Trastorno por Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad, Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias y Trastorno de Ansiedad no especificado. Estos trastornos pueden variar en la presencia de algunos síntomas y los estímulos que eliciten la respuesta emocional en cada uno también varía. Por ejemplo, en las fobias las amenazas están relacionadas con situaciones específicas, objetos, lugares o evaluaciones negativas. En los trastornos de pánico, la amenaza se relaciona con la posibilidad de ocurrencia de un ataque de pánico; los síntomas manifiestos, en el obsesivo-compulsivo, el temor aparece frente a la posibilidad de contaminarse, y en el estrés post trauma, ante la posibilidad de poder reexperimentar la situación traumática. Sin embargo, todos ellos poseen como característica general la presencia de aprehensión y angustia ante la amenaza o la activación de su esquema ansiógeno.

El término Angustia, así como en "angor", "angina", proviene de raíz griega o latina, y significa constricción, sofocación, estrechez u opresión, refiriéndose a la sensación de opresión epigástrica con el desasosiego que la caracteriza.

Diversos autores plantean que existe una angustia adaptativa que impulsa al individuo a protegerse y responder de forma saludable a diversas amenazas y estímulos estresantes; pero cuando la valoración de la amenaza es errónea o distorsionada, o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica.

Existen diversos modelos explicativos de los Trastornos Ansiosos. Entre ellos, el más destacado, el Modelo Cognitivo de Beck, sustenta que el sujeto a lo largo de su historia de vida ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pone en marcha distorsiones



cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación-arousal emocional- (a nivel conductual).

Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas. Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y a su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser idiosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud.

En el caso de los trastornos de pánico, el modelo cognitivo plantea (Clark 1988, citado en Ruiz y Cano, 1992) fundamentalmente un modelo atribucional, ya que el paciente se focaliza en las sensaciones corporales experimentadas y les hace una lectura a partir de un esquema cognitivo sobre amenazas potenciales como pérdida de control, infarto, volverse loco o morir, de tal manera que distorsiona cognitivamente el valor amenazante de tales sensaciones, aumentando el nivel de ansiedad y las sensaciones físicas iniciales, que vuelven a ser interpretadas de modo catastrófico (círculo vicioso), hasta que la aprensión aumenta a un nivel en que se produce una hiperventilación, un decremento del anhídrido carbónico, aumento del PH en sangre, desencadenando en ataque de pánico (Ruiz y Cano, 1992).

Por otro lado, el modelo cognitivo de las fobias (Beck y Emery, 1985), postula que la ansiedad fóbica se asocia con una predisposición en el procesamiento informacional referente al peligro-amenaza que implica determinados objetos o situaciones.

En la Fobia social, el sujeto habría desarrollado esquemas cognitivos referentes a significados y valores amenazantes sobre el hecho de ser desaprobado, criticado o rechazado por su actuación en una situación social; esos esquemas se activarían en las situaciones sociales produciendo malestar emocional y conductas de evitación o huida.

Esa predisposición constituida por esquemas de peligro y desaprobación ante situaciones específicas puede desarrollarse a partir de experiencias traumáticas en la historia del sujeto o modelado social.

Para Beck y Emery (1985), el constructo cognitivo de la agorafobia se basa en la vulnerabilidad personal impuesta por esquemas cognitivos que contienen significados personales referentes a la percepción del peligro interno y externos, y referentes a la necesidad de contar con apoyo de otros en caso de que sus temores lleguen a activarse. Es por esto que el individuo puede llegar a mostrarse dependiente de la seguridad que le proporcionan otros cuando se siente vulnerable en lugares de difícil escape, o bien, prefieren evitarlos.

Para el Trastorno Obsesivo Compulsivo el Modelo de Salkovskis y Warrick (citado en Ruiz y Cano, 1992) describe un aprendizaje en estos sujetos de esquemas cognitivos asociados con reglas, estándares y exigencias en sus responsabilidades, los cuales se activan ante ciertos eventos críticos que les provocan preocupaciones obsesivas que intentan neutralizar a través de las compulsiones cognitivas y/o motoras, disminuyendo así la ansiedad y la posible culpa.

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE TRASTORNOS ANSIOSOS

La Terapia Cognitiva se centra principalmente en tres niveles del fenómeno cognitivo: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y supuestos subyacentes, existiendo un nivel más profundo de la cognición, conceptualizados y referidos por Jeffrey Young como Esquemas Maladaptativos Tempranos (E.M.T.).

Los EMTs se refieren a estructuras extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a través de toda la vida del individuo (Young, 1990). El contenido de los esquemas puede incluir actitudes y creencias absolutas y generalizadas de sí mismo y del futuro.

Los esquemas sirven como base para procesar, categorizar e interpretar experiencias de acuerdo a sus contenidos referenciales y presentan varias características como su incondicionalidad, ya que el individuo se define a sí mismo y al mundo en términos rígidos e inflexibles; su capacidad de autopropetuar, por ser resistentes al cambio, y debido a que a través de maniobras cognitivas el individuo los protege para evitar su activación y reestructuración, otorgándole mayor fuerza al contenido esquemático; su disfuncionalidad, generando las alteraciones psicológicas y comportamientos desadaptativos, vulnerables a activarse por eventos relacionados con el esquema, y aunque el sujeto no los pueda verbalizar, estos se activarán en la vida del individuo ante situaciones asociadas al esquema central; se encuentran vinculados a altos niveles de afectividad, provocando perturbación emocional significativa; son el resultado de las experiencias nocivas tempranas en interacción con el temperamento innato de los individuos (Young, 1990).

Aunque la información contenida en los esquemas hace referencia a la construcción que el individuo ha realizado basada en sus experiencias tempranas, la Terapia Cognitiva no pretende intervenir sobre estas experiencias, sino sobre las atribuciones y significados que el individuo le asignó a la situación y evitar la tendencia en el sujeto de perpetuar el esquema y acomodarse a su irracionalidad.



La Teoría de los Esquemas propone cinco dominios esquemáticos, que corresponden a cinco necesidades desarrolladas en la Infancia, en los cuales se encuentran contemplados los 18 E.M.T. Estos dominios son:

- ❑ Desconexión y Rechazo: Se define como la expectativa de que las necesidades de seguridad, protección, empatía y cuidado no serán suplidas o satisfechas.
- ❑ Desempeño y Autonomía Deficiente: El sujeto se mantiene a la expectativa de situaciones externas y en sí mismo que le pueden impedir funcionar sólo o independiente de los demás.
- ❑ Límites Insuficientes: Referidos a la poca capacidad del Individuo de controlar sus impulsos, respetar límites y tolerar la frustración.
- ❑ Tendencia hacia el Otro: Excesiva focalización en los intereses y deseos de los demás a expensas de los propios.
- ❑ Sobrevigilancia e Inhibición: El sujeto mantiene un excesivo control emocional e hipervigilancia de sus actos.

Algunos de los esquemas contenidos en los dominios muestran una tendencia a predisponer al sujeto al desarrollo de trastornos ansiosos; tal es el caso del esquema de Inestabilidad /Abandono del primer dominio, el cual puede generar sentimientos de temor ante la idea de ser abandonado o cuando el vínculo afectivo con alguien está siendo amenazado. Estas personas se muestran inseguras, con una percepción desconfiada sobre la permanencia del otro a su lado; el núcleo central de su amenaza estriba en la posibilidad de ser reemplazados o abandonados.

Este esquema suele desarrollarse bajo eventos en la historia del individuo en donde posiblemente tuvo dificultades para recibir protección y cuidado o fue abandonado por alguno de sus padres.

En el esquema de vergüenza/defectuosidad, la persona se siente perturbada cuando cree que no logra cumplir con los estándares estéticos, económicos, sociales o morales que la inhiben de la aceptación de otros. Se perciben indeseables y encuentran amenazantes situaciones en las que su “defecto” pueda ser evidente, por lo cual tienden a ser inseguros, hipersensibles al rechazo, evasivos y autocríticos.

Por su contenido esquemático, estas personas podrían ser vulnerables a desarrollar un trastorno ansioso de Fobia Social o trastornos de personalidad evitativos.

Este esquema se encuentra contribuido por hipercrítica ante sus competencias personales o experiencias de rechazo.

En el esquema de Dependencia/Incompetencia, el sujeto desarrolla ideas subvaloradas de su propio desempeño y competencia, tiende a invalidarse ante el afrontamiento de situaciones que considera complejas, requiriendo apoyo permanente de



los otros. Las personas con este esquema se muestran inseguras, evasivos o vacilantes ante la toma de decisiones, y pueden ser vulnerables a desarrollar trastornos ansiosos como el T.O.C, mostrándose posteriormente rígidos y exigentes en su desempeño como una maniobra compensatoria al esquema de incompetencia, a su vez, se pueden desarrollar trastornos de personalidad por dependencia.

De igual forma, las personas que presentan predisposición a desarrollar Trastornos de Ansiedad Generalizada, Trastornos de Angustia, Agorafobia, Por Estrés Post Trauma y Fobia Simple, pueden explicarse por el desarrollo y mantenimiento de esquemas relacionados con la Vulnerabilidad al Daño o a la Enfermedad, presentándose pensamientos catastróficos recurrentes sobre una posible amenaza a su integridad física. Tal es el caso de las personas que temen y se anticipan a catástrofes externas como terremotos, accidentes, quedarse encerrados, ser atacados, etc., y catástrofes internas como enfermedades y /o locura. Esto puede gestarse por experiencias traumáticas a las que fueron condicionados en su historia de vida o por el modelamiento de figuras primarias ansiosas ante estos elementos “fóbicos”.

Las personas con esquemas de Autocontrol Insuficiente, evidencian un déficit en su capacidad para la espera y la disciplina, presentando reiteradamente sentimientos de frustración cuando no se cumplen sus expectativas, algunos se muestran evasivos al conflicto, confrontaciones y responsabilidades. Estas personas encuentran su amenaza en la posibilidad de que sus metas o necesidades no sean satisfechas a corto plazo, experimentando angustia que podría desatar explosiones incontroladas e inasertividad en sus relaciones.

Los esquemas de subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación pertenecientes al dominio de Tendencia hacia el Otro, poseen elementos cognitivos muy similares que están relacionados con una excesiva focalización en los intereses y deseos de los demás a expensas de las propias necesidades, con el fin de lograr o mantener la aprobación del otro.

Las personas con estos esquemas se muestran inseguras en sus decisiones, subvaloradas, generalmente presentan un esquema personal negativo y sobrevaloran el concepto de los demás. La amenaza a este esquema es la posibilidad de ser desaprobados o rechazados, ante lo cual tienden a mostrarse excesivamente sumisos en las relaciones interpersonales o complacientes para evitar el cumplimiento de la amenaza. Estas personas pueden ser vulnerables a desarrollar Trastornos por Fobia Social.

Los esquemas de inhibición emocional e hipercrítica, se forman ante posibles experiencias represoras de las emociones y el énfasis excesivo en el autocontrol, llevando a las personas a mostrarse frías, desapegadas, racionales en su forma de ver la vida, experimentando angustia ante la posibilidad de perder el control o experimentar culpa. En



el caso de las personas con esquemas de estándares inflexibles e hipercrítica, demuestran perturbación constante ante fracasos, errores, o ante la posible exposición de lo que consideran sus “debilidades”. Existe una predisposición en individuos con estos esquemas a desarrollar Trastornos Obsesivos Compulsivos.

Es así, como cada esquema o dominio esquemático, se puede constituir en base cognitiva para el desarrollo de trastornos ansiosos, cuyos síntomas aparecen ante la percepción de la amenaza temida o evitada, o ante el afrontamiento de situaciones que hacen evidente su vulnerabilidad cognitiva.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *DSM- IV R Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales*. Madrid: Masson.
- Beck, J. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A., y Emery., G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Fernández, Ballesteros, R. (1994) *Evaluación Conductual Hoy*. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva Fundamentos Teóricos Y Conceptualización Del Caso Clínico*. Bogotá: Norma.
- Ruiz, Juan y Cano, Justo. (1992). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manualbib.htm>
- Young JE. (1990) *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad. Una aproximación centrada en esquemas*. 3ª. Edición.
- Artículos de Revistas en Internet:
- NOVA - publicación científica - ISSN: 1794-2470 vol.4 no. 6 junio - diciembre de 2006:1-114 (Publicado en http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf) http://www.clinicadeansiedad.com/02/29/La_ansiedad:_Un_modelo_explicativo.htm
- Galazo, L. Artículo publicado en <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/ansiedad.htm>
- Virues, A. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Artículo publicado en la revista: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.htm>