



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

Imagen corporal y esquemas tempranos de inadaptación en mujeres
universitarias.

Trabajo de graduación previo la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Autora:

María del Rocío Castro Rodríguez

Directora:

Mst. Cesibel Ochoa Pineda

Cuenca, Ecuador

2017

Dedicatoria

Dedico este proyecto de graduación a mis padres Fernando y María del Carmen, los cuales me han apoyado en todo momento de mi vida, y que a pesar de los altos y bajos ellos nunca me han dejado caer y siempre estuvieron ahí pendientes de verme bien.

Les quiero muchísimo.

Por otro lado quiero dedicar esto con todo cariño a mi abuela Alicia, ya que es como una madre para mí, y sin el apoyo de ella o de mis padres yo no hubiera podido llegar a culminar esto.

Gracias, por estar ahí a mi lado cuando todo se ponía difícil, y ustedes me calmaban diciendo que todo estará bien.

Rocío

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar que estoy especialmente agradecida con mi tutora de tesis, la Master Cesibel Ochoa, ya que considero desde mi punto de vista, que fue una de las pocas personas que confió en que yo podría lograr culminar con mi tesis, y día a día desde el inicio, siempre estuvo pendiente, apoyándome en todo sentido.

Agradezco a esta increíble persona, que me enseñó a ponerme más fuerte a pesar de las adversidades. Gracias Master Cesibel Ochoa por haberme ayudado a lograr una meta, que en muchos momentos considere imposible gracias por eso y por su apoyo. Siempre estaré agradecida.

Me gustaría reconocer también la ayuda que me brindó el profesor de estadística Manuel Freire, ya que tuvo toda la paciencia y colaboración, lo cual me permitió seguir avanzando.

Y, finalmente, agradezco a mis padres, Fernando y Mari y a mi abuela Alicia, por el apoyo, tanto económico como emocional, que me brindaron en todo momento.

Gracias

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
MARCO TEÓRICO.....	4
1.1 Concepto de imagen corporal.....	4
1.1.1 Factores que contiene la imagen corporal.....	4
1.1.2 La imagen corporal y la apariencia física	5
1.1.3 Construcción de una imagen corporal negativa.....	5
1.1.4 Trastorno dismórfico.....	6
1.1.5 Imagen corporal desde la perspectiva cultural y antropológica.....	6
1.1.6 Trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia.....	6
1.2 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....	6
1.2.1 Comportamiento alimenticio de riesgo. Ideal estético y el índice de masa corporal.....	7
1.2.2 Factores de riesgo con respecto a los trastornos alimenticios..	7
1.2.3 Consecuencia en la salud de los trastornos alimenticios.....	8
1.2.3.1 Consecuencias de salud de la anorexia nerviosa.....	8
1.2.3.2 Consecuencias debidas a la bulimia nerviosa.....	9
1.2.3.3 Trastorno dismórfico corporal.....	9
1.2.4 Impacto en el mundo de los trastornos de la conducta alimentaria.....	10
1.3 Grupos pro Ana, pro Mía.....	11
1.4 Control del peso	12
1.5 Los medios masivos y su influencia en los desórdenes alimenticios.....	13
1.6 Esquemas tempranos de inadaptación.....	13
1.6.1 Concepto de esquema.....	13
1.6.2 Esquemas maladaptativos tempranos.....	14
1.6.3 Características de los EMTs.....	15
1.6.4 Procesos de los EMTs.....	16
1.6.5 Origen de los EMTs.....	17

1.7 Relación entre la imagen corporal y los esquemas tempranos de inadaptación.....	18
CAPÍTULO II.....	21
METODOLOGÍA.....	21
2 Método.....	21
2.1 Tipo de Estudio.....	21
2.2 Participantes.....	21
2.2.1 Criterios de inclusión.....	21
2.2.2 Criterios de exclusión.....	22
2.3 Consideraciones Éticas.....	22
2.4 Instrumentos.....	22
2.4.1 YSQ: Cuestionario de esquema de Young.....	22
2.4.2 EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.....	24
2.5 Procedimiento.....	25
2.6 Análisis Estadístico.....	26
CAPÍTULO III	27
RESULTADOS.....	27
3.1 Análisis de las variables sociodemográficas.....	27
3.2 Puntajes medios de los Esquemas Tempranos Inadaptados de Young.....	29
3.3 Conductas alimentarias más prevalentes del EDI-2.....	31
3.4 Correlación entre los esquemas tempranos de Young (YSQ) y las conductas alimentarias EDI-2.....	32
CAPÍTULO IV.....	34
DISCUSIÓN.....	34
CAPÍTULO V.....	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
5.1 CONCLUSIONES.....	40
5.2 RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la edad de las participantes.....	27
Tabla 2. Estado civil de las participantes.....	28
Tabla 3. Ocupación de las participantes.....	28
Tabla 4. Ciclo que cursa.....	28
Tabla 5. Nivel socioeconómico de las participantes.....	29
Tabla 6. Procedencia de las participantes.....	29
Tabla 7. Prevalencia de los Esquemas Tempranos Inadaptados.....	30
Tabla 8. Conductas alimentarias prevalentes según el EDI-2.....	31
Tabla 9. Relación entre los esquemas tempranos de inadaptación (YSQ) y las conductas alimentarias.....	32

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Solicitud para la investigación	45
Anexo 2. Consentimiento informado.....	46
Anexo 3. Cuestionario de esquemas de Young (YSQ).....	47
Anexo 4. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)....	50
Anexo 5. Tabla de correlaciones.....	53

Resumen

Se considera la imagen corporal como aquellos sentimientos, pensamientos y actitudes que uno tiene hacia su propio cuerpo, mientras que los esquemas tempranos de inadaptación son procesos cognitivos, que se desarrollan en la infancia. El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre estas dos variables. En este estudio participaron 92 mujeres estudiantes de la carrera de Estimulación Temprana de la Universidad del Azuay. Se utilizó la escala de Young para los Esquemas Tempranos de Inadaptación y el Cuestionario EDI-2, para identificar los trastornos alimenticios. Los EMTs más prevalentes fueron: abandono, desconfianza/abuso y autosacrificio; las conductas alimentarias más prevalentes: desconfianza interpersonal, bulimia, insatisfacción corporal. Existe una relación considerable entre los EMTs y los TCA con una significancia de $p < 0.000$. Estos resultados brindan mejores pautas para su tratamiento.

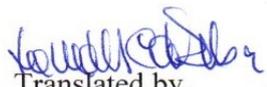
Palabras clave: Imagen corporal, trastornos alimenticios, esquemas inadaptados.

ABSTRACT

Body image is considered as those feelings, thoughts and attitudes that one has towards his or her own body, whereas the Early Maladaptive Schemas are cognitive processes developed in childhood. The aim of this research was to determine if there is a relationship between these two variables. This study was conducted with the participation of 92 female students enrolled in the Early Stimulation career at *Universidad del Azuay*. Young's Scale for Early Maladaptive Schemas, and the EDI-2 Questionnaire were used to identify eating disorders. The most prevalent EMTs were: abandonment, mistrust- abuse and self-sacrifice. The most prevalent food behaviors were interpersonal distrust, bulimia, and body dissatisfaction. There was a considerable relationship between EMTs (Early Maladaptive Schemas) and Eating Disorders (TCA, as per its Spanish acronym) with a significance of $p < 0.000$. These results provided better guidelines for treatment.

Keywords: body image, eating disorders, maladaptive schemas.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Mediante la visión sociocultural, se ha encontrado una gran presión social con respecto al peso y a la imagen corporal, lo cual lleva a seguir ciertas normas alimentarias restrictivas, irreales e insanas” (Hernández y Londoño, 2013). Los problemas con la conducta alimentaria (TCA) están caracterizados por la alteración con respecto al consumo de alimentos, seguido por una serie de conflictos psicosociales, y su finalidad está ligada al logro por llegar a un estado de delgadez (Hernández y Londoño, 2013).

Es dicha premisa, la razón fundamental para seleccionar el presente tema. No es una patología moderna, ni un problema nuevo, es un trastorno conocido y viene siendo descrito desde la antigüedad. Sin embargo, todo recae con la frecuencia, que se ha empeorado en los últimos años, llegando a que las personas tengan actitudes y percepciones, sobre las ideas de salud y lo que equivale al ideal estético. Por lo que se buscó diagnosticar problemas alimentarios con la aplicación del cuestionario EDI-2 (Eating Disorder Cuestionary) y evaluar los esquemas mal adaptativos tempranos con el cuestionario de esquemas Young en mujeres universitarias estudiantes de la carrera de Estimulación temprana. Dicho diagnóstico, en conjunto con el uso del método de investigación deductivo, y la aplicación de instrumentos de recolección de datos como encuestas al segmento de la población seleccionado, permitieron llevar a cabo de manera pertinente el desarrollo de la presente investigación.

Conocer datos sociodemográficos tales como la edad, ocupación, estado civil, y factores conductuales como la frecuencia con la que realizan dietas y la importancia que le dan a la opinión de la sociedad con relación a la imagen corporal, favorecieron para determinar la forma en la que los estereotipos, los esquemas y estrategias de afrontamiento al respecto del tema, influyen cuando se relaciona la información que se tiene de la imagen corporal.

El ideal de belleza ha sido formado por el contexto social, y cada vez es más difícil de alcanzar. El gran impacto que generan los medios masivos de comunicación, sobre la promoción del ideal de belleza y de éxito como el equivalente de estar delgado apoya la cultura de la delgadez.

Es importante señalar que tanto las dietas, como la inconformidad con la imagen corporal, y los pensamientos sobrevalorados de un cuerpo delgado, son ideas constantes en la mayor parte de las mujeres (Ortega, 2010).

Hoy en día existe una extrema preocupación, tanto por la comida, como las dietas, la imagen corporal y la figura, lo cual ha producido, que todas las creencias sociales acerca de lo que significa estar delgado, han afectado de gran manera a las conductas alimentarias de las personas (Hernández y Londoño, 2013).

La sociedad valora la delgadez. En la actualidad, los ecuatorianos, así como gran parte de los latinoamericanos realizan comentarios a las mujeres acerca de qué tan delgadas son, minimizando la importancia de la personalidad, reforzando el pensamiento de que el único atributo es el ser bonitas, planteando estereotipos de belleza que dicen afirmar lo que es correcto, con simples pensamientos de lo que la sociedad considera que debería ser la imagen corporal de la mujer ecuatoriana universitaria.

Según Vivero (2014) con el paso del tiempo, la idea que se tiene sobre una "figura ideal", o solo el hecho de pertenecer a una cultura, donde se da mucha importancia a la delgadez como sinónimo de belleza, ha llevado a que las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, tengan hábitos muy dañinos con respecto a la alimentación. Estos hábitos se caracterizan, por realizar formas de control de peso que no son sanas, como por ejemplo el saltarse horas de comida como el desayuno, el almuerzo o la cena, para perder peso, incluso la restricción de calorías excesivas, el uso de laxantes, el vómito auto provocado, o el realizar ejercicio excesivo.

Consultar con especialistas de la rama psiquiátrica y psicológicas, teniendo como principal objetivo mantener la salud y a corto plazo mejorar la calidad de vida, es lo más recomendable. Es por esto que el objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre los esquemas tempranos inadaptados y la imagen corporal. El primer capítulo se enfocó en el marco teórico relacionado a mi investigación, es decir, se habló sobre términos como la imagen corporal, las conductas alimentarias, el concepto de esquema, origen y procesos de los mismos, que han proporcionado una serie de autores.

En el segundo capítulo se trabajó con la metodología de la investigación, por lo que aquí se utilizaron las dos escalas: YSQ y el EDI-2. En el tercer capítulo se habló sobre los resultados que se obtuvieron con la aplicación de los reactivos, y se observó la

prevalencia tanto de los esquemas tempranos inadaptados, como las conductas alimentarias más prevalentes. Posteriormente en el capítulo cuatro, se habló sobre la discusión de la investigación, comparando los resultados obtenidos con otros estudios.

Y para terminar en el capítulo cinco se trató las conclusiones de este proyecto y sus respectivas recomendaciones que se dan para mejorar en un futuro.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

El proceso de comer, que es una actividad natural del hombre, puede pasar por cambios por factores de nivel físico, familiares, psicológicas, así también sociales y hasta culturales. “Actualmente, la anorexia y la bulimia constituyen una epidemia que atenta contra la salud física y emocional de muchas mujeres” (Rivarola y Penna, 2006).

El mundo está lleno de contradicciones, en el que mientras miles de seres humanos mueren por una mal nutrición, debido a la pobreza, otros como los adolescentes y jóvenes occidentales sufren trastornos de la conducta alimentaria debido a las presiones socioculturales que se caracterizan por un control extremo del peso y el tener una imagen corporal aceptable ante los ojos de la sociedad.

1.1. Concepto de imagen corporal.

Según los aportes de algunos autores como Raich (2016) quien con respecto al concepto de imagen corporal afirman que: consiste en los sentimientos, pensamientos y actitudes que uno tiene hacia su propio cuerpo.

“Destacar que el cuerpo forma parte del sujeto perceptor y a su vez es el único objeto que se percibe” (Raich, 2016).

1.1.1. Factores que contiene la imagen corporal.

Autores como Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) señalan algunos factores que contiene la imagen corporal:

- a) Aspectos de percepción: manera en cómo se percibe, el peso, el tamaño y la forma del cuerpo.
- b) Aspectos cognitivos-afectivos: se refiere a actitudes, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño etc. Según la parte emocional, la imagen corporal presenta experiencias de placer, displacer, rabia, impotencia, etc.
- c) Aspectos conductuales: conductas que provienen de la percepción y de los sentimientos relacionados con el cuerpo, como puede ser la evitación, la comprobación.

1.1.2. La imagen corporal y la apariencia física.

Los autores ya mencionados diferencian:

- a) Es distinto la apariencia física de la imagen corporal. Existen personas con una apariencia física que es muy diferente a los estándares de belleza, pero estas personas pueden sentirse bien con la imagen corporal, y por otro lado existen personas que ante la sociedad son consideradas bellas, pero sin embargo estas pueden no sentirse así.
- b) Una apariencia física aceptable es una de las causas principales para darse una interacción social, por lo que por otro lado la fealdad, la deformación u otros traumatismos, son motivos que aumentan los problemas psicosociales de las personas que lo tienen.

1.1.3. Construcción de una imagen corporal negativa.

Existen muchas personas que luchan y se preocupan por la imagen corporal, y muchas de las veces resulta difícil entender todos los pensamientos y sentimientos, que se tiene con respecto al cuerpo y a uno mismo. Estos sentimientos pueden crear una imagen corporal negativa (Planned Parenthood Federation of America Inc, 2016).

La imagen corporal negativa se adquiere cuando:

- a) La valía y el éxito personal se miden por la percepción que se tiene de la imagen corporal.
- b) El cuerpo y las formas del mismo crean ansiedad, estrés y vergüenza.
- c) Sentimiento de incomodidad por el cuerpo.

La creación de una imagen negativa, lleva a corto plazo a ser autocríticos e inseguros con la imagen, conllevando a la desvalorización.

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) señalan que cuando existe una extrema preocupación por el cuerpo, y una insatisfacción, esto lleva a que las personas llenen en su mente todas estas preocupaciones, lo cual genera un malestar y a esto se lo conoce como trastornos de la imagen corporal.

1.1.4. Trastorno dismórfico.

El trastorno dismórfico es la excesiva preocupación por un no existente problema corporal, por lo que este malestar puede llegar a interferir con las actividades diarias.

1.1.5. Imagen corporal desde la perspectiva cultural y antropológica.

Cada cultura posee una idea de la imagen corporal deseada, lo cual está relacionado con la satisfacción del propio cuerpo, es por esta razón que tanto la imagen corporal como los desórdenes alimenticios han sido notablemente influenciados por valores sociales (Moreno y Ortiz, 2009). Por lo que es importante señalar que, la cultura desempeña un papel fundamental en la formación de la imagen corporal.

1.1.6. Trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia.

El concepto de imagen corporal resulta imprescindible para el análisis y comprensión de los trastornos alimentarios. Rivarola y Penna (2006) dicen que, en 1965 Hilde Bruch fue la primera autora en sugerir la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, entendiendo que estas patologías implican:

- a) Trastorno del propio concepto corporal.
- b) Trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos.
- c) Sensación de falta de control respecto a las propias funciones corporales.

Las perturbaciones y los trastornos del comportamiento alimenticio, son temas que se han venido investigando en mayor cantidad a lo largo de la última década.

1.2 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

El tratamiento de todos los TCA es largo y difícil. Se necesita de un equipo multidisciplinario para hacerlo, por lo que en todos los casos lo mejor es la información adecuada y la prevención (Ortega, 2010).

1.2.1 Comportamiento alimenticio de riesgo. Ideal estético y el índice de masa corporal.

Saucedo y Unikel (2010) indican que:

- a) La conducta alimentaria se refiere al conjunto de acciones, que lleva a cabo una persona, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y socio cultural en relación al consumo de alimentos.
- b) Esta alteración ha dado lugar a lo que llamamos conductas alimentarias en riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en donde los patrones de alimentación se encuentran distorsionados.
- c) Las CAR se caracterizan por atracones, episodios de ingesta excesiva, pérdida del control al comer, dietas sumamente restringidas, ayuno, vomito auto provocado, uso de laxantes, y el ejercicio excesivo con el fin de perder peso y mejorar la figura corporal.

Algunos de los factores de riesgo más estudiados, como facilitadores de seguimiento de CAR se encuentran: el índice de masa corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última con el deseo de lograr una figura corporal delgada. Algunos estudios han encontrado que existe una tendencia en adolescentes y jóvenes a tener un mayor porcentaje de CAR a medida que aumenta el IMC (Vivero, 2014).

1.2.2. Factores de riesgo con respecto a los trastornos alimenticios.

Ciertas situaciones y acontecimientos podrían aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Estos factores de riesgo pueden incluir:

- a) **Trastornos emocionales:** Las personas con depresión, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo son más propensos a tener un trastorno alimentario (Saucedo y Unikel, 2010).
- b) **Dieta:** Las personas que pierden peso son a menudo reforzadas por los comentarios positivos de los demás y por su aspecto cambiante. Esto puede causar que algunas personas que llevan una dieta demasiado estricta pueden llevarlas a padecer un trastorno de la alimentación (Yélamos, 2015).

- c) **Transiciones:** Ya sea para ir a la universidad, en movimiento, conseguir un nuevo trabajo o una ruptura de la relación, el cambio puede traer angustia emocional, lo que puede aumentar su susceptibilidad a un trastorno alimentario (Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza, y Gómez, 2008).
- d) **Deportes, el trabajo y las actividades artísticas:** Deportistas, actores y personalidades de la televisión, bailarines y modelos tienen un mayor riesgo de trastornos de la alimentación. Los trastornos alimenticios son especialmente comunes entre las bailarinas, gimnastas, corredores y luchadores. Los entrenadores y los padres pueden contribuir involuntariamente a los trastornos alimentarios mediante el fomento de los jóvenes atletas para perder peso (Bazán y Ferrari, 2012).

1.2.3. Consecuencia en la salud de los trastornos alimenticios.

La Asociación Nacional de Desórdenes Alimentarios, ANDA, (2014) indica que:

- a) Los trastornos alimenticios, son serios problemas que ponen en riesgo la vida de las personas, perjudicando tanto su salud física como emocional.
- b) Los problemas alimenticios, son algo mucho más complejo que considerarlos como una moda o fase. Las personas no tienen un trastorno de la alimentación solo por un periodo de tiempo, sino al contrario, son situaciones complejas y graves, que traen con ellas graves consecuencias a la salud, productividad y relaciones.
- c) Cuando una persona sufre de un trastorno con la alimentación es básico que requiera de ayuda profesional para superar esto, un tratamiento inmediato aumentara las probabilidades de recuperación física y emocional.

1.2.3.1. Consecuencias de salud de la anorexia nerviosa.

Según el portal web Fact Sheet (2016), para las personas que padecen de anorexia nerviosa, su cuerpo es privado de los nutrientes básicos, para un adecuado funcionamiento del organismo, por lo que el cuerpo llega a disminuir todos los procesos por los cuales mantiene su energía, y esto provoca serias consecuencias como:

- a) Disminuye la frecuencia cardiaca.
- b) Osteoporosis, que genera huesos débiles.
- c) Debilidad muscular.
- d) Deshidratación que puede llevar a una falla renal.
- e) Desmayo, fatiga, debilidad.
- f) Piel y cabello seco, y también es común la pérdida de cabello.

1.2.3.2. Consecuencias debidas a la bulimia nerviosa.

Con respecto a la bulimia, ANDA (2014) indica que los atracones y purgaciones afectan al sistema digestivo, produciendo un desajuste químico y electrolítico, lo cual causa complicaciones al corazón y otros órganos. Dentro de las consecuencias de la bulimia están:

- a) Desbalance electrolítico, que produce latidos cardiacos irregulares y posible muerte. El desbalance electrolítico se debe a la deshidratación, y pérdida de sodio, potasio, y cloro causados por las purgaciones.
- b) Rupturas gástricas durante los atracones.
- c) Inflamación o ruptura del esófago debido al vomito constante.
- d) Destrucción de los dientes y caries, por causa del contacto con los ácidos estomacales, durante el vómito.
- e) El abuso de laxantes causa movimientos intestinales irregulares y constipación crónica.

1.2.3.3. Trastorno dismórfico corporal.

El trastorno dismórfico corporal, se encuentra en el DSM IV, dentro de los trastornos somatomórfos. La principal característica de este trastorno consiste en síntomas físicos, que requieren de una condición médica general, y no son explicados por la presencia de una enfermedad física, los efectos de una sustancia o por algún trastorno mental.

"En el CIE-10 el trastorno dismórfico corporal TDC esta incluidos dentro de los trastornos somatomórfos sin especificación" (Centro psicológico gran vía, 2016). El Centro Psicológico Gran Via (2016) indica que los síntomas del trastorno dismórfico son:

- a) Angustia por un defecto imaginario del aspecto físico, por ejemplo cuando existen pequeñas anomalías, la preocupación de la persona es intensa.
- b) Esta preocupación genera malestar y deterioro social, laboral y en otras áreas de la vida del individuo.

Las personas que sufren de este trastorno, se caracterizan por criticar su físico y su imagen corporal, a pesar de que no exista ninguna causa o defecto que justifique las críticas que se hacen a sí mismas. Muchos autores lo han descrito como una experiencia de fealdad sobrevalorada y exagerada (Centro psicológico gran vía, 2016).

1.2.4. Impacto en el mundo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Vivero (2014) señala que:

- a) Ocho millones de adolescentes y adultos jóvenes en Estados Unidos presentan síntomas de los TCA, en el cual el 90 % son mujeres y más del 75 % son adolescentes.
- b) La Anorexia y la Bulimia afectan alrededor del 1.2 millones de mujeres en nuestro país. Muchos datos sobre la prevalencia de los trastornos alimenticios en América Latina son deficientes, lo cual da lugar a la necesidad de realizar investigaciones, para poder controlar a tiempo y así iniciar el respectivo tratamiento sobre los trastornos alimenticios, con el fin de lograr un mejor pronóstico en su recuperación.
- c) Especialmente los adolescentes son más propensos a desarrollar trastornos alimenticios, y esto se debe a que al encontrarse en una etapa de desarrollo,

surgen cambios físicos y fisiológicos, lo cual puede llevar a una distorsión corporal y por lo tanto a hábitos desordenados de la alimentación.

“Estudios a lo largo del tiempo han comprobado que el restringirse a dietas excesivas, no son de ayuda para perder peso, ya que incluso indican todo lo contrario, como sería una ganancia de peso, lo que muchas de las veces se conoce como rebote, y hasta se podría llegar a tener sobrepeso con el transcurso del tiempo” (Vivero, 2014).

Para Holzer y Neumark (2000) existen varios factores de riesgo que pueden desencadenar un problema alimenticio, entre los que están el profundo interés por artículos para perder peso, la gran importancia que las personas le dan a la imagen corporal, y conductas poco saludables para controlar el peso. Por otro lado entre los factores que evitarían estas conductas, son la unión con la familia, sentirse cómodos con su cuerpo y mantener hábitos de comidas regulares.

Al realizar estudios acerca del comer emocional, los atracones, reacciones anormales con la alimentación y el peso, una baja autoestima, la depresión y el estrés, se llegó a la conclusión de que están relacionados con un descontento sobre su aspecto físico principalmente en mujeres en etapa adolescente (Vivero, 2014).

Se comprobó que las restricciones dietarias, podría ser una de la principal causa de los síntomas bulímicos, y problemas psicológicos, en aquellas personas que intentan controlar su peso, y que posiblemente la insatisfacción con la imagen corporal sea la explicación a este problema (Vivero, 2014).

1.3. Grupos Pro Ana, Pro Mía.

El término Pro-Ana se refiere a “Pro” que significa “a favor de” y “Ana, que se refiere a la anorexia. El término Pro-Ana, se lo utiliza como una denominación para anoréxicas, que se consideran como un grupo que apoyan la enfermedad y la ven a la misma como un modo de vida, en lugar de considerarlo como un trastorno alimenticio como lo es.

Los grupos Pro-Ana, así como los Pro-Mía, existen desde la década de los 90, pero se han visto potenciados a partir del uso de internet donde pueden localizarse sitios web, blogs y foros de discusión. El internet se ha convertido en un medio que favorece el desarrollo de las patologías. Mediante el uso de sitios web Pro Ana y Pro Mía, se permite abrir fácil y sin costo espacios que presentan los TCA como un estilo de vida,

de tal forma que comparten ahí dietas, laxantes, ejercicios o incluso consejos sobre la forma eficaz de suicidarse si no logran tener el cuerpo perfecto. Son en su mayoría blogs que aparecen y desaparecen a un ritmo vertiginoso. Cada día es posible encontrar nuevos sitios pro-Ana y pro-mía (Beyond, 2014).

En muchos de los sitios Pro-Ana se explicita que la comunidad virtual no está orientada a brindar técnicas para adelgazar, sino que están destinadas a individuos que ya padecen el trastorno, utilizando una serie de comportamientos orientados a alcanzar el cuerpo, considerado, ideal. El material que se difunde es de uso estimulante y práctico, como pueden ser relatos de los involucrados, fotografías y material multimedia, como pueden ser audios y videos; también se conforman como grupos de apoyo para quienes estén de acuerdo con llevar adelante su ideología (Saucedo y Unikel, 2010).

Las modelos se transforman en el prototipo de imagen ideal, no solo por el cuerpo, sino también por su integración social; cabe destacar, que dicha imagen varía según el paso del tiempo y el contexto sociocultural (Bazán y Ferrari, 2012).

La anorexia puede ser muy grave. Los estudios realizados en varios países indican que entre el 5 y el 10% de los anoréxicos muere. En algunos casos puede producirse un fallo cardíaco súbito debido a la desnutrición. En otros muchos la muerte se va gestando a lo largo de meses, o incluso años (Saucedo y Unikel, 2010).

1.4. Control del peso.

Los aportes de Madell (2012) indican que:

- a) Para tener un peso normal, se debe equilibrar la cantidad de calorías que se consumen, con la cantidad que se quema con las actividades físicas cotidianas. Por lo tanto el control del peso consiste en una alimentación sana y realizar actividad física regularmente.
- b) Un peso adecuado es muy importante para mantener una buena salud, bienestar, y una buena calidad de vida, en las personas.
- c) El tener un peso muy bajo, también puede causar problemas en la salud, entre ellas carencias nutricionales, debilidad del sistema inmunitario, cansancio y a veces problemas para concebir en las mujeres.

1.5. Los medios masivos y su influencia en los desórdenes alimenticios.

Actualmente la extrema publicidad acerca de los distintos estereotipos de belleza, moda, estética ya sea en la televisión como en revistas han sido de gran influencia para determinar un estilo o figura corporal ideal (Vivero, 2014).

Muchas veces los adolescentes de 15 a 18 años, llegan a comparar su aspecto corporal con el de los demás, especialmente comparándose con los medios de publicidad, por lo que todo esto lleva a que los mismos realicen ciertas conductas para bajar de peso, lo cual muchas veces puede ser perjudicial para su salud (Balbi, 2013).

1.6. Esquemas tempranos de inadaptación.

1.6.1. Concepto de esquema.

Para Beck 1983, citado por Castrillón (2005), los trastornos de la personalidad, son claves para explicar el trastorno de la depresión. Lo que el autor propone es que los esquemas como patrones de pensamientos estables que significan una realidad, situación, o acontecimientos relevantes para el individuo Así mismo este autor considera que los esquemas tienen actividades estructurales como son la capacidad informacional (ya sea estrecha, limitada o poca), flexibilidad o rigidez, densidad. A raíz de esto se le suma al esquema actividades que tienen importancia, y no solo como significantes de situaciones, sino como funciones de la asignación de estos significados.

Goldfried 2003, citado por Manrique (2005) afirma que los esquemas desempeñan un papel importante en el procesamiento de la información. Estos esquemas ayudan a las personas a navegar en sus interacciones con el mundo y con los otros. Por lo que para que las cosas tengan sentido para las personas, la mayor parte del tiempo, los esquemas permiten atender a cierta información e ignorar a otras.

Así como lo afirma Beck y Clark 1997, citados por Castrillón (2005, p.243): “cada trastorno psicológico posee un perfil cognitivo que es evidente a nivel de esquemas, de procesamientos sesgados y de procesamientos negativos automáticos”.

1.6.2. Esquemas maladaptativos tempranos.

Young en 1999 planteó que el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos, consiste en percepciones estables y duraderas, que se forman durante la infancia, y se van manteniendo a lo largo de la vida del ser humano, y con grandes propiedades disfuncionales (Ortega, 2010).

Según, Young el contenido inadaptado de los esquemas fomentan los trastornos de la personalidad, por lo que es importante darle importancia a los esquemas desde la infancia (Castrillón, 2005).

Para Glubosqui y Young, citados por Riso (2006), afirman que los esquemas de inadaptación son temas amplios pertenecientes al sí mismo y a sus relaciones con los demás. Contienen amplios componentes cognitivos, afectivos, interpersonales y conductuales y se encuentran fuera de la conciencia. Según estos autores, los distintos esquemas (pensamientos), están fuera de la conciencia debido a que son automáticos e incontrolables.

Riso (2006) hace mención al carácter disfuncional de los esquemas mal adaptativos, a su grado de emocionalidad, donde los sujetos intervienen en el logro de sus necesidades básicas, puesto que estas ideas o creencias son rígidas y, muy difíciles de cambiar por ser la esencia individual del sentido personal.

1.6.3. Características de los EMTs.

Ortega (2010) manifiesta que para Young existen ciertas características que definen a los EMTs, y estas son:

- a) Los esquemas son creencias incondicionales y sentimientos acerca de uno mismo con relación al entorno que en el que se encuentran, y se han dado por hecho con el paso del tiempo, es decir, estos esquemas tienen una gran fuerza para quien los mantiene. Por lo que ante nuevas situaciones que el sujeto enfrenta estos esquemas se siguen manteniendo y le dan mayor significancia a la creencia ya formada.
- b) Los EMTs son más resistentes al cambio. Debido a que estos se desarrollan en la infancia o vida temprana, llegan a ser la esencia del autoconcepto del individuo y la concepción del ambiente; por lo que se vuelven cómodos y cuando son cambiados la persona distorsiona la información con el objetivo de mantener su

validez. Es más fácil para un sujeto mantenerse con un mismo esquema que lo, ya que existe una resistencia al cambio. Por lo que vienen a ser mal adaptativos por su resistencia al cambio y familiaridad, puesto que a pesar de ser disfuncionales se tornan cómodos para la persona que lo tiene. Según Young, esta amenaza al cambio es muy destructiva para la formación cognitiva, ya que esto necesitaría de un mayor esfuerzo tanto cognitivo como conductual.

Guidano y Liotti (1983) enfatizaron en la naturaleza de los esquemas, dando a lugar a concepto de que los esquemas tempranos de inadaptación son perjudiciales para el futuro de la persona, ya que por ejemplo si un individuo se considera incapaz, entonces llega a percibir su exterior como algo imposible de lograr, ya que mantiene su esquema de incapacidad (Centro psicológico gran vía, 2016).

- a) Los EMTs son disfuncionales, lo cual significa que estos pueden desarrollar trastornos de la personalidad, angustias psicológicas, depresión, pánico, soledad, relaciones destructivas e incluso provocar problemas psicológicos más graves (Dávila y Carrión, 2014).
- b) Los EMTs se remueven por aspectos relacionados con eventos donde se han producido creencias previas, un ejemplo de esto, es por ejemplo alguien que tenga un esquema de abandono, al estar en una relación de pareja empiezan a surgir pensamientos los cuales el sujeto piense que la pareja lo va a dejar tarde o temprano (Bazán y Ferrari, 2012).

Todos estos pensamientos o sentimientos se caracterizan por un elevado nivel de excitación afectiva, como en el ejemplo anterior, la emoción que causa estos pensamientos sería ansiedad ante sentirse que van a ser abandonados. Todos estos pensamientos automáticos van a depender de la situación y el esquema del individuo (Bazán y Ferrari, 2012).

Para Young los EMTs son el resultado del temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con sus padres, hermanos, entre otros, en los primeros años de su vida.

Cabe recalcar que un esquema, es lo mejor que conoce una persona, lo que la representa y lo que hace que su forma de pensar o captar las cosas lo lleven hacia determinadas situaciones que aumentan y fortalecen el esquema del sujeto. A pesar de

que cause sufrimiento y malestar emocional, viene a ser congruente para la cognición (Bazán y Ferrari, 2012).

Los esquemas tienen gran importancia en cómo las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan con otros.

1.6.4. Procesos de los EMT's.

Según Young existen 3 procesos principales de esquemas:

- a) El mantenimiento de esquemas, hace referencia a procesos en los cuales los esquemas inadaptados son fortalecidos. El mantenimiento de los esquemas se logra exagerando la información que confirma el esquema o negando la información que contradice el esquema. Todos estos procesos de mantenimiento se han considerado como distorsiones cognitivas (Beck, 1995).
- b) Los esquemas maldapativos se los relaciona con los comportamientos referentes a la autodestrucción. Estas formas de comportamiento a pesar de ser causantes de malestar, también pueden llegar a tener una función adaptativa, siempre y cuando las creencias que se dan a temprana edad son claves para el desarrollo personal y social del individuo (Balbi, 2013).

Debido a estos procesos de mantenimiento hace que el esquema que se tiene provoque sensaciones de malestar y desesperación acerca de la situación, provoca que los sujetos no puedan ver el cambio de sus pensamientos, así se sepa sobre sus consecuencias (Cevallos y García, 2016).

- c) La evitación del esquema se refiere a los procesos comportamentales de alejamiento y rechazo hacia los estímulos que generan el esquema, o la experiencia de afecto conectada con estos. Esto se puede explicar cómo cuando un estímulo estresor, provoca ansiedad, culpa o tristeza, de tal manera que el sujeto rechaza este estímulo por ser de carácter hostil (Yélamos, 2015).

La evitación del esquema se manifiesta a través de diferentes áreas de respuesta, como cognitivo, afectivo y comportamental. La evitación cognitiva se refiere a todos los procesos voluntarios y automáticos por los cuales se bloquea el pensamiento, imágenes que reflejan al esquema mal adaptativo. La evitación afectiva se refiere a los procesos voluntarios para impedir un sentimiento generado por el esquema. Y por último la evitación comportamental hace relación entre

EMTs y ansiedad, circunstancias o eventos que provoca tanto el pensamiento como la emoción negativa para el individuo (Balbi, 2013).

1.6.5. Origen de los EMT`s.

Como se ha manifestado anteriormente el origen de los esquemas mal adaptativos se encuentran en la infancia, en la socialización con padres o personas representativas en la crianza (Dávila y Carrión, 2014).

Para Young estos procesos se dan por: el temperamento, entendido este como la biología; la autonomía, como el valor de desempeño independiente; la relación, como el lazo afectivo con las figuras de apego; el amor, el compromiso, la confianza y los sentimientos relevantes para el desarrollo del niño/a; la dignidad, como sentimientos positivos que valorar al niño/a, como persona importante en la sociedad.

El modelo de Bolwby, citando por Moneta (2014), nos ayuda a entender la tendencia de los seres humanos a formar fuertes vínculos afectivos con otras personas y explica las distintas formas de padecimiento emocional llevando a la separación y pérdida sufrida.

Según Bolwby, citado por Moneta (2014), en su teoría del apego, entiende la conducta de apego como "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance y conserve proximidad con respecto diferenciado y preferido".

Dentro de la teoría de Bolwby se señalan algunas características del apego:

- a) En el desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos. En un comienzo con el progenitor y más tarde entre adultos.
- b) Los patrones perturbados de la conducta de apego puede existir a cualquier edad. Una forma común es la facilidad para provocar esa conducta que trae como resultado el apego ansioso.
- c) El patrón de los vínculos afectivos que un individuo establece durante la vida depende de su conducta de apego.

En cuanto a la relación entre EMTs y Ansiedad, Macoby y Martin en 1983, citados por Riso (2006), se resaltan tres estilos:

- a) El autoritativo, el cual se caracteriza por ser flexible y democrático, tolerantes, pero con los límites claros.

- b) El estilo autoritario, patrón restrictivo, impositivo, donde se espera obediencia absoluta y se controla con fuerza, es decir, castigo y daño físico.
- c) El estilo permisivo, el cual refiere padres con pocas exigencias, con carencia de normas y límites.

1.7. Relación entre la imagen corporal y los esquemas tempranos de inadaptación.

Según Ortega (2010), antes del establecimiento del lenguaje oral, esta primero el lenguaje de la imagen del cuerpo: dicho lenguaje basado en las fantasías tempranas, y que todas las personas lo poseen antes de ser iniciado en su esquema corporal y su lenguaje oral, por lo que todo esto nos lleva a la conclusión de como el esquema, y las fantasías más tempranas influyen notablemente en la imagen corporal.

Schilder (1935) indica que el esquema corporal consiste en procesos, que se encuentran en la conciencia, en donde se da lugar a una activa construcción de la imagen corporal, sin embargo, esta construcción también se encuentra representada por procesos psíquicos ya sean conscientes o inconscientes. Por lo tanto en la integración del esquema corporal existe una interacción en cuatro planos.

- a) Un plano fisiológico: donde es periférico, simpático y medular, todo esto basado en procesos de la conciencia.
- b) Un plano de las actividades importantes del cerebro: esto viene a ser un mecanismo fisiológico, pero con gran influencia de la conciencia.
- c) Un plano orgánico: tiene una relación con las actividades orgánicas generales, relacionadas con la región cortical, que está a fin al plano psicológico.
- d) Un plano psicológico: desarrolla sus procesos en la parte psíquica, pero repercute en los procesos somáticos.

El esquema corporal se conforma por experiencias reconocidas que siguen la siguiente secuencia: percepción; sensación; relación de la sensación con el cuerpo, es decir, la imagen corporal; y reacción de la personalidad.

Según Ortega (2010), el esquema corporal es la representación que la persona se forma mentalmente de su cuerpo, mediante las percepciones y respuestas vivenciadas, al relacionarse con otros. El esquema corporal consiste en la imagen tridimensional, que

todos tienen de sí mismos, y esto por lo tanto tiene el nombre de imagen corporal. Es importante señalar que este esquema corporal se produce todos los días, bloqueando u ordenando la imagen corporal. Esto está compuesto por conceptos de masa, tiempo, espacio y movimiento. Aquí el cuerpo será el límite entre lo externo y lo interno; y entre la percepción y la fantasía. Por lo tanto el esquema corporal permite al individuo tener una referencia para organizar su experiencia con el mundo.

El esquema corporal consiste en nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Esto se refiere a que este concepto incluye funcionalidad, y relaciones con otros esquemas como son el visual, táctil, olfativo, gustativo, del equilibrio, del tono muscular, distancias, movimiento, tiempo. Con respecto a la diferencia entre esquema corporal e imagen corporal, se dice que el esquema corporal define a la persona como representante de la especie, sin importar el lugar, la época o las condiciones en que vive. Por lo que el esquema corporal será la guía ya sea activa o pasiva de la imagen del cuerpo, permitiendo la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, y que sin él, sin la importancia que este representa llegaría a ser un fantasma no comunicable (Balbi, 2013).

Ortega (2010), ha dado algunas aportaciones con respecto al esquema corporal y la imagen corporal:

- a) En el proceso de la formación del esquema corporal está ligado también con el campo libidinal y emocional, por lo que viene a ser de suma importancia el amor primario, es decir, la calidad de relación con él debe ser de la mejor manera llevada para que así vaya estructurando poco a poco su esquema corporal.
- b) Una diferencia entre esquema corporal e imagen corporal, es que el esquema corporal es el mismo para todas las personas en condiciones más o menos similares, mientras que la imagen corporal, es propia de cada persona debido a que está ligada al individuo y a su respectiva historia.

El esquema corporal se fundamenta en base a la realidad, altura, anchura, profundidad y tiempo, que se estructuran a través del aprendizaje y la experiencia, mientras que por otra parte la imagen corporal se forma mediante la comunicación entre individuos y los intercambios interhumanos que se dan a diario. La primera infancia es básica para la formación de la imagen corporal y es en esta etapa donde debe haber un continuo de percepciones repetidas y reconocidas y también desconocidas y nuevas que el niño

llega a hallar. Por lo que algunas lo llegan a sorprender, ya sea por color, forma, persona, o espacio desconocido, y es fundamental que el adulto que lo acompaña le proporcione respuesta a su sorpresa. Es así que el campo de variación de las percepciones vividas puede ampliarse o crecer. En un principio son percepciones insólitas pero al existir la presencia de la madre que conserva lo que es su habitus conocido, y llega a nombrar las cosas, y después de vivir la experiencia de ausencia de la madre, y su regreso, le dan al niño la memorización de este vínculo que lo une a ella (Davila y Carrión, 2014).

Gracias a la imagen corporal entrelazada con nuestro esquema corporal es lo que nos permite la comunicación con el otro, pues si el esquema corporal y la imagen del cuerpo están relacionados es solo por procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo. Solo si la madre cuida a su hijo, la angustia de él queda calmada por percepciones sutiles aguantables. Esta interacción con la madre significan para él bebe la prueba de una relación humana duradera, que será el pilar y modelo para las posteriores relaciones que vaya teniendo con el mundo a lo largo del tiempo (Ortega, 2010).

A lo largo de este capítulo se ha visto los distintos conceptos, estudios, sobre la imagen corporal, ETMs, conductas alimentarias, la posición sociocultural respecto, a la idea que consideran sobre una imagen corporal adecuada.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

En este capítulo se abordará el método utilizado en esta investigación, en el mismo se describe el tipo de estudio, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión y algunas consideraciones éticas. También se hace referencia a los instrumentos que fueron aplicados: YSQ (Cuestionario de esquemas de Young) y el EDI-2 (Inventario de los trastornos de la conducta Alimentaria).

2. Método

2.1. Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional.

2.2. Participantes

Esta investigación fue realizada en la Universidad Del Azuay, desde septiembre del 2016 hasta octubre del 2016.

La muestra del estudio estuvo conformado, por 92 mujeres estudiantes de la carrera de Estimulación Temprana, pertenecientes a los ciclos de primero, tercero, quinto, séptimo y noveno; tenían entre 18 a 25 años de edad, con un promedio de edad de 22 años.

Las estudiantes fueron elegidas por la facilidad de acceso a la muestra, ya que se dio la apertura al estudio por parte del rector de la Universidad del Azuay y a su vez de la directora de Estimulación Temprana.

2.2.1. Criterios de inclusión:

- a) Alumnas pertenecientes a la Universidad del Azuay, de la carrera de Estimulación que estén cursando los ciclos de primero, tercero, quinto, séptimo, noveno.
- b) Tener una edad cronológica entre 18 y 25 años.
- c) Deseo de participar en el estudio voluntariamente, firmando el consentimiento informado.

2.2.2. Criterios de exclusión:

- a) Negación a participar en la investigación.
- b) Mujeres menores de 18 años y mayores de 25 años de edad.
- c) Presentar conductas psicóticas o retraso mental.

2.3. Consideraciones éticas:

Las estudiantes que participaron en el presente proyecto investigativo fueron informadas de los objetivos y alcances de la investigación, a la vez que se les indicó que podían decidir si aceptaban participar o no. Con la previa autorización del Decano de la Facultad de Filosofía y de la directora de la Escuela de Estimulación Temprana, se procedió a la evaluación de las estudiantes, dando a conocer su participación voluntaria y sin dar a conocer sus nombres.

2.4. Instrumentos:

Para la recolección de los datos se aplicó ficha sociodemográfica que incluía la edad, estado civil, instrucción, ocupación y se utilizaron dos reactivos: El YSQ y el EDI-2.

2.4.1. YSQ: Cuestionario de esquemas de Young.

El Young Schema Questionnaire Long Form es una herramienta que viene de una serie de revisiones llevadas a cabo sobre la segunda edición del Young Schema Questionnaire Long Form (YSQ - L2), que plantea 205 ítems y evalúa dieciséis esquemas.

En la versión de Castrillón (2005) se analizan en las 45 preguntas del cuestionario, 11 factores que mide el cuestionario y son:

- a) Factor 1. Abandono: Formado por los ítems 5, 6, 7, 9, 10, 11. Consiste en el temor a la pérdida de personas significativas. Existe miedo a estar aislado por las personas que han servido de apoyo emocional.
- b) Factor 2. Insuficiente autocontrol/autodisciplina: Compuesto por los ítems 40, 41, 42, 43, 44, 45. Dificultad para tomar control de las propias emociones. También la

presencia de falta de disciplina para alcanzar metas. Puntajes altos significan falta de responsabilidad, compromiso e integridad.

- c) Factor 3. Desconfianza/abuso: Formado por los ítems 12, 13, 14, 15, 16. Creencia de que otros tiene la intención de herir o perjudicar. Las personas con puntaje elevado consideran que siempre se llevan la peor parte o son engañadas.
- d) Factor 4. Deprivación emocional: Compuesto por ítems 1, 2, 3, 4, 8. Tiene que ver específicamente con la privación de los cuidados, falta de atención.
- e) Factor 5. Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad: Formado por los ítems: 17, 18, 19 y 20. Es la anticipación de catástrofes incontrolables como pueden ser enfermedades somáticas, preocupaciones económicas.
- f) Factor 6. Autosacrificio: Formado por los ítems 23, 24, 25, 26. Se define como el excesivo deseo en la satisfacción de las necesidades del otro, sin pensar en las propias.
- g) Factor 7. Estándares inflexibles 1/autoexigencia: Formado por los ítems 33, 34, 35 y 36 consiste en el esfuerzo exagerado que la persona debe realizar para evitar las críticas.
- h) Factor 8. Estándares inflexibles /perfeccionismo: formado por ítems 30, 31, 32. Se relaciona con los esfuerzos a mantener todo en orden, al sacrificio por ser mejor.
- i) Factor 9. Inhibición emocional: Compuesto por ítems 27, 28 y 29 .Consiste en la limitación de actos y emociones; esto dificulta la libre comunicación, el disfrute sexual y la expresión de las necesidades.
- j) Factor 10. Derecho/grandiosidad: Compuesto por ítems 3, 38 y 39.Se relaciona con la creencia de que los otros son inferiores.
- k) Factor 11. Entrampamiento: Compuesto por ítems 21 y 22. Sensación de dependencia debido a la creencia de que no se puede sobrevivir sin el apoyo del otro (ver Anexo 3).

La escala se califica de la siguiente manera: 1: Completamente falso de mí; 2: La mayor parte falsa de mí; 3: Ligeramente más verdadero que falso; 4: Moderadamente verdadero de mí; 5: La mayor parte verdadera de mí; 6: Me describe perfectamente.

Con un análisis de consistencia interna para cada factor entre 0,71 y 0,85; luego del cálculo del alfa de Cronbach con una consistencia interna total de 0,91.

2.4.2. EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Este cuestionario abarca los aspectos relacionados a la conducta alimentaria como son la bulimia y la anorexia. Consta de 91 ítems que estudian 11 escalas y son de gran importancia en los trastornos de la conducta alimentaria, según Garner (1998) puede determinar:

- a) Obsesión por la delgadez: Formado por los ítems 1, 7, 11, 16, 25, 32,49. Es el deseo de querer estar más delgado, con un miedo extremo a la gordura.
- b) Bulimia: Formado por los ítems 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61. Evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables.
- c) Insatisfacción corporal: Formado por los ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62. Analiza la insatisfacción del sujeto con las formas generales de su cuerpo.
- d) Ineficacia: Formado por los ítems: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56. Evalúa los sentimientos de inseguridad, auto-desprecio y falta de control sobre su vida.
- e) Perfeccionismo: Formado por los Ítems 13, 29, 36, 43, 52, 63. Evalúa el grado en que el cual la persona piensa que debe ser la mejor en todo.
- f) Desconfianza interpersonal: Formado por los ítems 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57. Consiste en el desinterés o poca importancia que tiene el sujeto para establecer relaciones íntimas.
- g) Conciencia introspectiva: Formado por los ítems 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64. Está relacionado con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas al hambre y llenura.
- h) Miedo a la madurez: Formado por los ítems 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58. Consiste en el deseo de volver a la seguridad de la infancia.
- i) Ascetismo: Formado por ítems 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86, 88. Esta escala se caracteriza la autodisciplina, el auto sacrificio, la autosuperación.
- j) Impulsividad: Formado por los ítems 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81. Esta escala mide la tendencia al abuso de droga, la autodestrucción, y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- k) Inseguridad social: Formado por ítems 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89, 91. Analiza la creencia de que las relaciones con las otras personas son tensas, incómodas, inseguras. (ver Anexo 4).

Cuanto mayor sea la puntuación mayor será la manifestación del rasgo evaluado (Garner, 1998). La escala se califica de la siguiente forma: 5: Siempre; 4: Casi siempre; 3: A menudo; 2: A veces; 1: Pocas veces; 0: Nunca.

Con un análisis de consistencia interna del instrumento, la fiabilidad evaluada a través del alfa de Cronbach en el estudio de Garner oscila entre 0.83 y 0.93 en las distintas categorías. Esta herramienta discrimina entre pacientes con trastornos alimenticios de personas sin trastorno.

2.5. Procedimiento.

Fase 1: Se buscó el test más idóneo para identificar la relación entre los esquemas mal adaptativos y los trastornos de las conductas alimentarias. Se escogió el Test de Young y el EDI-2 teniendo en cuenta mis objetivos de la investigación.

Fase 2: Se consiguió los permisos de las autoridades correspondientes, con fecha 8 de Julio del 2016.

Fase 3: Tal como lo indica el anexo 6 la aplicación se realizó a través de la plataforma de *google drive*. Se les facilitó la dirección de acceso dado (link) donde se encontraban los cuestionarios de aplicación (YSQ y EDI-2), y la ficha sociodemográfica (edad, estado civil, ocupación, ciclo que cursa, condición socioeconómica, procedencia).

La aplicación se realizó con las estudiantes que estaban presentes en el día y hora acordados con las autoridades de la Universidad.

Se agregaron 2 preguntas a la investigación con el objetivo de analizar otros aspectos relacionados con la investigación:

a) ¿Realiza dietas con frecuencia?

Sí

No

A veces

b) ¿Considera importante la opinión de la sociedad en relación a su imagen corporal?

Sí

No

Fase 4: Posterior a esto se efectuó el levantamiento de la base de datos, por lo que se procedió a realizar el procesamiento de la información a través del programa estadístico SPSS versión 22.0, para lo cual fue necesario antes realizar un baremo para su posterior tabulación. Una vez ingresados los datos, se procedió a la generación de

tablas, para así poder realizar un análisis descriptivo, correlacional, el cual reflejó la relación existente entre los esquemas tempranos de inadaptación y los trastornos de la conducta alimentaria.

2.5. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó a través del paquete estadístico SPSS 22.0

Se realizó un análisis de todas las variables de estudio, según el tipo de variable de que se trate. Para las variables cualitativas se aplicó el cálculo de frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas se ha calculado las medias, desviación estándar, el máximo y el mínimo. Por otra parte para medir el grado de relación entre las dos variables de estudio, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se estimaron intervalos de confianza (IC) del 95% y la significación estadística fue de $p < 0.05$.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio; en primer lugar, el análisis de las variables sociodemográficas; en segundo lugar, los Esquemas Tempranos Inadaptados de Young; en tercer lugar, las conductas alimentarias más prevalentes; y, finalmente la relación entre las dos variables.

3.1. Análisis de variables sociodemográficas.

Edad: El promedio de edad fue de 22 años, con un máximo de 25 años y un mínimo de 18 años (ver Tabla 1.)

Tabla 1. Distribución de la edad de las participantes

Edad	n	%
18	7	7,6
19	8	8,7
20	10	10,9
21	24	26,1
22	22	23,9
23	13	14,1
24	6	6,5
25	2	2,2
Total	92	100%

Estado civil: Tal como lo indica la Tabla 2. las participantes, eran en su mayoría solteras con el 87%, el 10,9% eran casadas; y el 2,2% se encontraban en unión libre.

Tabla 2. Estado civil de las participantes

Estado civil	n	%
Soltera	80	87
Casada	10	10,9
Unión libre	2	2,2
Total	92	100%

Ocupación: Tal como lo indica la Tabla 3. la mayor parte no se encontraba laborando 84.8 %, mientras que solo el 15,2 % laboraban.

Tabla 3.Ocupación de las participantes

Trabaja	n	%
No	78	84,8
Sí	14	15,2
Total	92	100%

Ciclo que cursaban las participantes: De acuerdo al ciclo que cursaban las participantes, la mayoría pertenecían a noveno ciclo, con un 27,2%, seguidas de las participantes de quinto y séptimo ciclo ambas con un 23,9%, las de primer ciclo con un 20,7% y, por último, las de tercer ciclo con un 4,3% (ver Tabla 4.)

Tabla 4.Ciclo que cursaban las participantes

Ciclo que cursa	n	%
Primer ciclo	19	20,7
Tercer ciclo	4	4,3
Quinto ciclo	22	23,9
Séptimo ciclo	22	23,9
Noveno ciclo	25	27,2
Total	92	100%

Nivel socioeconómico de las participantes: La mayoría tenía un nivel socioeconómico de clase media de 93,5%, seguida de un nivel de clase baja con un 4,3%, y una clase alta de un 2,2 % (ver Tabla 5.).

Tabla 5. Nivel socioeconómico de las participantes

Nivel socioeconómico	n	%
Alta	2	2,2
Media	86	93,5
Baja	4	4,3
Total	92	100%

Procedencia de las participantes: La mayoría de las personas provenían de la de la sierra con un porcentaje de 87,0 %, seguidas de participantes que provenían de la costa con un 7,6%, y del oriente con un 5,4%, tal como lo indica la Tabla 6.

Tabla 6. Procedencia de las participantes

Procedencia de las participantes	n	%
Costa	7	7,6
Sierra	80	87
Oriente	5	5,4
Total	92	100%

3.2. Puntajes medios de los esquemas tempranos inadaptados de Young.

Los factores con una media más alta son los siguientes (considerando que mayor a 2 significa una media alta):

Esquemas de Abandono: \bar{X} = 3,07 (DE= 1,04).

Esquema de Estándares Inflexibles 2: \bar{X} = 3,08 (DE= 1,28).

Esquema de Desconfianza Abuso: $\bar{X}= 3,10$ (DE= 1,293).

Esquema de Auto sacrificio: $\bar{X}= 4,24$ (DE=1,171) (ver Tabla 7.)

Tabla 7. Prevalencia de los Esquemas Tempranos Inadaptados

Esquemas tempranos inadaptados	n	\bar{X}	DE
Esquema de abandono	92	3,07	1,046
Esquema de insuficiente autocontrol y autodisciplina	92	2,03	,883
Esquema de desconfianza/abuso	92	3,10	1,293
Esquema de privación emocional	92	2,49	1,371
Esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	92	2,54	1,515
Esquema de autosacrificio	92	4,24	1,171
Esquema de estándares inflexibles 1	92	2,58	1,400
Esquema de estándares inflexibles 2	92	3,08	1,286
Esquema de inhibición emocional	92	2,59	1,336
Esquema de derecho	92	2,37	1,183
Esquema de entrapamiento	92	1,68	,937

3.3. Conductas alimentarias más prevalentes según EDI-2.

Los factores con una media más alta son los siguientes: (considerando como una media alta a los puntajes mayores a 2)

Perfeccionismo: $\bar{X}= 2,07$ (DE= 1,316).

Insatisfacción corporal: $\bar{X}=2,37$ (DE= 1,024).

Desconfianza interpersonal: $\bar{X}= 3,18$ (DE= 1,195).

Inseguridad social: $\bar{X}=2,52$ (DE= 1,18) (Ver Tabla 8.)

Tabla 8. Conductas alimentarias prevalentes según el EDI-2

Características de los trastornos de la conducta alimentaria.	n	\bar{X}	DE
Obsesión por la delgadez	92	1,77	1,360
Bulimia	92	1,13	1,179
Insatisfacción corporal	92	2,37	1,024
Ineficacia	92	1,79	1,105
Perfeccionismo	92	2,07	1,316
Desconfianza interpersonal	92	3,18	1,195
Conciencia introceptiva	92	1,48	1,124
Miedo a la madurez	92	2,00	,983
Ascetismo	92	1,55	1,142
Inseguridad social	92	2,52	1,181
Impulsividad	92	1,79	1,403

3.4. Correlación entre los esquemas tempranos de Young (YSQ) y las conductas alimentarias (EDI-2).

Con respecto a las correlaciones estadísticas, al existir un puntaje entre el 0,50 y el 1, se indica que existe una fuerte relación.

Luego de haber aplicado la prueba de Pearson referidos a los 11 factores del YSQ con los otros 11 factores del EDI 2, se obtuvieron las siguientes correlaciones, tal como lo indica la Tabla 9.

1. Entre bulimia y obsesión por la delgadez se ha encontrado una fuerte relación con una significancia de $p < 0.554$.
2. Entre conciencia introceptiva y bulimia se ha encontrado relación con una significancia de $p < 0.624$.
3. Entre impulsividad y conciencia introceptiva se ha encontrado una fuerte relación con una significancia de $p < 0.544$ (ver Anexo 5.)

Tabla 9. Relación entre los esquemas tempranos de inadaptación (YSQ) y las conductas alimentarias (EDI-2)

Valor de Correlación						
	Variable	Sig.	Variable	Sig.	Variable	Sig.
	Bulimia		Conciencia introceptiva		Impulsividad	
Obsesión por la delgadez	0,554**	0.000	0,453**	0.000	0,355**	0.000
Conciencia introceptiva	0,624**	0.000	1	0.544**	0.000

Por lo tanto, a través de este estudio estadístico se pudo encontrar los siguientes resultados. Con respecto a los esquemas tempranos inadaptados, se confirmó que los más predominantes en las mujeres universitarias, son el abandono, estándares inflexibles 2 (perfeccionismo), el factor de desconfianza abuso y el auto sacrificio.

Por otra parte gracias a este análisis, se encontraron ciertas conductas alimentarias que más resaltan en esta población de estudio y son el perfeccionismo, la insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal y la inseguridad social.

Finalmente al realizar la correlación entre los ETMs y los TCA, para saber si existe una relación entre estas variables, se comprobó que hay una fuerte relación entre bulimia y obsesión por la delgadez, también una relación entre la conciencia introceptiva y bulimia; finalmente relación entre impulsividad y conciencia introceptiva.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar si existe o no relación entre los esquemas tempranos de inadaptación y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres universitarias. A continuación, se analizan los resultados obtenidos. Para el efecto, se ha organizado en tres partes de acuerdo a los objetivos propuestos: identificar los esquemas tempranos inadaptados, y los rasgos de trastornos alimenticios y finalmente determinar si existe una relación entre estas dos variables.

Los Esquemas Tempranos de Inadaptación: A continuación se analizarán los EMTs más predominantes de la población aplicada en mujeres universitarias de la carrera de Estimulación Temprana los cuales fueron: estándares inflexibles 2, abandono, desconfianza, abuso y autosacrificio.

En primer lugar el abandono es un factor que influye notablemente en esta investigación. Según algunas investigaciones de Castrillón (2005), el abandono consiste en el temor hacia la pérdida de personas significativas. El individuo que lo experimenta recrea un miedo sobre situaciones de soledad y aislamiento. El miedo se convierte en un trastorno de ansiedad caracterizado por un temor intenso a quedar desamparado. Es un fenómeno psicológico muy común, enfatizándose, generalmente, en las relaciones afectivas de pareja. Muchos pacientes han pasado por las siguientes experiencias según Giorgana (2011) : han sido abandonados por sus parejas, ya sea por muerte u otro tipo de razones; pasaron por algo traumático relacionado en su niñez, como el quedarse solos en casa; o han mantenido relaciones amorosas inestables que los han llenado de incertidumbre.

Entre los síntomas más característicos de personas con este trastorno está la dependencia, es decir, el sujeto se vuelve sociable con el fin de sentirse seguro y en compañía; sin embargo, esta característica suele generar situaciones intensas que, en lugar de acercarlos a la sociedad, los aleja aún más. Esto genera pánico y el chantaje es un síntoma muy preocupante, cuando la persona es inestable suele crear relaciones inestables, que, para ellas, la única forma de lograr la complacencia a otras personas

es a través de la amenaza. La baja autoestima como rasgo de un sujeto con miedo a ser abandonado (Giorgana, 2011).

Otro factor que influye notablemente es el de estándares inflexibles 2. Castrillón (2005) señala que estos se encuentran ligados al perfeccionamiento. El individuo que lo padece suele mantener todas las situaciones y objetos en orden, y por más que se sacrifique en detalles se siente inconforme con los resultados. El perfeccionismo es un constructo multidimensional ligado a varios desórdenes psicológicos y físicos, entre estos: alcoholismo, trastornos de la excitación, síndromes de intestino irritable, depresión, anorexia, desorden de personalidad obsesivo-compulsivo, síndromes de paranoia olfatoria, entre otros (Pitoni & Rovella, 2013).

El perfeccionismo suele derivarse de eventos relacionados a la normativa, es decir, estándares extremadamente elevados de desempeño y evaluaciones sumamente críticas, que están asociadas al miedo al fracaso. Hamacheck en 1978 ya distinguía el perfeccionismo normal y el neurótico. Los sujetos que padecen el primero son conocidos también como perfeccionistas adaptativos que poseen una variedad de reglas para sí mismos, y suelen sentirse libres de precisión en ciertas situaciones. Los perfeccionistas neuróticos, también llamados desadaptados, suelen imponerse reglas muy elevadas y, a diferencia de los otros, suelen darse un pequeño margen de error. Es decir, el perfeccionismo es una conducta que consiste en ejecutar normas para sí mismo, y dependiendo de los resultados se generan autocríticas. En una sociedad, en donde la figura es importante, la presencia de este esquema predispone a problemas relacionados con la conducta alimentaria.

En tercer lugar, el factor de desconfianza y abuso es otro esquema que influye. Para Castrillón (2005) la desconfianza y el abuso se relaciona con el temor a ser perjudicado y herido por otros. Generalmente, es una conducta vinculada con las relaciones amorosas, por lo que los sujetos consideran que son blanco de engaños y criticados por la sociedad. Cash y Pruzinsky (1990) y Thompson (1990) señalan que la imagen corporal se puede afectar en los planos perspectivas, cognitivos-afectivos y conductuales.

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007) indican que la distorsión de la imagen deriva de la alteración cognitiva, afectiva y de las alteraciones perceptivas. De esta forma, en

muchos casos que se ha dado la distorsión, se genera la preocupación y la insatisfacción debido al malestar en la vida cotidiana. Ahora, el abuso y la desconfianza en torno al cuerpo, afectan a la persona por experiencias relacionadas por conceptos artísticos de la belleza; y por lo afectivo y lo social, debido al rechazo y la burla recibidos.

Finalmente, otro factor que influye notablemente es el autosacrificio. Castrillón (2005) lo define como el deseo excesivo de satisfacer a otros, sin pensar en las necesidades personales. En muchos casos, las personas que se autosacrifican suelen adjudicarse responsabilidades ajenas, con el fin de evitar el dolor de ser abandonados o de afrontar situaciones dolorosas

Álvarez (2014) manifiesta que el autosacrificio pertenece al sistema de apego que tiene como finalidad mantener la proximidad de cuidador. Esta figura fue diseñada para regular las conductas, teniendo dos tipologías: el apego (desde el punto de vista externo) y la seguridad (desde el punto de vista interno).

Aspectos relacionados a los trastornos alimenticios: A continuación, se discutirán las conductas alimentarias más frecuentes de la población analizada: perfeccionismo, insatisfacción corporal, inseguridad social, desconfianza interpersonal.

Por una parte, uno de los factores que influye notablemente es el perfeccionismo. Como ya se había expuesto anteriormente, la persona tiende a ser muy ordenada, del mismo modo que llega a frustrarse fácilmente al no obtener resultados anhelados (Castrillón, 2005). Los trastornos alimenticios son factores ligados, directamente, a este constructo de la personalidad (Pitoni & Rovella, 2013).

En muchos casos, presentan el rasgo de estándares inflexibles² relacionados con trastornos conductuales, sociales, y alimenticios; se suelen fijar metas muy elevadas en relación a su imagen corporal. En los TCA, el perfeccionista no suele autocriticarse de manera positiva, sino todo lo contrario: no deja espacio a un margen de error en cuanto a la forma de percibir su imagen, que sobre todo estaría distorsionada (Hamachek, 1978).

Por otro lado, otro factor influyente es el de insatisfacción corporal. Como sabemos, la imagen corporal se ha convertido en un enfoque de gran importancia para las

sociedades modernas, que han desarrollado una subcultura sobre la percepción de la imagen ideal, lo que ha propiciado una alta insatisfacción corporal (López, et al.,2008).

Álvarez, et al (2009) indican que la relación existente entre los TCA y la insatisfacción corporal es muy común en el ser humano desde edades muy tempranas, por lo que es un poco confuso hablar de edades específicas de origen y desaparición. Es decir, la insatisfacción por el propio cuerpo es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios (López, et al., 2008).

Por otra parte, la inseguridad social es de gran influencia. Para Castrillón (2005), el EDI-2 evalúa la creencia que tienes ciertos sujetos con respecto a las relaciones sociales que las consideran tensas, inseguras, incómodas, insatisfactoria y de escasa calidad.

Rivarola y Penna (2006) consideran que la propia presión que la sociedad ejerce sobre una persona con trastornos alimenticios es la misma creadora de la inseguridad que tal persona tenga en relación a la sociedad. Los mecanismos que la sociedad tiene para persuadir a las personas son innumerables, pero los más comunes son los medios publicitarios, que presentan modelos delgados como exitoso en la vida, que de una u otra manera influye en la conducta. Es decir, la misma inseguridad que percibe un individuo con TCA, y que más aún tiene distracciones de su imagen corporal, es fundamentada por las exigencias y la presión que construye el mismo grupo.

Finalmente, otro factor con gran influencia corresponde a la desconfianza interpersonal por lo que el test realizado por la población fue eficaz en este factor, ya que evalúa el sentimiento general de la alienación del sujeto y su desinterés por crear relaciones íntimas, y la dificultad para expresar sentimientos y pensamientos.

Como ya se había comentado, la desconfianza interpersonal está relacionada al sistema de apego. La satisfacción y complacencia a las necesidades e intereses de otros genera personas con un índice de dependencia, es decir, que desconfían de sus propias virtudes. Las personas que no se sienten confiadas consigo mismas suelen autosacrificarse en beneficio de otros, con el fin de obtener aceptación y atención de los demás (Álvarez, 2014).

Relación entre Esquemas Tempranos de Inadaptación y Conductas alimentarias:

Seguidamente se discutirán las tres correlaciones entre los EMTs y las conductas alimentarias prevalentes en la población.

En primer lugar, existe una fuerte correlación entre bulimia y obsesión por la delgadez por lo que es necesario señalar que el perfeccionismo es un aspecto que vincula estos criterios conductuales sobre la imagen corporal. La obsesión es un comportamiento extremo que pasaría al plano del perfeccionismo neurótico de Hamacheck (1978). Un neurótico o desadaptado se implanta sus propios objetivos que, además, son inalcanzables. A esto se suma la insatisfacción y la autocrítica destructiva, que crea problemas en la cotidianeidad de la persona. Esto se debe a esquemas relacionados a dimensiones como la afectiva, cognitiva y social que el individuo ha construido (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

Cuando una persona padece de algún trastorno alimenticio como puede ser la bulimia, la persona desea tanto el llegar a tener el peso ideal que convierte su mundo en ideas obsesivas sobre cómo lograr el objetivo de ser delgada, muchas veces tomando los caminos equivocados por lo que están tan convencidas de querer tener el cuerpo ideal, que son capaces de hacer cualquier cosa, convirtiéndose en una obsesión.

En segundo lugar, existe una fuerte correlación entre la conciencia introceptiva y bulimia. Cash & Pruzinky (1990) y Thompson (1990) expresan que la imagen corporal, así como el autoconcepto y la autocrítica constructiva dependen de causales tanto cognitivos-afectivos y del desarrollo de la conducta.

Castrillón (2005) considera que la conciencia sobre uno mismo puede generar niveles negativos como el abuso y la destrucción de la propia imagen y la de los demás. En el caso de una persona con TCA, la distorsión de su propio cuerpo influye en el progreso del mismo trastorno, que además va determinado por la fijación de todo el cuerpo o detalles que el sujeto siente que deben ser mejorados (López, et al., 2008).

Finalmente, en relación a la correlación entre impulsividad y conciencia introceptiva, Castrillón (2005) habla del abuso y la destrucción del propio cuerpo y de los demás, con el fin de obtener satisfacción a una crisis causada por la propia mente. Un paciente con TCA no desea interactuar con su grupo, pero cuando lo ha hecho se siente en el

deber de defender sus intereses, aunque en muchos casos se le complique expresar sus emociones e ideas.

En el caso de la conciencia introceptiva y la impulsividad es evidente que las mujeres no controlan sus impulsos sea por ansiedad, presiones sociales, baja autoestima, rasgos de personalidad inmaduros, etc. Esta situación acrecienta una patología que lejos de mejorar empeora la condición emocional y la autopercepción.

Estos resultados son interesantes para continuar con la investigación sobre este tema de interés sanitario. Es necesario ampliar las muestras e investigar el fenómeno en varones, dado que es una población de riesgo por las presiones socioculturales, además de poco investigada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se han identificado los esquemas tempranos inadaptados de Young en las mujeres universitarias estudiantes de la carrera de estimulación temprana. Las principales fueron: esquema de abandono, esquema de desconfianza/abuso, esquema de autosacrificio y finalmente el esquema de estándares inflexibles 2.
- Se ha diagnosticado la presencia de conductas alimentarias en mujeres universitarias estudiantes de la carrera de estimulación temprana. Según el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria, los principales resultados son la desconfianza interpersonal, inseguridad social e insatisfacción corporal.
- Al describir las variables sociodemográficas sobre edad, estado civil, ocupación y nivel de estudios de las participantes del estudio, se comprueba que no hay asociación con estas variables.
- Se han relacionado los esquemas tempranos inadaptados y los trastornos de la conducta alimentaria con las variables sociodemográficas de las participantes de la investigación. Se ha encontrado los siguientes resultados: entre bulimia y obsesión por la delgadez se ha encontrado una fuerte relación con un valor de 0,554 ($p < 0.000$); entre conciencia introceptiva y bulimia se ha encontrado una correlación de Pearson del 0,624($p < 0.000$); entre impulsividad y conciencia introceptiva , 0.544($p < 0.000$).

5.2 Recomendaciones

- El ideal de belleza ha sido formado por el contexto social, y cada vez ha sido más difícil de alcanzar. El fuerte impacto que ejercen los medios masivos de comunicación, la promoción del ideal de belleza y de éxito como el equivalente de estar delgado apoya la cultura de la delgadez. Por esta razón, se recomienda un esfuerzo de las autoridades en racionalizar la información que las jóvenes reciben y pueda haber una satisfacción mayor por la imagen corporal.
- Es importante prevenir conductas alimenticias problemáticas para que no se conviertan en trastornos en la alimentación totalmente desarrollados. La anorexia y la bulimia, por ejemplo, suelen estar precedidas de una dieta muy estricta y pérdida de peso, el trastorno alimenticio tiene un impacto lesivo en el desarrollo de las funciones de las mujeres.
- Es importante que se siga investigando y acumulando datos con sus resultados para poder descubrir las variables sociodemográficas sobre edad, estado civil, ocupación y nivel de estudios.
- Es importante prevenir conductas problemáticas para que no se conviertan en trastornos en la alimentación totalmente desarrollados. La anorexia y la bulimia, por ejemplo, suelen estar precedidas de una dieta muy estricta y pérdida de peso.
- El trastorno de comer compulsivamente puede comenzar con comilonas ocasionales, según nuestros resultados la conciencia interoceptiva está afectada y también existen muchos medios de comunicación que idealizan demasiado la importancia de tener un cuerpo delgado considerándolo como perfecto. Por lo que sería recomendable crear comerciales donde hablen de la aceptación del propio cuerpo.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, G., Franco, K., López, X., Mancilla, J., & Vázquez, R. (2009). Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev. salud pública, 11*(4), 568-578.
- Álvarez, L. (2014). Tipos de apego y esquemas cognitivos prototípicos en mujeres adolescentes de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). *Praxis, 14*(21), 35-50.
- Asociación Nacional de Desórdenes Alimentarios. (febrero de 2014). *La asociación nacional de desórdenes alimentarios crear retos contra los trastornos alimentarios*. Obtenido de <http://www.buenasnuevaspr.com/2014/02/la-asociacion-nacional-de-desordenes.html>
- Balbi. (2013). *Universidad del Salvador*.
- Bazán, C., & Ferrari, L. (2012). La delgadez y las dietas hipocalóricas: un estudio comparativo entre mujeres argentinas y japonesas. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (págs. 38-42). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.academica.org/000-072/275.pdf>
- Beck, A. (1995). *Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beyond. (martes 8 de abril de 2014). *Tipos*. Obtenido de <http://beyondteayuda.blogspot.com/2014/04/tipos.html>
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. N.Y.: Guilford Press.
- Castrillón, D. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L12) en población colombiana. *Revista latinoamericana de Psicología, 37*(3), 541-560.
- Centro Psicológico Gran Via. (2016). *Trastorno dismórfico corporal*. Obtenido de <http://www.psicologos-granvia.com/articulos/trastorno-dismorfico-corporal>
- Cevallos, M., & García, M. (2016). Roles de género tradicionales y personalidad tipo c en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Universidad Autónoma del Estado de México, 23*(3), 229-238.
- Davila, P., & Carrión, P. (2014). *Insatisfacción con la imagen corporal en estudiante de bachillerato de los colegios particulares mixtos*. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas-Escuela de Medicina. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Fact Sheet. (2016). *Rosewood Family Scholarship*. Obtenido de <http://www.floridastudentfinancialaid.org/SSFAD/factsheets/Rosewood.pdf>

- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Zaragoza, J., & Gómez, V. (2008). Relación trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. *Salud pública de México*, 5(6), 482-489.
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, EDI II*. Madrid: TEA Ediciones.
- Giorgana, A. (2011). *El temor al abandono y la relación de pareja*. Obtenido de http://cecreto.com/pdf/articulo_pdf/106
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hernández, L., & Londoño, C. (2013). *Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA*. Murcia: Copyright 2013: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España).
- Holzer, H., & Neumark, D. (2000). American Economic Association. *Journal of Economic Literature*, 38(3), 483-568.
- Hurtado, J. (2004). *Introducción a la patología*. La Habana.
- Madell, R. (julio de 2012). *Conceptos básicos sobre el control de peso*. Obtenido de <http://es.healthline.com/health/conceptos-basicos-sobre-el-control-del-peso>
- Manrique, N. (2005). *Territorio y Nación La difícil construcción de la comunidad nacional*. Obtenido de <http://www.pucp.edu.pe/aulamagna/2005/docs/manrique.pdf>
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr*, 265(268), 265-268.
- Moreno, M. A., & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. (U. Veracruzana, Ed.) *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.
- Ortega, M. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal*. Universidad de Granada, Departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado el 13 de junio de 2016
- Pitoni, D., & Rovella, A. (2013). Ansiedad y Perfeccionismo: su relación con la evaluación académica universitaria. *Enseñanza en Investigación en Psicología*, 18(2), 329-341.
- Planned Parenthood Federation of America Inc. (2016). *La imagen corporal*. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/imagen-corporal>
- Raich, M. R. (2016). *La imagen corporal*. Departamento de Psicología de la salud. Departamento de Psicología de la Salud.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Editorial Norma.

- Rivarola, M., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Saucedo, T., & Unikel, C. (Febrero de 2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada*. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Thompson, J. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. N.Y.: Pergamon Press.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 26(4), 1063-1073.
- Viña, C., & Herrero, M. (2006). Conductas y actitudes hacia la alimentación medias a través del EDI-2 y el Consumo de Sustancias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 497-520.
- Vivero, L. (2014). *Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador en el período académico*. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR , FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA ESCUELA DE NUTRIOLOGÍA . Quito: Universidad Internacional del Ecuador.
- Yélamos, C. (17 de Noviembre de 2015). , Asociacion Medica Estetica de Castilla la Mancha: Obtenido de: <http://ameclm.org/las-necesidades-del-paciente-con-cancer-la-importancia-de-la-imagen-corporal/>

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD PARA LA INVESTIGACIÓN

Cuenca, 8 de Julio del 2016

Mst.

Carlos Delgado Álvarez

Decano de la Facultad de Filosofía

Presente.

De mi consideración.

Por la presente, me dirijo a usted para solicitarle, muy comedidamente, se sirva concederme la autorización correspondiente para proceder a realizar la aplicación de los cuestionarios EDI-3 y YSLQ a las estudiantes que cursan la carrera de Estimulación Temprana. El objetivo de esta aplicación es conocer sobre la Imagen Corporal y los Esquemas Tempranos Prevalentes.

Me permito informarle, que la aplicación tendrá una duración de aproximadamente 45 minutos, por lo que le solicito a usted, apoyar este proceso investigativo asignando una fecha en la que podría iniciar esta investigación de campo; en caso de que usted se sirva autorizar esta solicitud.

Este proyecto está en proceso de aprobación y servirá como trabajo de titulación en la Escuela de Psicología Clínica, cuento con el apoyo de la Mg Cesibel Ochoa como directora, y nos comprometemos a socializar los resultados obtenidos. Cabe recalcar que un oficio acerca de esta situación ya fue recibido por la directora de Escuela de Estimulación Temprana, la cual me apoyo con el proyecto y solo me pidió que realizara este oficio para su conocimiento y posible aprobación.

Esperando su favorable acogida, suscribo de usted.

Muy atentamente

Rocío Castro Rodríguez.

Estudiante de Psicología Clínica.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Castro Rocío, egresada de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, bajo tutela de la Magister Cesibel Ochoa, estoy realizando una investigación acerca de la Imagen corporal y Esquemas Tempranos de Inadaptación en mujeres universitarias. Le voy a brindar información e invitarle a participar de esta investigación, que consiste en la aplicación de dos reactivos acerca del tema antes mencionado.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. La aplicación de los reactivos durará de 40 a 45 minutos aproximadamente.

Con este documento certifica que ha leído la información proporcionada y ha consentido en la participación de esta investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

ANEXO 3: Cuestionario de esquemas de Young (YSQ)

Cuestionario de Esquemas de Young, ysq-12 desarrollado por Jeffrey e. Young, Phd y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.

Instrucciones por favor, lea cada frase. Cuando no esté seguro sobre alguna frase, 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	La mayor parte falso de mi	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mi	La mayor parte verdadero de mí.	Me describe perfectamente

1	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 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 que mucho de las intenciones de las otras personas	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado (a) esté, siempre puedo encontrar tiempos 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 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 frustro fácilmente y la abandono	1	2	3	4	5	6
42	Es muy difícil para mí 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 esforzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2)

Instrucciones: Por favor lea cada frase .cuando no esté seguro sobre alguna frase, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Identificador _____ Fecha _____

0	1	2	3	4	5
nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2	Creo que mi estómago es demasiado grande	
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4	Suelo comer cuando estoy disgustado	
5	. Suelo hartarme de comida	
6	Me gustaría ser más joven	
7	Pienso en ponerme a dieta	
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10	. Me considero una persona poco eficaz	
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados Sobresalientes	
14	La infancia es la época más feliz de la vida	
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16	Me aterroriza la idea de engordar	
17	Confío en los demás	
18	Me siento solo en el mundo	
19	Me siento satisfecho con mi figura	
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22	Preferiría ser adulto a ser niño	
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24	Me gustaría ser otra persona	
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27	Me siento incapaz	
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30	Tengo amigos íntimos	

31	Me gusta la forma de mi trasero	
32	Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36	Me fastidia no ser el mejor en todo	
37	Me siento seguro de mí mismo	
38	Suelo pensar en darme un atracón	
39	Me alegra haber dejado de ser un niño	
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41	Tengo mala opinión de mí	
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	
44	Temo no poder controlar mis sentimientos	
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47	Me siento hinchado después de una comida normal	
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50	Me considero una persona valiosa	
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53	Pienso en vomitar para perder peso	
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56	. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59	Creo que mi trasero es demasiado grande	
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61	Como o bebo a escondidas	
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76	La gente comprende mis verdaderos problemas	

77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78	Comer por placer es signo de debilidad moral	
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira	
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco	
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85	Tengo cambios de humor bruscos	
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88	. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89	Sé que la gente me aprecia	
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91	. Creo que realmente sé quién soy	

ANEXO 5: Tabla de correlaciones

		Correlaciones										
		OBSESION POR LA DELGADEZ	BULIMIA	INSATISFACCI ON CORPORAL	INEFICACIA	PERFECCION ISMO	DESCONFIAN ZA INTERPERSO NAL	CONCIENCIA INTROCEPTIV A	MIEDO A LA MADUREZ	ASCETISMO	INSEGURIDA D SOCIAL	IMPULSIVIDAD
FACTOR 1 ESQUEMA DE ABANDONO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,296** ,004 92	,323** ,002 92	-,115 ,275 92	,221* ,034 92	,276** ,008 92	-,150 ,152 92	,244* ,019 92	,139 ,187 92	,356** ,001 92	-,312** ,002 92	,256* ,014 92
FACTOR 2 ESQUEMA DE INSUFICIENTE AUTOCONTR OLY	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,327** ,001 92	,270** ,009 92	,059 ,573 92	,221* ,034 92	,131 ,215 92	-,058 ,584 92	,228* ,029 92	,013 ,905 92	,342** ,001 92	-,291** ,005 92	,352** ,001 92
FACTOR 3 ESQUEMA DE DESCONFIAN ZA/ABUSO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,388** ,000 92	,439** ,000 92	,221* ,034 92	,068 ,519 92	,293** ,005 92	-,225* ,031 92	,429** ,000 92	,156 ,139 92	,290** ,005 92	-,307** ,003 92	,344** ,001 92
FACTOR 4 ESQUEMAS DE PRIVACION	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,184 ,078 92	,096 ,362 92	-,138 ,190 92	,213* ,042 92	,153 ,146 92	-,022 ,833 92	,203 ,052 92	-,008 ,939 92	,141 ,181 92	-,363** ,000 92	,293** ,005 92
FACTOR 5 ESQUEMA DE VULNERABIL IDAD AL DAÑO Y A LA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,290** ,005 92	,323** ,002 92	,110 ,297 92	,147 ,163 92	,318** ,002 92	,090 ,395 92	,207 ,048 92	,118 ,262 92	,300** ,004 92	-,172 ,100 92	,255* ,014 92
FACTOR 6 ESQUEMA DE AUTOSACRIFI CIO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,055 ,600 92	,176 ,093 92	,237* ,023 92	,336** ,001 92	,325** ,002 92	,086 ,415 92	,163 ,121 92	,095 ,365 92	,171 ,103 92	-,012 ,912 92	,077 ,464 92
FACTOR 7 ESQUEMA ESTANDARE S	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,266* ,010 92	,407** ,000 92	-,004 ,966 92	,177 ,091 92	,552** ,000 92	-,097 ,357 92	,361** ,000 92	-,048 ,650 92	,444** ,000 92	-,124 ,239 92	,274** ,008 92
FACTOR 8 ESQUEMA DE ESTANDARE S	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,243* ,020 92	,254* ,014 92	,170 ,104 92	,119 ,257 92	,607** ,000 92	-,109 ,299 92	,241* ,021 92	,070 ,510 92	,285** ,006 92	,003 ,981 92	,313** ,002 92
FACTOR 9 ESQUEMA DE INHIBICIÓN EMOCIONAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,250* ,016 92	,321** ,002 92	-,040 ,706 92	,217* ,038 92	,297** ,004 92	-,165 ,116 92	,265* ,011 92	-,084 ,428 92	,332** ,001 92	-,336** ,001 92	,341** ,001 92
FACTOR 10 ESQUEMA DE DERECHO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,258* ,013 92	,288** ,005 92	,140 ,183 92	,269** ,009 92	,260* ,012 92	,099 ,348 92	,204 ,051 92	,057 ,592 92	,310** ,003 92	,065 ,539 92	,305** ,003 92
FACTOR 11 ESQUEMA DE ENTRAMPAMI ENTO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,133 ,207 92	,217* ,038 92	-,026 ,805 92	,085 ,420 92	,195 ,062 92	,102 ,335 92	,103 ,329 92	,072 ,498 92	,042 ,692 92	,120 ,253 92	,142 ,176 92
OBSESION POR LA DELGADEZ	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 ,000 92	,554** ,000 92	-,041 ,696 92	,137 ,194 92	,260* ,012 92	-,217* ,037 92	,453** ,000 92	-,066 ,533 92	,387** ,000 92	-,349** ,001 92	,355** ,001 92
BULIMIA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,554** ,000 92	1 ,000 92	,005 ,961 92	,131 ,215 92	,327** ,001 92	-,103 ,328 92	,624** ,000 92	,104 ,323 92	,435** ,000 92	-,255* ,014 92	,262* ,012 92
INSATISFACCI ON CORPORAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,041 ,696 92	,005 ,961 92	1 ,853 92	,020 ,853 92	,055 ,601 92	,177 ,091 92	,036 ,735 92	,240* ,021 92	-,027 ,800 92	,211* ,043 92	,015 ,884 92
INEFICACIA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,137 ,194 92	,131 ,215 92	,020 ,853 92	1 ,380 92	,093 ,380 92	,137 ,191 92	,169 ,107 92	,010 ,924 92	,275** ,008 92	,083 ,429 92	,341** ,001 92
PERFECCION ISMO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,260* ,012 92	,327** ,001 92	,055 ,601 92	,093 ,380 92	1 ,380 92	-,196 ,061 92	,358** ,000 92	,170 ,106 92	,444** ,000 92	-,135 ,199 92	,204 ,051 92
DESCONFIAN ZA INTERPERSO NAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,217* ,037 92	-,103 ,328 92	,177 ,091 92	,137 ,191 92	-,196 ,061 92	1 ,061 92	-,165 ,117 92	,056 ,595 92	-,148 ,158 92	,461** ,000 92	-,187 ,075 92
CONCIENCIA INTROCEPTIV A	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,453** ,000 92	,624** ,000 92	,036 ,735 92	,169 ,107 92	,358** ,000 92	-,165 ,117 92	1 ,061 92	,060 ,572 92	,408** ,000 92	-,231* ,026 92	,544** ,000 92
MIEDO A LA MADUREZ	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,066 ,533 92	,104 ,323 92	,240* ,021 92	,010 ,924 92	,170 ,106 92	,056 ,595 92	,060 ,572 92	1 ,404 92	-,088 ,473 92	,076 ,473 92	,080 ,450 92
ASCETISMO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,387** ,000 92	,435** ,000 92	-,027 ,800 92	,275** ,008 92	,444** ,000 92	-,148 ,158 92	,408** ,000 92	-,088 ,404 92	1 ,259 92	-,119 ,259 92	,340** ,001 92
INSEGURIDA D SOCIAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,349** ,001 92	-,255* ,014 92	,211* ,043 92	,083 ,429 92	-,135 ,199 92	,461** ,000 92	-,231* ,026 92	,076 ,473 92	-,119 ,259 92	1 ,259 92	-,087 ,411 92
IMPULSIVIDAD	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,355** ,001 92	,262* ,012 92	,015 ,884 92	,341** ,001 92	,204 ,051 92	-,187 ,075 92	,544** ,000 92	,080 ,450 92	,340** ,001 92	-,087 ,411 92	1 ,411 92

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).