

Trabajo de Integración Final

"Cogniciones disfuncionales en una población de sujetos femeninos con bajos recursos socioeconómicos y con patología de personalidad narcisista"

Alumna: Bárbara Rocío Vidal

Supervisora titular: Marcela Spinetto

Supervisores ayudantes: Nicolás Cepeda y Fernanda Robles

Coordinador de TIF y de PPS en investigación: Lucía Alba

Lic. en Psicología, 5° año

1. Índice

- 2. Resumen, p. 2
- 3. Introducción, p. 3
- 4. Marco teórico, p. 3
- 5. Objetivos del estudio e hipótesis, p. 11
- 6. Método, p. 12
 - Diseño, p. 12
 - Participantes, p. 12
 - Definición operacional de las variables, p. 13
 - Instrumentos de recolección de datos, p. 15
 - Procedimientos, p. 17
- 7. Resultados, p. 17
 - Descriptivos, p. 17
 - Estadística inferencial, p. 19
- 8. Discusión, p. 20
 - Futuras líneas de investigación, p. 28
- 9. Conclusión, p. 31
- 10. Referencias bibliográficas, p. 33

2. Resumen

Introducción: Este trabajo explora la relación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) propuestos por J. Young, y los trastornos de personalidad (TP) descriptos por el DSM-IV, profundizando en el Trastorno Narcisista (TNP).

Objetivos: Explorar y describir los TP y EMTs, generando datos sobre esta población particular, y estableciendo las posibles relaciones de especificidad entre los EMTs activados en sujetos con TNP.

Método: Participantes:40 mujeres con bajo nivel socioeconómico.

//Instrumentos: YSQ-L2, Cuestionario SCID-II, Cuestionario AMAI-2018.//

Procedimientos: análisis descriptivo general de la distribución de los TPs y EMTs, y análisis estadístico mediante T-Test para las relaciones de especificidad entre los EMTs y los sujetos con TNP, en contraste con aquellos que no tienen TNP.

Resultados: Al ser un estudio piloto, se consideraron significativos los valores P<.05. Se hallaron diferencias significativas en los esquemas *Abandono*, T(38)=-3.769,P<.05, siendo que los TNP (80,04,24.6) puntúan más alto que los NO TNP (44.73, 34.57); *Insuficiente Autocontrol*, T(38)=-2.706,P<.05, siendo que los TNP (76.36,22.23) puntúan más alto que los NO TNP (56.46,22.9); *Privación Emocional*, T(38)=-2.031,P<.05, siendo que los TNP (58.56,34.97) puntúan más alto que los NO TNP (35.8,33.17).

Conclusión: Los EMTs asociados al TPN y coincidentes con la hipótesis son: Abandono, que subyacería a la sensación de que las personas significativas no podrán proporcionar consistentemente apoyo emocional, vínculos o protección, por ser emocionalmente inestables, e indignos de confianza; Insuficiente Autocontrol, asociado a la impulsividad para obtener gratificaciones y evitar el dolor propia del TPN; y Privación Emocional, ligado con el sentimiento de no ser comprendido y la dificultad para la apertura emocional. No hubo relación significativa con el principal EMT hipotetizado: Derecho/Grandiosidad, siendo de los menos frecuentes a nivel general y abriendo el interrogante de si su ausencia estaría asociado a una variable social, como el nivel socioeconómico; o si deriva de una inadecuación de las consignas del YSQ-L2 que evalúan este esquema con esta población particular.

3. Introducción

El presente trabajo se centra en la exploración de los Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por J. Young, a través de la aplicación de su Cuestionario de Esquemas Cognitivos YSQ - L2; en una población femenina de bajos recursos socioeconómicos que asisten la Posta Sanitaria Las Lilas, dependiente de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral.

Se buscará asociar en qué medida esas cogniciones disfuncionales influyen en los Trastornos de Personalidad evaluados por el Cuestionario de Personalidad SCID II (Entrevista Clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del Manual de Psiquiatría DSM –IV).

Palabras clave: esquemas maladaptativos tempranos, trastornos de la personalidad, cogniciones disfuncionales, bajo nivel socioeconómico.

4. Marco teórico

En los últimos años, se ha incrementado el foco de interés de investigadores y terapeutas cognitivo - comportamentales en el rol que los esquemas cognitivos tienen en la gestación y/o mantenimiento de los diversos Trastornos de la Personalidad (TPs) (Cordero y Tiscornia, s.f.). Si bien existen investigaciones previas que han explorado las relaciones existentes entre esos esquemas y las patologías del Eje II, este estudio pretende contribuir a los abordajes empíricos que sustentan la Teoría de los Esquemas propuesta por Jeffrey Young, a la vez que se centra en una población poco explorada de forma específica como es la de bajos recursos socioeconómicos.

El concepto de esquema cognitivo fue desarrollado, explícitamente y dentro de una teoría psicopatológica, inicialmente por Aaron Beck (citado en Riso, 2008), quien los definió como "estructuras internas relativamente estables que han almacenado de forma genérica o prototípica características de estímulos, ideas o experiencias que son usadas para organizar la información de acuerdo a cómo los fenómenos son percibidos y conceptualizados". El contenido de estos esquemas nucleares, son las cogniciones (o

creencias). Estas son sesgos en la forma de evaluar y procesar la información, que llevan al sujeto a percibir, interpretar y afrontar una situación confirmando la información que refuerza el esquema, y minimizando la que lo contradice. Los esquemas se autoperpetúan a través de tres mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales auto derrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas (Riso, 2008).

Según Beck (1995), el sujeto construye esquemas en su aparato mental en relación 1) al mundo, 2) al sí mismo y 3) a los vínculos. Estos esquemas se caracterizan por ser idiosincráticos (son ego sintónicos) y sesgar las puertas de entrada de información al aparato mental (son proactivos), generando cosmovisiones sobre sí mismo y condicionando no solo el pensar, sino también el sentir y el actuar (constituyendo una cognición tripartita) (Feixas y Miró, 1993).

Estos esquemas cognitivos pueden ser adaptativos y funcionales o maladaptativos y disfuncionales. Si el sujeto los rigidiza, no los cuestiona y le generan malestar, se tornan maladaptativos y contribuyen a la gestación de sufrimiento y patología. Por ende, las cogniciones o esquemas cognitivos que los constituyen se vuelven disfuncionales y son usinas de malestar y aquiescencia.

A través de las cogniciones disfuncionales, un individuo puede negar, omitir o rechazar una emoción/ pensamiento que desconfirma al esquema activo, impidiendo que la persona pueda trabajar sobre él para modificarlo. La terapia cognitiva otorga especial importancia al concepto de esquema para explicar la psicopatología, estableciendo que: "el trastorno psicopatológico se caracteriza por esquemas idiosincráticos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente" (Clark & Beck, 1997). De ahí que los esquemas nucleares actúan de modo implícito o inconsciente, mientras el sujeto actúa e interactúa con poco registro de sus sesgos cognitivos; contribuyendo al desarrollo de rasgos y posibles TPs (Riso, 2008). Los esquemas subyacen a los trastornos del Eje I, y se extienden a los trastornos del Eje II (DSM IV) de forma aún más determinante. Beck, Freeman y Davis (1995) refieren que "el trastorno de la personalidad constituye probablemente una de las representaciones más impresionantes del concepto de esquema de Beck". Los esquemas en los

trastornos del Eje II se caracterizan por actuar con más continuidad en el procesamiento de la información y formar parte del procesamiento habitual y cotidiano, ya que justamente la personalidad es el arte de ser el mismo a lo largo del tiempo (Beck *et al.*, 1995).

Jeffrey Young (marzo 1950-), discípulo de Beck, se interesó en pacientes que no respondían a la Terapia Cognitiva convencional. Su estudio lo llevó a entender que, frecuentemente, estos pacientes tenían estructuras cognitivas mucho más rígidas y crónicas, problemas que los acompañaban toda su vida; y sistemas de creencias disfuncionales más profundas y arraigadas (Kellogg S. H. y Young J. E., 2006). Young (1999) postuló el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), muy similar al de "esquema nuclear disfuncional" de Beck, y los definió como "(...) temas extremadamente estables y permanentes que se desarrollan durante la niñez y son elaborados a lo largo de la vida del sujeto, y son significativamente disfuncionales (...) y son fortalecidos por el procesamiento de experiencias posteriores". Para este autor, estos EMT tienen su origen típico en infancias problemáticas o abusivas, donde las necesidades básicas del niño no fueron satisfechas, resultando en el desarrollo de una determinada cosmovisión de sí mismo y del mundo, y de comportamientos adaptativos o estilos de supervivencia que, fuera del entorno del hogar y en su posterior vida adulta, le significan problemas para sí mismo y en sus relaciones (Kellogg S. H. y Young J. E., 2006). Innovadoramente la Terapia Cognitiva de Young está enmarcada en un Cognitivismo Evolutivo Integrativo que contempla elementos de otros marcos teóricos como la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las Relaciones Objetales, el Constructivismo y las escuelas Psicoanalíticas (Young, 1999, 2003; Rafaeli, E., Bernstein, D. P., y Young, J. E., 2011).

Estos pacientes, desde el marco teórico de la Terapia Cognitiva de Beck y desde la Terapia centrada en los Esquemas de Young, presentan esquemas que subyacen y contribuyen al mantenimiento de múltiples desórdenes mentales del eje I crónicos, como los trastornos por uso de sustancias, alimentarios (Butler, 2002); y TPs.

Los TPs son definidos por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM IV) como "un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del

sujeto, que es persistente e inflexible; se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta" (American Psychiatric Association, 1994).

Para abordar teóricamente los TPs, y luego generar un modelo terapéutico específico, Young (1999) teorizó los conceptos de esquemas maladaptativos tempranos, dominios de los esquemas, mantenimiento, evitación y compensación de los mismos. Esta investigación se sustenta en los dos primeros supuestos, es decir, las áreas de dominio y los esquemas que pertenecen a ellas. Young (1999) clasificó esos EMTs subyacentes a los trastornos crónicos, identificando 18 EMTs que fueron agrupados en 5 dominios o dimensiones asociados a las relaciones tempranas disfuncionales y al tipo de necesidades no contempladas durante la infancia que originaron los EMTs actuales, es decir en la vida adulta, momento en el que puede diagnosticarse un TP.

La validación del Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young, YSQ – L2 (Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., H Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., y Schnitter, M., 2005), tomada para esta investigación, aborda once esquemas y consta de 45 preguntas para indagarlos. El sujeto debe puntuar cada ítem en una escala likert de 1 (totalmente falso) a 6 (totalmente verdadero). Los 11 esquemas que arroja la validación del YSQ- L2 son: Privación Emocional (1-4), Abandono (5-11), Desconfianza y Abuso (12-16), Vulnerabilidad al Daño o Enfermedad (17-20), Entrampamiento (21-22), Autosacrificio (23-26), Inhibición Emocional (27-29), Estándares Inflexibles I (30-32), Estándares Inflexibles II (33-36), Derecho/Grandiosidad (37-39) e Insuficiente Autocontrol (40-45).

Estos 11 esquemas evaluados por la validación del YSQ – L2, se agrupan de acuerdo a la afinidad de su contenido en dominios. Según Young (1999) cada una de esas dimensiones alude a una necesidad crítica de los niños relacionada con el funcionamiento adaptativo; al mismo tiempo que describen las relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde se ubican los orígenes del esquema y, por lo tanto, el funcionamiento interpersonal adulto.

El dominio 1. Desconexión y Rechazo/Inestabilidad refiere a personas criadas en ambientes carentes de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. En la adultez, los individuos criados en este tipo de ambiente creen que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía. Los esquemas dentro de esta dimensión reflejan las diferentes "posibilidades" o "consecuencias" de este tipo de privaciones. Los EMTs que posiblemente resulten de estos patrones de crianza son: a. Abandono, que alude a la creencia de que los demás no pueden darle al sujeto un apoyo estable y confiable; b. Desconfianza y Abuso, alude a la expectativa de que los demás lo lastimen o se aprovechen de él; y c. Privación Emocional, es la creencia de que no logrará sus necesidades de apoyo emocional, sobre todo en relación a la alimentación, empatía y protección (Young, 1999).

El dominio 2. Autonomía deteriorada, implica que en la infancia el ambiente ha sido muy sobreprotector. Ya adultos, los individuos que crecieron en estos ambientes son demasiados dependientes de los demás y asumen que carecen de las habilidades adecuadas para afrontar situaciones por ellos mismos. Dentro de los EMTs propensos a desarrollarse en estos ambientes se encuentran: a. Dependencia, es la creencia de que es incompetente y desamparado, necesita de los demás para funcionar; b. Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, es la expectativa de tener experiencias negativas que no controlan (como crisis médicas, emocionales o naturales); y c. Entrampamiento, se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás (Young, 1999).

El dominio 3. Límites inadecuados, refiere a un ambiente de crianza en el que los padres han sido permisivos y demasiado indulgentes, lo que contribuiría a desarrollar una creencia de superioridad, siendo en la vida adulta personas que carecen de auto disciplina y pueden tener un sentimiento de autoridad en sus relaciones con los demás, llegando a ser insensibles frente a las necesidades y deseos de los otros. Estos ambientes favorecen la conformación de EMTs como: a. Derecho y Grandiosidad, que representa la creencia del individuo de que es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante; y b. Insuficiente

Autocontrol, se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado, pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones (Young, 1999).

El dominio 4. Tendencia hacia el otro o Satisfacción restringida, implica ambientes tempranos en los que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. En sus relaciones adultas, estos individuos tienden a preocuparse más de la necesidad y satisfacción de los otros y de merecer su aprobación, que de sus propias necesidades. En este dominio aparecen EMTs como: a. Autosacrificio, aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás; b. Estándares Inflexibles, recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica (Young, 1999).

Por último, el dominio 5. Sobrevigilancia e Inhibición o Autoexpresión restringida, involucra a niños criados con patrones de perfeccionismo y rigidez. Una vez adultos, suelen presentar un control excesivo, con reglas extremadamente elevadas. Los EMTs característicos de este dominio, llevan a interpretar las experiencias en función del éxito o del fracaso. Dentro de los 11 EMTs evaluados, el incluido en este dominio es: a. Inhibición Emocional, se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que prevén y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza (Young, 1999).

Como se ha mencionado anteriormente, estos EMTs conforman la base de los TPs o del Eje II; y la Terapia centrada en Esquemas de Young ofrece un enfoque mucho más amplio que otros modelos cognitivos para entender y tratar estos trastornos. Esta amplitud se debe al foco en la exploración y comprensión de los antecedentes "históricos" familiares de tales esquemas (Vílchez, E. R., 2009), es decir, al énfasis dado a la etiología de los mismos y no solo a los factores que los sostienen (Rafaeli, E., et. al., 2011). Se entiende que cada trastorno posee un perfil cognitivo diferencial, "patente a nivel de esquemas, de procesamiento sesgado y de pensamientos negativos automáticos" (Clark & Beck, 1997). Distintos estudios (Nordahl, Holthe y Haugum, J, 2005; Specht, Chapman y Cellucci, 2009; Jovey, Hon y

Jackson, 2004) postulan que existen relaciones de especificidad entre el de EMTs y los TP.

Este estudio se centra en las relaciones existentes entre los EMTs y el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP). Si bien existen múltiples investigaciones que asocian el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con la presencia de EMTs en el marco de la teoría de Young (Specht, M. W., et. al., 2009), no sucede lo mismo con el TNP.

El Trastorno Narcisista de la Personalidad es definido en el DSM IV como "un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos" (American Psychiatric Association, 1994). El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). establece distintos criterios para su diagnóstico. El primer criterio refiere a la posesión de un sentido grandioso de autoimportancia, siendo habitual que sobrevaloren sus capacidades y exageren sus conocimientos y cualidades; suelen asumir alegremente el hecho de que otros otorguen un valor exagerado a sus actos y sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer; así como también es frecuente que, implícitamente en la exageración de sus logros, devalúen la contribución de los demás. El segundo criterio involucra fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. Como tercer criterio, estas personas creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales. El cuarto criterio alude a que los sujetos con este trastorno demandan una admiración excesiva ya que, como su autoestima es muy frágil, pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás; manifestando una necesidad constante de atención y admiración. El criterio 5 se conforma por la pretensión irrazonable de recibir un trato de favor especial. El criterio 6 surge de la combinación de estas pretensiones de trato especial con la falta de consideración de las necesidades del otro, resultando en una explotación consciente o inconsciente del prójimo. El séptimo criterio aborda la carencia de empatía y las dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás. El octavo establece que estos sujetos suelen envidiar a

los demás o creen que los demás les envidian a ellos. Por último, el noveno criterio define que con frecuencia presentan actitudes *snobs*, desdeñosas o altivas.

El DSM (American Psychiatric Association, 1994) contempla también las características de frágil autoestima y sentimientos de vergüenza, sensibilidad, humillación y vacío frente a la crítica o a la frustración; pudiendo reaccionar ante ellas con desdén, rabia o desafío. Las experiencias de fracaso suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Ese retraimiento suele estar acompañado por sentimientos persistentes de vergüenza o humillación, autocrítica inherente, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distímico.

Sin embargo, generalmente, las personas con TNP presentan superficialmente un funcionamiento relativamente elevado y/o ausencia de sintomatología, lo cual, combinado con la distancia interpersonal y las dificultades relativas a la egosintonía de los síntomas y a la poca apertura a hacia los demás, sostienen su control interno y permiten que el sufrimiento emocional permanezca inadvertido u oculto. Sin embargo, las limitaciones en el funcionamiento del sujeto (por ejemplo: restricción en determinadas áreas como la laboral) donde presentan condiciones particulares, como búsqueda recurrente de evidencias de su éxito, junto con una tortuosa autocrítica interna, inseguridad y desregulación emocional, determinan la definición de esta condición como un TP (Ronningstam, E., 2010).

Es importante destacar que la incidencia tanto de los rasgos de personalidad narcisista como del TNP se ha incrementado hacia la actualidad (Ronningstam, E., 2010; Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, et al., 2008). Teniendo en cuenta la creciente relevancia del TNP, se hace más evidente la necesidad de estudios empíricos sistemáticos que arrojen luz sobre su etiología y abordaje terapéutico.

Este estudio permitirá correlacionar los EMTs propuestos por J. Young con los TPs evaluados por la Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de La Personalidad Del Eje II del DSM- IV (SCID – II). Como se mencionó inicialmente, si bien existen estudios empíricos al respecto (Atalay, H. y Col., 2008; Butler, A., 2002; Shorey, R. C., Anderson, S. y Stuart, G. L., 2014; Thiel, N., et. al., 2014), la búsqueda de literatura enfocada en factores socioeconómicos asociados a la presencia de

determinados EMTs y TPs indicó un vacío en la investigación. Se han utilizado en la búsqueda palabras clave como: esquemas disfuncionales en personas con bajos recursos, esquemas disfuncionales y pobreza, vulnerabilidad socioeconómica y esquemas maladaptativos.

La muestra poblacional se enfocará en mujeres con bajo nivel socioeconómico, dado que la pobreza ha sido definida como uno de los factores de riesgo más importantes asociado con un contexto de vulnerabilidad social que engendra múltiples estresores que, combinados, aumentan exponencialmente el riesgo físico y psicosocial (Oros, L., 2009). Esta vulnerabilidad socioeconómica podría favorecer el desarrollo de EMTs subyacentes a posibles TPs. Los datos obtenidos por esta investigación, contribuirían a futuros estudios centrados en la prevención y tratamiento específico de los TPs en este tipo de población.

5. Objetivos del estudio e hipótesis

Objetivo general

Detectar los Trastornos de Personalidad (TP) que acompañan a esquemas disfuncionales para su análisis, en una población de sujetos femeninos de bajos recursos socioeconómicos.

Se analizará la relación entre los TP y los esquemas, para verificar si la cantidad de esquemas de los sujetos testeados (por medio de la escala de J. Young) y su contenido (sistemas de creencias o pensamientos idiosincráticos), se relaciona y de qué manera con los TPs del DSM (testeados por medio de la escala SCID II).

Objetivos específicos

- 1. Explorar y describir los TP y EMTs que se encuentran en la muestra de 40 mujeres, para generar datos sobre esta población especifica de 20 a 50 años de bajos recursos socioeconómicos del barrio Las Lilas.
- 2. Explorar las relaciones de especificidad entre los distintos TP descritos por el DSM-IV y los EMTs en términos de su presencia o ausencia.

3. Explorar la relación entre el Trastorno de Personalidad Narcisista y los EMTs para contrastar con la bibliografía.

Hipótesis

Frecuencia de los TP y EMTs a nivel muestral: Se espera encontrar en esta población de mujeres de bajos recursos socioeconómicos con mayor frecuencia los TP Límite y Paranoide; y los EMTs Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Desconfianza y Abuso, Abandono y Entrampamiento.

Relación de especificidad entre el TNP y los EMTs: Se espera encontrar relaciones específicas entre el Trastorno Narcisista de la Personalidad, testeado por la escala SCID II, y los distintos Esquemas Maladaptativos Tempranos descritos por Young. Se espera que los sujetos con Trastorno Narcisista, de acuerdo a sus características, presenten con mayor frecuencia los EMTs: Insuficiente Autocontrol, Abandono y Privación Emocional y fundamentalmente Derecho y Grandiosidad.

6. Método

a. Diseño

El presente trabajo se trata de una investigación de diseño no experimental, exploratorio de corte transversal.

b. Participantes

La muestra utilizada consta de 40 sujetos, mujeres de entre 20 a 50 años de edad, que concurren a la Posta Sanitaria Las Lilas, para su atención personal o de terceros, entre el 1 de agosto de 2018 y el 30 de diciembre de 2018, que pertenezcan a un estrato de bajos recursos socioeconómicos, definido mediante el Índice AMAI (clusters C, D y E) (Tabla 1).

Tabla 1

Nivel Socioeconómico Poblacional

Nivel Socioeconómico (NSE)	oeconómico (NSE) Puntos		%	
A/B	212 o más	-	-	
C+	168 a 211	-	-	
С	138 a 167	10	25%	
C-	109 a 137	11	27%	
D+	80 a 108	14	35%	
D	51 a 79	5	13%	
E	0 a 50	-		

Nota: Descripción de la distribución de la muestra en las categorías del índice AMAI – 2018 y porcentaje que representa cada una de ellas.

Dentro de los criterios de exclusión se encuentran las mujeres de edad menor o mayor al rango etario definido, aquellas que no deseen contestar los cuestionarios, mujeres sin TPs según la entrevista SCID II, y quienes posean puntuaciones en el cuestionario AMAI de los clusters A y B.

La administración de los cuestionarios se realizó por tres psicólogos con orientación cognitiva, docentes de la materia Psicoterapia Cognitiva Conductual y 3 estudiantes del último año de la carrera de psicología de la Universidad Austral. Se realizaron entrevistas individuales y se administraron los tres cuestionarios en una misma toma.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Austral, avalando los instrumentos y su modalidad de aplicación; y los participantes del mismo firmaron al principio de cada entrevista un Consentimiento Informado.

c. Definición operacional de variables

Las variables incluidas en este estudio son: Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) y Trastornos de la Personalidad (TPs).

En primer lugar, el término "esquemas" es utilizado en muchos campos de estudio. Desde la psicología cognitiva, el término esquema alude a patrones psíquicos impuestos sobre la realidad para explicarla, mediar la percepción y guiar las respuestas (Young, 2003). Un esquema es una representación abstracta de características distintivas de un evento. También puede ser pensado como un plan cognitivo abstracto que sirve para interpretar información y resolver problemas. Una noción importante, es que muchos de estos esquemas pueden formarse tempranamente y continuar elaborándose para imponerse en experiencias de la vida adulta, incluso cuando ya no son aplicables. Esto es muchas veces referido como "necesidad de consistencia cognitiva", para mantener una visión estable de sí mismo y del mundo, incluso cuando resulta ser inadecuada o distorsionada. En función a esto, un esquema puede ser positivo o negativo, adaptativo o maladaptativo; pueden ser formados en la infancia o en la vida adulta (Young, 2003). La noción de Esquemas Maladaptativos Tempranos alude a estructuras psíquicas disfuncionales cuyo origen se da en la infancia, y que determinan los pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones con los demás. Para Young (1999) algunos de estos esquemas, especialmente los desarrollados primariamente sobre experiencias infantiles tóxicas, pueden ser el núcleo de TPs, problemas caracterológicos o trastornos crónicos del Eje I.

Por otro lado, un TP implica un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento (DSM IV, 2004), que comienza en la adolescencia o en la juventud y genera malestar en la persona. Aquí se abordará el Trastorno de Narcisista de la personalidad, definido como un patrón general de *grandiosidad*, *necesidad de admiración* y *falta de empatía* que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos" (American Psychiatric Association, 1994). Entre las manifestaciones de este trastorno se encuentran: un sentido grandioso de autoimportancia, sobrevaloración de sus capacidades, devaluación implícita de la contribución de los demás, fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios, creencias de superioridad, demandan una admiración excesiva, generalmente su autoestima es muy frágil, preocupación por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás, necesidad constante de atención y admiración. falta de consideración de las necesidades del otro,

explotación consciente o inconsciente del prójimo, dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás, envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos, y actitudes *snobs*, desdeñosas o altivas.

d. Instrumentos de recolección de datos

La batería de test usada para este estudio comprendió: el Cuestionario de Esquemas Cognitivos de J. Young, YSQ - L2; la Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM- IV, SCID II; y el Cuestionario para la Aplicación de la Regla AMAI 2018.

1. Cuestionario de Esquemas de J. Young, YSQ - L2 (Castillón, D., *et. al.*, 2005)

Evalúa once factores o esquemas, consta de 45 ítems. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 6 valores.

Este cuestionario ofrece al terapeuta un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y auto derrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young ha denominado "Esquemas Maladaptativos Tempranos".

Esta versión del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ – L2) se trata de una validación llevada a cabo en Colombia, sobre la población universitaria de la ciudad de Medellín, Colombia, de la cual se tomó una muestra aleatoria y representativa de 1.419 estudiantes universitarios. Se ha seleccionado esta validación por ser la única realizada en idioma hispano y sobre población latina.

Los 11 factores que arroja el cuestionario de Esquemas YSQ- L (Long Form, 2nd edition) son: PRIVACION EMOCIONAL (1-4), ABANDONO (5-11), DESCONFIANZA Y ABUSO (12-16), VULNERABILIDAD AL DAÑO O ENFERMEDAD (17-20), ENTRAMPAMIENTO (21-22), AUTOSACRIFICIO (23-26), INHIBICION EMOCIONAL (27-29), ESTANDARES INFLEXIBLES (30-32), ESTANDARES INFLEXIBLES I (33-36), DERECHO GRANDIOSIDAD (37-39) e INSUFICIENTE AUTOCONTROL (40-45).

2. Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de La Personalidad Del Eje II Del DSM- IV.

SCID II es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes de la personalidad del eje II del DSM-IV (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990). La SCID puede ser utilizada en centros de asistencia primaria en salud mental y ser muy útil por los casos complejos que existen en dichos centros. Ahorra tiempo, asegura una revisión concienzuda, es fácil de utilizar, y proporciona toda la información necesaria, mientras que mejora la precisión diagnóstica.

Brinda los siguientes posibles diagnósticos: POR EVITACION, POR DEPENDENCIA, OBSESIVO-COMPULSIVO, PASIVO-AGRESIVO, DEPRESIVO, PARANOIDE, ESQUIZOTIPICO, ESQUIZOIDE, HISTRIONICO, NARCISISTA, LIMITE, ANTISOCIAL Y NO ESPECIFICADO.

3. Cuestionario para la Aplicación de la Regla AMAI 2018

Fue creado por la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). El índice de Niveles Socioeconómicos (NSE) es la regla basada en un modelo estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Para el desarrollo del modelo de estimación del NSE, la AMAI se ha basado en un marco conceptual que considera seis dimensiones del bienestar dentro del hogar: Capital Humano, Infraestructura Práctica, Conectividad y entretenimiento, Infraestructura Sanitaria, Planeación y futuro, Infraestructura básica y espacio.

La satisfacción de estas dimensiones determina la calidad de vida y bienestar de los integrantes de los hogares.

Actualmente la AMAI clasifica a los hogares utilizando la "Regla de NSE 2018". Esta regla es un algoritmo desarrollado por el comité de Niveles Socioeconómicos que mide el nivel de satisfacción de las necesidades más importantes del hogar. Esta regla produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando las siguientes seis características del hogar: Escolaridad del jefe del hogar, Número de dormitorios, Numero de baños completos, Número de personas ocupadas de 14 años y más, Número de autos y Tenencia de internet.

De la toma del Cuestionario se llega a una puntuación que permite ubicar al sujeto dentro de un gradiente de categorías socio económico que va de la letra A a la E.

e. Procedimientos

En primer lugar, se realizó un contacto telefónico con los pacientes de la Posta Sanitaria "Las Lilas" para concertar el día y horario de las entrevistas. Las mismas se llevaron a cabo individualmente, en consultorios facilitados por la Posta. Los instrumentos se aplicaron manteniendo las variables del encuadre, en el siguiente orden: Consentimiento Informado, luego AMAI – 2018 (dado que determinaba el nivel socioeconómico, uno de los criterios de exclusión muestral), seguido de la SCID – II y el YSQ – L2.

Una vez recogidos los datos, se codificaron los protocolos manualmente y se volcaron los datos en una tabla de Excel. Luego se realizó un análisis descriptivo general de la distribución de los TPs y EMTs, en función de su frecuencia de aparición en los protocolos.

También se realizó un análisis estadístico inferencial para explorar las relaciones entre el TNP y los EMTs, mediante el programa informático SPSS 20.7. Para ello se utilizaron los datos obtenidos mediante la SCID – II que evalúa TP, y del YSQ – L2, que aborda los EMTs. Este análisis estadístico inferencial se hizo mediante la operación T - Test para muestras independientes, para determinar las diferencias significativas de la presencia de los EMTs entre los sujetos con TNP y sin TNP.

7. Resultados

Descriptivos:

Dentro de la muestra total (N=40), los TP más frecuentes fueron: Límite (N=28), Narcisista (N=25), Obsesivo-Compulsivo (N=23) y Paranoide (N=23). Es importante aclarar que un mismo protocolo puede puntuar simultáneamente para distintos TPs, ya que que no arroja diagnósticos diferenciales, por lo cual la suma de los N de cada TP supera el N muestral (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de los TPs

TP	N	% de la muestra	
Límite	28	70%	
Narcisista	25	62.5%	
TOCP	23	57.5%	
Paranoide	23	57.5%	
Esquizoide	22	55%	
Esquizotípico	19	47.5%	
Pasivo-Agresivo	18	45%	
Por evitación	14	35%	
Depresivo	9	22.5%	
Antisocial	7	17.5%	
Por dependencia	4	10%	
Histriónico	2	0.5%	

Nota: Se describe la cantidad de protocolos que puntuaron positivamente para cada trastorno, los cuales se presentan en orden de mayor a menor frecuencia de aparición.

Por otro lado, los EMTs más frecuentes a nivel general fueron: Autosacrificio, Desconfianza/Abuso y Entrampamiento. Los EMTs que se presentaron con menos frecuencia fueron: Vulnerabilidad al Daño, Derecho/Grandiosidad y Privación Emocional (Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de los EMTs

EMT	N	% de la muestra	
Autosacrificio	32	80%	
Desconfianza y Abuso	26	65%	
Entrampamiento	22	55%	

Inhibición Emocional	21	52.5%
Abandono	18	45%
Estándares Inflexibles I	18	45%
Insuficiente Autocontrol	17	42.5%
Estándares Inflexibles II	13	32.5%
Privación Emocional	10	25%
Vulnerabilidad al Daño	9	12.5%
Derecho y Grandiosidad	8	20%

Nota: Se describe la cantidad de protocolos que puntuaron positivamente para cada EMT, los cuales se presentan de mayor a menor frecuencia de aparición.

Estadística inferencial:

Este análisis se realizó para hallar las relaciones específicas entre los EMTs y el TNP. El programa utilizado fue SPSS, mediante la función T – Test para muestras independientes.

Al ser un estudio piloto, para el análisis estadístico no se realizó corrección por comparaciones múltiples y se consideraron significativos los valores P<.05.

Como se muestra en la Tabla 4, se hallaron diferencias significativas en los esquemas *Abandono*, T(38)=-3.769,P<.05, siendo que los TNP (80,04,24.6) puntúan más alto que los NO TNP (44.73, 34.57); *Insuficiente Autocontrol*, T(38)=-2.706,P<.05, siendo que los TNP (76.36,22.23) puntúan más alto que los NO TNP (56.46,22.9); *Privación Emocional*, T(38)=-2.031,P<.05, siendo que los TNP (58.56,34.97) puntúan más alto que los NO TNP (35.8,33.17), Estándares Inflexibles I, T(38)=-2.099,P<.05, siendo que los TNP (77.24,21.9) puntúan más altos que los NO TNP (59,33.07) y Entrampamiento, T(38)=-2.783,P<.05, siendo que los TNP (75.16,32.47) puntúan más alto que los NO TNP (43.3,38.9).

Tabla 4

Prueba T de muestras independientes. Relación entre EMTs y TNP.

EMTs -	Grupo TNP		Grupo SIN TNP		
EIVITS	Media	DE	Media	DE	Sig.
Abandono	80.04	24.60	44.73	34.57	.001
Insuficiente Autocontrol	76.36	22.23	56.46	22.9	.010
Privación Emocional	58.56	34.97	35.8	33.17	.049
Estándares Inflexibles I	77.24	21.95	59.33	33.07	.042
Entrampamiento	75.16	32.47	43.33	38.9	.008

Nota: Reporte de resultados de Prueba T para muestras independientes con los datos de media y desvío estándar para los grupos TNP (con Trastorno Narcisista) y NO TNP (sin Trastorno Narcisista). (P<.05).

8. Discusión

El objetivo de este estudio era identificar los TPs y EMTs más frecuentes en una población poco estudiada de forma específica, como lo es la de bajos recursos socioeconómicos. La hipótesis planteada incluía dentro de los TPs esperados de mayor frecuencia los TP Límite (TLP) y Paranoide (TPN); y en referencia a los EMTs esperados con mayor frecuencia, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Desconfianza y Abuso, Abandono y Entrampamiento.

En principio es importante aclarar que, teniendo en cuenta que el menor nivel socioeconómico expone a las personas a un mayor nivel de pobreza, y esta predispone a la vulnerabilidad social, se ha hipotetizado que las personas con bajos recursos socioeconómicos están expuestos a múltiples estresores que, combinados, aumentan exponencialmente el riesgo físico y psicosocial. En base a esto, se considera que en estos ambientes es más probable que se originen EMTs que con el tiempo constituyan un TP.

En cuanto a los TPs más frecuentes, se hallaron el Trastorno Límite, Narcisista, TOCP y Paranoide. Fue coincidente con la hipótesis inicial, la alta presencia del TLP,

dado que la vulnerabilidad social de esta población podría generar la carencia de un sentimiento de seguridad de la persona y una desorganización en su conducta. La falta de contención social que podrían sufrir los padres responsables de la crianza de los hijos, contribuiría a la inestabilidad emocional de los mismos y en consecuencia, de forma indirecta, de los niños. Beck y Beck. (1991) proponen que los individuos con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tienen la creencia de que están indefensos en un mundo hostil sin ninguna seguridad, y eso los lleva a vacilar entre la autonomía y la dependencia sin ser capaces de confiar en otros.

En línea con la hipótesis planteada inicialmente, el trastorno Paranoide se ubica dentro de los más frecuentes, lo que podría indicar que es usual que se presenten patrones de personalidad caracterizados por la sensación *amenaza-peligro-agresión*, que puede asociarse con el contexto de vulnerabilidad social que muchas veces acompaña a un bajo nivel socioeconómico. Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L. y Hernández, D., (2017) realizaron un estudio que explora perfiles de personalidad en personas en situación de calle que, si bien no corresponde con el estado social de la muestra de este estudio, ha sido el único hallado que relaciona directamente la situación socioeconómica de los sujetos con los perfiles de personalidad. Ellos plantean que, en circunstancias de desprotección, la suspicacia y la desconfianza hacia los demás son estrategias de afrontamiento reforzadas por el contexto. Esta observación podría indicar que, el contexto social en el que esta población se halla, generaría el sentimiento de amenaza, desconfianza y vulnerabilidad; acompañado de estrategias de afrontamiento conductuales de cautela y suspicacia (López Pell, *et. al.*, 2005). Sin embargo, es necesario profundizar en este punto en futuras investigaciones.

También se hallaron dentro de los TPs más frecuentes, el TNP y el TOCP, que estaban incluidos en la hipótesis inicial. El TNP se desarrollará luego con mayor profundidad en sus relaciones específicas con los EMTs. En cuanto a TOCP, es coherente su presencia en tanto se asociaría con el EMT de Inhibición Emocional (N=21), que ha sido frecuente en la muestra y es propio de este TP. Además, la alta frecuencia del TOCP indicaría que esta población presenta características propias de este TP, y abre la posibilidad de indagar más profundamente sobre su frecuencia, causas y relación con los EMTs.

Respecto a los EMTs más frecuentes, los que han coincidido con la hipótesis inicial son: Desconfianza y Abuso y Entrampamiento. La alta frecuencia del EMT de Desconfianza y Abuso podría indicar un rasgo propio de esta población referido a la expectativa de que los demás los hieran o se aprovechen de ellos. El dominio en el que este esquema se clasifica es el de Desconexión y rechazo (Vílchez, 2009) que alude a ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad.

Por otro lado, la alta frecuencia del EMT Entrampamiento, mostraría que un rasgo usual de esta población es que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, lo que genera déficits en el logro de una identidad individual segura y diferenciada, al margen de los demás. El dominio en el que se incluye este EMT es el de Autonomía deteriorada, el cual alude a un ambiente infantil muy complicado y sobreprotector, que promueve la dependencia en las relaciones en la vida adulta, y la creencia de que carecen de las habilidades adecuadas para afrontar situaciones por ellos mismos(Vílchez, 2009). Esto podría asociarse con la tendencia de sujetos con pocos recursos socioeconómicos a la convivencia de la familia nuclear con miembros de la familia extensa en un mismo hogar, cuya proximidad física contribuiría a incrementar el sentimiento de apego y pertenencia, que disfuncionalmente puede llegar hasta un punto iatrogénico para el desarrollo individual.

Además, fuera de la hipótesis inicial, surgió el EMT de Abandono que, si bien no se presentó dentro de los más frecuentes, tuvo una presencia considerable (N=18). Este EMT refiere a la creencia de que los demás no pueden brindar un apoyo fiable y estable; y forma parte del mismo dominio que el EMT Desconfianza y Abuso: Autonomía deteriorada; lo que contribuiría a identificar una preponderancia de este dominio.

A partir de las implicancias de los EMTs más frecuentes, se pueden resumir características generales de esta población. En primer lugar, estas personas habrían crecido en ambientes con carencias, sobre todo de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad, y un alto grado de dependencia y falla en el proceso de individuación, manteniéndose apegados a personas significativas. Esta falta de individuación se asociaría también con otro de los EMTs presentes con mayor frecuencia: Autosacrificio.

El EMT Autosacrificio refiere a personas que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás. Si bien el autosacrificio, al requerir recursos para ayudar al otro, podría resultar contradictorio con el rasgo dependiente que sugiere el entrampamiento, encuentran su punto común en el hecho de que, el afán por satisfacer las necesidades de otros puede dirigirse exclusivamente a esos otros significativos, dejando de lado su desarrollo personal; llevando a una dinámica de retroalimentación donde se relegan a un segundo plano las necesidades personales y el desarrollo personal en pos de una "entrega" hacia sus vínculos más significativos.

El EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, era uno de los esperados en la hipótesis de trabajo inicial, dado que esta población está expuesta a mayores estresores y por ello a mayor riesgo a perdidas económicas y vulnerabilidad. Sin embargo, este EMT fue de los menos frecuentes. Al analizar los reactivos que componen este esquema ("me preocupa volverme un indigente o vago", "me preocupa ser atacado", "siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina" y "me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente" (Castrillón, D., et. al., 2005)) surge la hipótesis de que esta población estaría habituada a las pérdidas y despojo, y que el alerta no se activa ante los ítems económicos y de desposesión explorada por la escala, porque la realidad les indicaría que de una u otra forma han podido superar las adversidades y "salir adelante", y tales experiencias les genera la sensación de que lo seguirán haciendo.

La relación de estos EMTs hallados en esta población particular, sientan una base para profundizar el estudio de las características socioeconómicas de una población y su relación con el desarrollo de los EMTs.

Por último, en cuanto al análisis descriptivo, han sido coincidentes los EMTs y dominios postulados teóricamente con los TPs detectados. El TLP se ha asociado en investigaciones con el EMT de Desconfianza y Abuso (Ball, S. y Cecero, J. J. 2001) y Abandono (Jovev, M., Hon, B., y Jackson, J., 2004); el TNP coincide con el EMT de Desconfianza y Abuso, y el TOCP suele asociarse con Inhibición emocional y Estándares Inflexibles (Beck, A. y col., 2001) presentes también frecuentemente en la muestra.

El último objetivo se centró en la exploración de las relaciones de especificidad entre el TNP y los EMTs. Los resultados obtenidos del análisis estadístico inferencial, reflejan una relación significativa entre el TNP y los EMTs: Abandono, Privación Emocional, Insuficiente Autocontrol, Estándares Inflexibles I, Entrampamiento.

El EMT Abandono mostró una presencia significativa en los sujetos con TNP en contraste con aquellos sin el trastorno. Este EMT subyacería a la sensación de que las personas significativas no podrán proporcionar consistentemente apoyo emocional, vínculos o protección, por ser emocionalmente inestables, e indignos de confianza. Estas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas, que son quienes ellos consideran igualmente "especiales" a ellos. El contenido de este EMT sería consistente con la creencia de superioridad, y la desvalorización implícita de los demás, así como su actitud desdeñosa, características del narcisista (American Psychiatric Association, 1994). Además, en su visión sobre los demás, el narcisista los concibe como "inferiores" o "admiradores", pero rara vez dignos de confianza; por lo cual le es muy difícil encontrar en ellos un apoyo consistente (López Pell, A., Rondón, J. M., Cellerino, C., Alfano, S., 2005). Dentro de los ítems de la adaptación del YSQ que evalúan el EMT Abandono, el que más reflejaría estos rasgos narcisistas es el que cita: "me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran". Ello refleja la preocupación por ser superados en cualidades por alguien más, y que esto lleve a la pérdida de alguien a quien consideran tan "especial" como ellos. Esto coincide con una de las estrategias sobredesarrolladas para mantener la consistencia cognitiva acerca de su creencia de superioridad, que es la competencia constante para obtener experiencias que retroalimenten su sentido de valía personal superior a la de los demás (López Pell, et. al., 2005).

El EMT Privación Emocional también ha sido significativo en los sujetos con TNP sobre los que no poseen el trastorno. El contenido de este EMT refleja la creencia en que la persona no logrará sus necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección (Vílchez, 2009). La evaluación de este esquema contempla tres dimensiones de la privación: la privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), la privación de empatía (ausencia

de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y la privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía). La privación más congruente con las características narcisistas es la privación de empatía, evaluado por el ítem: "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." (Castrillón, D., et. al., 2005). La privación de empatía devendría en el la cognición narcisista de no ser comprendido y su dificultad para la apertura emocional, y la desconfianza interpersonal excesiva (López Pell, et. al., 2005). El EMT de Privación Emocional surge en ambientes infantiles carentes de amor incondicional y bajo un estilo de interacción frío, emocionalmente inhibido; que, al activarse, le genera al sujeto emociones de soledad y sensación de vacío interior y tristeza. Estas características son contempladas por el DSM IV en relación al TNP. Sin embargo, no es frecuente que el narcisista demuestre esos sentimientos negativos, ya que se valen de estrategias sobrecompensatorias – como demandar un trato especial -, o de evitación de situaciones que activen este esquema (Dieckmann, E. y Behary, W., 2015).

Otras características relacionadas con el contenido de este esquema son los criterios contemplados en el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) de necesidad constante de atención y admiración, la falta de consideración de las necesidades del otro, y dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás. La falta de empatía sería resultante de la carencia inicial de la misma en la vida temprana, lo cual evitaría que el sujeto interiorice la capacidad empática.

Tanto el EMT Abandono como Privación Emocional, se incluyen en el dominio de Desconexión y Rechazo, que refiere a individuos criados en ambientes con carencias de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad, lo cual los lleva a creer que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía. Un niño criado en un ambiente de estas características es más tendiente a desarrollar una autoestima es muy frágil. Cuando esta autoestima frágil se ve amenazada, puede activar esta creencia nuclear de ser inferior o irrelevante, desarrollando estrategias compensatorias de confirmación, de protección y de publicidad propias del narcisista (López Pell, *et. al.*, 2005; Dieckmann, E_. y Behary, W., 2015).

En cuanto a la significatividad del EMT Insuficiente Autocontrol en relación al TNP, se interpreta que los sujetos con TNP son impulsivos, tienen dificultad con la autodisciplina y suelen tener problemas para controlar sus emociones (Vílchez 2009). Esto resulta coincidente con las estrategias del narcisista para mantener la consistencia cognitiva acerca de que es especial, su necesidad de aprobación constante y sobre todo, sus aspiraciones al éxito y huida de emociones negativas que asocian con debilidad personal. Dentro de estas estrategias se incluye la utilización de los demás sin preocuparse por sus necesidades o emociones y, sobre todo, no respetar reglas que le representen un obstáculo para obtener satisfacción personal (López Pell, et. al., 2005). A modo de ejemplo, uno de los ítems de la YSQ que evalúa el EMT Insuficiente Autocontrol propone: "es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo". Este ítem reflejaría la impulsividad y el hedonismo del narcisista y su fuga hacia las acciones que desea, en las que es exitoso o que simplemente disfruta. El narcisista tiende a exagerar las implicaciones negativas de emociones como la tristeza, la duda, indecisión o culpa; ya que piensan que esos sentimientos son muestras de debilidad personal que van en detrimento con una imagen personal positiva. Al mismo tiempo, obvian los posibles riesgos asociados a la ira desenfrenada y a los elevados elogios hacia sí mismo (López Pell, A., et. al., 2005). Nuevamente, esto los lleva a enfatizar de forma exagerada e impulsiva aquellas conductas que le brinden una retroalimentación experiencial que refuercen las cogniciones positivas sobre sí mismos.

El EMT de Insuficiente Autocontrol se halla dentro del dominio Límites Inadecuados. Este dominio engloba a esquemas desarrollados bajo un estilo de crianza permisivo y excesivamente indulgente; que contribuiría a la instauración de la creencia de superioridad que en la vida adulta lleva a la carencia de autodisciplina y a un sentimiento de autoridad en las relaciones interpersonales, incluso hasta la insensibilidad frente a las necesidades y deseos de los demás. Estos rasgos se presentan en el narcisista desde los aspectos descriptos anteriormente; pero además contempla las estrategias de manipulación y falta de empatía.

Teniendo en cuenta las similitudes entre los rasgos de personalidad que surgen de los EMTs del dominio Límites Inadecuados (Vílchez, 2009), el EMT Derecho y

Grandiosidad, incluido en este dominio junto con Insuficiente Autocontrol, fue hipotetizado como principal EMT significativo para el TNP en esta población. Sin embargo, el análisis estadístico no arrojó resultados significativos para el EMT Derecho y Grandiosidad en los sujetos con TNP en comparación con los que no tienen este trastorno. Esta ausencia de significatividad entre el EMT Derecho y Grandiosidad en el TNP fue contrario a lo planteado teóricamente, acerca de que son personas que están en la búsqueda constante de respeto y de lo que consideran que tienen derecho, y que se esfuerzan por obtener o mantener un buen status social (Londoño, N., *et. al.*, 2007). Young y Klosko (2001) refieren que el perfil narcisista expone patrones habituales de grandiosidad, sin considerar las necesidades de los otros y que satisfacen sus propias necesidades, pudiendo abusar, humillar o ser exigentes con las personas que lo rodean. En base a estas teorizaciones, se esperaba una relación significativa del EMT Derecho y Grandiosidad con el TNP.

Al mismo tiempo, el esquema Derecho y Grandiosidad fue de los menos frecuentes a nivel muestral. A partir de esto se abrió la interrogante de si su ausencia estaría asociada a una variable social, como el nivel socioeconómico; o si deriva de una inadecuación de las consignas del YSQ-L2 que evalúan este esquema con esta población.

Otro de los EMTs significativos fue Estándares Inflexibles I, hallazgo del cual se desprende que los sujetos con TNP presentan la creencia de que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica. Si bien el narcisista suele presentar conductas impulsivas que lo llevan a saltarse normas para obtener satisfacciones, su frágil autoestima subyacente lo lleva a la necesidad de búsqueda constante de aprobación y confirmación de los demás. Esto se refleja concretamente en la solicitud de halagos constantes y su actitud condescendiente hacia los demás, que le permitan conservar su fachada de perfección (Londoño, N., et. al., 2007). La significatividad del EMT EI- I, también refleja un intento por regular el sentido de sí mismo, en la medida en que este esquema es experimentado como un excesivo cuestionamiento de sí mismo y de los demás tendiente a la perfección, al poder o al éxito que, de no cumplirse, resulta en una disminución del placer, salud, autoestima, sentido de méritos y satisfacción en las relaciones interpersonales (Young,

1999). De ahí que el narcisista trate de cambiar su comportamiento para ser congruente con las expectativas ambientales o sociales, para ser aprobados y evitar el rechazo.

El último EMT significativo para los sujetos con TNP fue Entrampamiento. Este esquema no se contempló en la hipótesis dado que no suele asociarse con el perfil cognitivo del narcisista. Sin embargo, el EMT Entrampamiento se ubica dentro de los más frecuentes (N=22) en la muestra total. En función a esto, surge la necesidad de profundizar esta relación en futuras investigaciones, para definir cómo se relaciona el contenido del esquema de Entrampamiento con el TNP en esta población específica.

Futuras líneas de investigación

El modelo Integrativo de Young es uno de los modelos cognitivos más recientes y se encuentra en un proceso creciente de estudio y aplicación. Su innovación se ubica en su carácter integrador y ecléctico, al utilizar distintas técnicas terapéuticas y provenientes de distintos abordajes.

El mérito esencial de la propuesta de Young es la asociación entre los patrones de vida adulta y su origen en la vida infantil de las personas; ya que clásicamente los abordajes cognitivos trabajan sobre los esquemas disfuncionales, su contenido y funcionamiento actual. En cambio, la Terapia Centrada en los Esquemas de Young le da una perspectiva más histórica a su concepción de esquema, proponiendo el concepto de Esquema Maladaptativo Temprano.

Conocer cuáles son los EMTs prevalentes en una población, cuáles son los TPs de la misma, y cómo se relacionan estas dos variables, brindaría una base de datos útil para desarrollar nuevos dispositivos de prevención y tratamiento más efectivos.

Aunque teóricamente, las asociaciones entre TPs y EMTs han sido propuestas tentativamente por Beck y Young (Beck y Beck, 1991, Young, 1999), no existe un volumen consistente de estudios empíricos que examinen específicamente las relaciones entre TPs y el contenido de los EMTs propuestos por Young. Como se ha mencionado inicialmente en este trabajo, la búsqueda de literatura en buscadores como PubMed, Medline, SCielo, ProQuest y EBSCO, usando como términos de

búsqueda: Young, esquemas maladaptativos tempranos, teoría de los esquemas, y trastornos de la personalidad; ha arrojado pocos estudios enfocados en su relación con TPs específicos, la mayor parte de los estudios fueron centrados en el trastorno Límite; y la mayoría orientó su muestra a población universitaria.

Este estudio es un abordaje inicial a esta población particular, de bajos recursos socioeconómicos, sobre la cual no existe una casuística consistente, sobre todo considerando que la mayoría de las investigaciones son de origen anglosajón, que posee características sociales y económicas diferentes a la población latina.

Si bien se encontró una investigación que asocia los EMTs y TPs con la variable de nivel socioeconómico (Rodríguez-Pellejero, *et. al.*, 2017), el nivel económico que tomaba no fue coincidente con la muestra de este estudio, ya que se trataba de una muestra de *homeless*, es decir en estado de marginalidad social. Por este motivo no se han podido contrastar los resultados con otro estudio empírico que evalúe la variable de nivel socioeconómico.

Es importante advertir que tomar el bajo nivel socioeconómico como criterio de selección para la muestra no se trata de dar al mismo el carácter de "trastorno mental", sino de facilitar la adaptación de los diagnósticos, tratamientos y recursos a un colectivo con necesidad de apoyos particulares.

En base a los resultados obtenidos surgieron distintas interrogantes que sería necesario abordar en futuros estudios empíricos para refinar los datos y asociaciones entre los EMTs y el TNP.

Por un lado, una de las limitaciones de esta investigación fue el bajo número de la muestra. A futuro, se deberá replicar el diseño de este estudio con una muestra mayor, para poder realizar un análisis estadístico con correcciones múltiples y obtener relaciones estadísticamente significativas de una muestra representativa de la población estudiada.

Por otro lado, se abre la posibilidad de estudiar la interacción de los EMTs y su distribución en diferentes estratos socioeconómicos, lo cual nos permitiría contrastar resultados obtenidos en poblaciones con distintas características socioeconómicas. Esto permitiría comenzar a definir posibles variaciones de los EMTs en función de la

variable socioeconómica, para indagar si esta variable social incide y de qué manera sobre la presencia de los EMTs.

Dentro de las limitaciones de este estudio, podría mencionarse además la carencia de una muestra control sin patología del Eje 2, que permita realizar comparaciones estadísticas más consistentes en lo referido a la asociación de los EMTs con el TPN.

Por otra parte, a posteriori se pueden realizar estudios que incluyan técnicas que permitan evaluar la intensidad de los TPs y de los EMTs, para un análisis sobre la relación entre la intensidad de la activación de los EMTs y la severidad de los TPs.

Finalmente, a partir de los resultados descriptivos, se ha observado la alta frecuencia de aparición del EMT Autosacrificio. En base a esta observación se desprende la pregunta acerca de si este hecho podría asociarse a una característica general de la muestra referente a la edad y la etapa vital que atraviesan, ya que en su mayoría, las participantes de la investigación fueron madres con niños pequeños, por lo que el contenido del EMT Autosacrificio referente al descuido las propias necesidades para evitar dolor a los demás, sería concordante con la actitud típicamente materna de dedicación cuasi exclusiva a las necesidades de su hijo.

En síntesis, los resultados de este estudio piloto aportan datos que apoyan la presencia de EMTs específicos para el TNP, siendo algunos de los resultados obtenidos coincidentes con los postulados teóricos. Sin embargo, los datos deben ser tomados con precaución, ya que se trata de un estudio piloto.

Es importante continuar desarrollando estudios que provean validez empírica a un modelo que brinda un enfoque novedoso e integrativo frente a patologías generalmente resistentes como los trastornos crónicos del Eje I y los propios del Eje II, para resignificar el valor de los esquemas tempranos. Como plantean Dieckmann y Behary (2015), en el caso de TNP, la etiología y el tratamiento de suelen basarse meramente en observaciones clínicas y análisis de casos. Hay escasos estudios que enfocados solamente en pacientes narcisistas, ya que la mayoría de las muestras de pacientes son muy variadas y es más probable que, en los estudios, los trastornos de personalidad se consideren únicamente como condiciones que complican la

enfermedad. Por estas razones se enfatiza la necesidad de acción investigativa en este campo.

9. Conclusión:

En síntesis, los resultados de este estudio piloto, indican que los EMTs asociados al TNP que han sido coincidentes con la hipótesis y en línea con los postulados teóricos son: *Abandono*, que subyacería a la sensación de que las personas significativas no podrán proporcionar consistentemente apoyo emocional, vínculos o protección, por ser emocionalmente inestables, e indignos de confianza; *Insuficiente Autocontrol*, asociado a la impulsividad para obtener gratificaciones y evitar el dolor propia del TPN; *Privación Emocional*, ligado con el sentimiento de no ser comprendido y la dificultad para la apertura emocional.

Se hallaron por fuera de la hipótesis inicial, diferencias significativas para los sujetos con TNP en los EMTs: *Estándares Inflexibles I*, que alude a la necesidad del narcisista de ser congruente con las expectativas ambientales o sociales, para ser aprobados y evitar el rechazo; y *Entrampamiento*, cuya relación con el narcisismo no pudo definirse consistentemente ya que desde la teoría no suele incluirse en el perfil cognitivo de este trastorno.

Por último, no se halló la relación significativa esperada con el EMT Derecho/Grandiosidad, siendo de los menos frecuentes a nivel general y abriendo el interrogante de si su ausencia estaría asociada a una variable social, como el nivel socioeconómico; o a una inadecuación de las consignas del YSQ-L2 que evalúan este esquema con esta población particular.

Desde el modelo integrativo de Young se brinda una comprensión más profunda de los TP, situando sus bases en los EMT que subyacen y se desarrollan hacia la vida adulta como patrones desadaptativos de experiencia interna y de comportamiento. La combinación de los EMT activados en el TNP descriptos anteriormente, en línea con la teoría, reflejan la tendencia del TNP a la vulnerabilidad emocional en respuesta a heridas narcisistas, aunque no manifiestan directamente estas emociones; sino que, en contraste, adoptan estrategias conductuales para compensar la frágil autoestima que

subyace (Dieckmann, E., 2015). Actualmente, a la luz de su mayor prevalencia, cobra relevancia el estudio empírico del TNP dentro de un marco teórico integrativo que sustente y ofrezca métodos terapéuticos más adecuados y eficaces.

A futuro se espera replicar esta investigación con un número muestral mayor para establecer resultados estadísticos más consistentes y continuar profundizando las relaciones existentes entre los EMTs y el TNP en esta población.

10. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, (1994). Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales, DSM IV. P. 649.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., y Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *12*(4), 268-279. doi: 10.1080/13651500802095004.
- Ball, S. A. y Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders.*, *15*(1), 72–83.
- Beck, A. T., y Beck, J. S. (1991). The personality belief questionnaire. *Unpublished* assessment instrument. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., Freeman A. y Davis, D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.* Barcelona, España: Ed.: Paidós. P.34.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., y Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior Research & Therapy.*, *39*(10), 1213–1225.
- Butler, A., (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, vol. 40.* doi: 10.1016/S0005-7967(02)00031-1.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., H Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., y Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form: (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37(3), 541-560.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. *I. Caro (Comp.). Manual de Psicoterapias Cognitivas*, 119-127. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Cordero, S., Tiscornia, M. (s.f.). Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto.

- Dieckmann, E.y Behary, W. (2015). Terapia de los Esquemas: un enfoque para tratar el trastorno de personalidad narcisista. *Fortschr Neurol Psychiatr*, (83)(08), 463-478. doi: 10.1055 / s-0035-1553484.
- Feixas, G., Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos picológicos. Barcelona, España: Ed. Paidós Ibérica. Pp.214-215.
- Jovev, M., Hon, B., Jackson, H. (2004). Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. *Journal of Personality Disorders*, vol. 18, 467-478.
- Kellogg, S. H., y Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240.
- Londoño, N. H., Maestre, K., Schnitter, M., Castrillón, D., Ferrer, A., & Chavez, L. (2007). Validación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 138-162.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., y Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *12*(2), 142-149. doi: 10.1002/cpp.430.
- Oros, L., (2009). El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology,* Vol. n° 43, Num. 2 pp. 288-296.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., y Young, J. E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. East Sussex: Routledge.
- Riso, W., (2008). Terapia conitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Ed. Paidós Ibérica, vol. nº 1., España. Pp. 80 -81, 85, 89.
- Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L. y Hernández, D., (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. nº 22, 197-206. España. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18848.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, *12*(1), 68–75.

- Shorey R. C., Anderson S. y Stuart G. L., (2014). The Relation Between Antisocial and Borderline Personality Symptoms and Early Maladaptive Schemas in a Treatment Seeking Sample of Male Substance Users. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 341–351. Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). doi: 10.1002/cpp.1843.
- Specht, M. Chapman, A. Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. no. 40, 256–264. doi:10.1016/j.jbtep.2008.12.005
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Thiel1, N., Tuschen-Caffier B., Herbst N., Külz1 A., Nissen C., Hertenstein E., Gross E. y Voderholzer U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. BMC Psychiatry. doi 10.1186/s12888-014 0362-0.
- Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf
- Young, J. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. (3 ed.). FL: *Professional Resource Press.* Sarasota, Young, J. E., & Klosko, J. S. (2001). *Reinventa tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Grupo Planeta (GBS).
- Young. J, Klosko. J y M. Weishaar, (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guildford Press.

11. Apéndices