

UNIVERSIDAD  
**AUSTRAL**



**Facultad de Ciencias Biomédicas**

---

Trabajo de Integración Final  
Licenciatura en Psicología  
5° Año

**“Cogniciones disfuncionales en una población de sujetos femeninos con  
bajos recursos socioeconómicos y con Patología Límite de  
Personalidad”**

Alumna: Milagros Molina Cortes Funes

Supervisora titular: Lic. Marcela Spinetto

Supervisores ayudantes: Lic. Nicolás Cepeda y Lic. Fernanda Robles

Coordinadora de TIF y PPS en Investigación: Dra. Lucía Alba Ferrara

Fecha de Entrega: 28/11/ 2018

## ÍNDICE

RESUMEN:	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	4
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS	18
METODOLOGÍA	18
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	25
Referencias	29

## RESUMEN:

**Introducción:** El presente estudio piloto, fue diseñado para adquirir una mejor comprensión de la relación entre los Esquemas Maladaptativos tempranos propuesto por J. Young y los Trastornos de Personalidad descritos por el DSM IV. **Objetivos:** Explorar los Trastornos de Personalidad (TP) y los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) en una muestra de 40 mujeres de bajos recursos socioeconómicos para generar datos sobre esta población específica. Establecer la relación entre el TP Límite y los EMT, para contrastarlos con la evidencia existente. **Metodología:** Diseño: no experimental, exploratorio de corte transversal. Los instrumentos administrados: Cuestionario de Esquemas Cognitivos YSQ-L2, para evaluar EMT; Cuestionario de Personalidad SCID II, para los TP. El cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 para el índice de Nivel Socioeconómico. Procedimientos: análisis descriptivo general para la distribución de frecuencia de los TP y EMT. Análisis estadístico Prueba T para Variables Independientes, para la relación entre TLP (factor) y EMT (variable dependiente). **Resultados:** En el TLP Se encontró una diferencia significativa en el esquema Abandono  $T_{(38)} = -2,550$ ,  $p < .05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 75.00$ ,  $\sigma = 28.51$ ) y aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 47.66$ ,  $\sigma = 36.69$ ). También en los esquemas Desconfianza/abuso  $T_{(38)} = -2,656$ ,  $p < .05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x} = 83.10$ ,  $\sigma = 21.83$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x} = 60.16$ ,  $\sigma = 31.53$ ); Privación Emocional  $T_{(38)} = -2,413$ ,  $p < .05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x} = 58.42$ ,  $\sigma = 33.89$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x} = 30.41$ ,  $\sigma = 33.03$ ). Inhibición Emocional  $T_{(38)} = -2,279$ ,  $p < .05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x} = 75.78$ ,  $\sigma = 33.37$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x} = 46.75$ ,  $\sigma = 44.43$ ). **Conclusiones:** Los esquemas *abandono* y *desconfianza/abuso*, coincidieron con la hipótesis planteada. Estos EMT propios de personas incapaces de establecer vínculos sólidos y satisfactorios; se corresponden con el patrón de relaciones interpersonales inestables del TLP. El EMT *Insuficiente autocontrol* ligado a la impulsividad característica del TLP, no puntuó significativo. Por otro lado, hubo relación significativa con los esquemas *Privación emocional* e *Inhibición emocional*. Sería interesante indagar si estas disidencias podrían deberse a la variable nivel socioeconómico. **Palabras clave:** Esquemas Maladaptativos tempranos, Trastorno de Personalidad, nivel socioeconómico bajo.

## **INTRODUCCIÓN**

La terapia de los esquemas, es un modelo integrativo, que combina aportes cognitivos, conductuales, constructivistas, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas /existenciales (Young, 1999; 2003). El presente estudio piloto, fue diseñado con el objetivo de explorar la frecuencia de los Trastornos de Personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos en sujetos femeninos de bajos recursos socioeconómicos, para generar datos específicos de esta población. Además se analizó la relación entre el Trastorno Límite de personalidad descrito en el DSM IV (testeados por medio de la escala SCID II) y los Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por J. Young.

Siguiendo los aportes teóricos y características propias de los TP, se partió de la hipótesis que esperó encontrar puntuación elevada en las escalas de personalidad del SCID-II: Límite y Paranoide. En esta misma línea, se hipotetizó que los EMTs más frecuentes activados fueran: Desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y entrapamiento. A su vez, se postuló la relación entre el *Trastorno Límite de Personalidad* y los EMTs: *Abandono, Desconfianza y abuso e insuficiente autocontrol*.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Cogniciones Disfuncionales**

Las cogniciones Disfuncionales son sesgos en la forma de evaluar y procesar la información. Dentro del marco Cognitivo se afirma que el sujeto construye esquemas en su aparato mental en relación al mundo, a sí mismo y a los vínculos (Beck, y Freeman, 1990): estos esquemas son idiosincráticos (ego sintónico) y proactivos (sesgan las puertas de entrada de información al aparato mental) (Feixas, 1993). Es decir, generan cosmovisiones sobre sí mismo y condicionan no sólo el pensar, sino también el sentir y el actuar (cognición tripartita). Por ejemplo frente algo tan sencillo como el notar que alguien posó su mirada en nosotros: una persona con un Trastorno Paranoide de la Personalidad pensará que lo miran para dañarlo o con intencionalidad adversa y se pondrá suspicaz. Una persona Histriónica pensará que es mirada por ser irresistible y sonreirá seductoramente; un sujeto con un Trastorno Fóbico de la Personalidad, se esconderá de esa mirada por temor a tener que interactuar con la persona que lo observa y evitando que

ésta se acerque. Una persona que padece un Trastorno Antisocial de la Personalidad, increpará a quien lo mira con un posible gesto agresivo u obsceno. Por último un sujeto con Trastorno de la Personalidad Depresivo pensará que él no es el objeto de esa mirada ya que no es digno de ser querido y observado.

Estas creencias o cogniciones que forman parte de esquemas mentales cognitivos se presentan como funcionales o disfuncionales. En el primer caso, pueden ser flexibles, acomodarse, generar guiones afectivos y conductuales adaptativos. En el segundo caso, pueden llegar a tornarse rígidas, tener un alto contenido emocional y no dar lugar al alternativismo constructivo. Si todo esto último sucede, será la puerta de entrada a la gestión de diversos Trastornos de Personalidad (Beck, et al., 1979).

Autores como Beck, et al., (1979), subrayan la importancia de la detección y tratamiento de las cogniciones disfuncionales y señalan a su vez, la estrecha relación que éstas mantienen con el origen y sostenimiento de los diversos Trastornos de Personalidad. Esta idea será respaldada posteriormente por J. Young (1990), en su Terapia de los Esquemas.

En el campo de la Terapia Cognitiva, el concepto de esquemas tiene un papel central. En el modelo cognitivo de la depresión de A. Beck, se utiliza por primera vez de forma explícita este concepto y lo describe a partir de tres elementos centrales: la tríada cognitiva (visión negativa del propio individuo, del mundo y su futuro), la organización estructural del pensamiento depresivo y los errores en el procesamiento de la información. (Beck, et al., 1979)

En su trabajo con la estructura de pensamiento del trastorno depresivo de la personalidad, Beck reformula el concepto de esquemas, hasta definirlos como estructuras representacionales de conocimientos y experiencias anteriores, más o menos estables. Según el autor, estos esquemas guían la búsqueda, recuperación, codificación, organización y almacenaje de la información. (Beck, 1979)

A partir de la noción antes expuesta, el modelo cognitivo explica los trastornos psicopatológicos en términos de esquemas desadaptativos idiosincráticos. Éstos, a partir de la activación de circunstancias relevantes del ambiente dominan la estructura con la que se procesa información (Clark & Beck, 1997). Siguiendo este lineamiento, el

concepto de esquemas se vuelve central en la manera de pensar los trastornos psicopatológicos en el modelo cognitivo (Castrillón, 2005)

### **Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)**

El modelo de Young, refiere a las cogniciones disfuncionales a partir del concepto de **Esquemas Maladaptativos Tempranos**. Este es el principal aporte de la Terapia de los Esquemas para el abordaje clínico. Los EMTs se definen como amplios patrones rígidos y duraderos, que se desarrollan durante la infancia y se elaboran durante la vida. Comprometen de manera disfuncional las sensaciones corporales, emociones, cogniciones y recuerdos que el sujeto posee acerca de sí mismo y acerca de sus relaciones con otros (Young, 1990)

Estas estructuras psíquicas y maneras de procesar la información presentan dos operaciones básicas: la perpetuación y la curación del esquema. El primero, refiere a todo lo que el sujeto hace conductualmente o internamente para mantener y reforzar el funcionamiento del patrón. El segundo, implica disminuir la intensidad de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones. Por tanto, la curación del esquema supone también un cambio conductual ya que se reemplaza los estilos de afrontamiento desadaptativos por otros más adaptativos (Vílchez, 2009)

La perpetuación posee 3 mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas, los patrones vitales auto derrotistas y los estilos de afrontamientos de esquemas. Mediante las distorsiones cognitivas los individuos perciben de forma equivocada las situaciones, acentuando la información que confirma el esquema y minimizando o negando cualquier información que lo contradiga; es así como el esquema se perpetúa y refuerza. Un individuo puede bloquear las emociones conectadas con un EMT de forma bastante efectiva: Al bloquear el afecto, el esquema no alcanza el nivel de conciencia de manera tal que la persona no puede hacer nada por cambiarlo o por modificarlo. Por otro lado, a partir de los patrones vitales el sujeto de manera inconsciente selecciona patrones equivocados, evitando situaciones interpersonales que faciliten la cura o modificación del esquema. Por último, los estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas, son conductas disparadas por los esquemas (por estar compuestos de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones). En suma, al primar estos esquemas de forma implícita, el sujeto actúa e interactúa con poco registro de sus sesgos cognitivos y estos

esquemas moldean o condicionan el despliegue de los rasgos y posibles Trastornos de Personalidad (Vílchez, 2009)

Para cambiar los esquemas disfuncionales, el paciente tiene que afrontarlos, identificar aquellos que le están causando problemas y trabajar arduamente y de forma continua para poder modificarlos (Agudelo-Velez, 2009). Young (1990), ha propuesto una clasificación que incluye 18 EMT, agrupados en cinco dominios o dimensiones:

1. El dominio Desconexión y Rechazo: agrupa los EMT de Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Vergüenza y Aislamiento Social/Alienación.
2. El dominio Pobre autonomía y Desempeño: agrupa los EMT de Dependencia/Incompetencia. Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad, Identidad no desarrollada/Yo inmaduro (o Apego) y Fracaso.
3. El dominio Límites insuficientes: agrupa los EMT de Grandiosidad y de Insuficiente Autocontrol/ Insuficiente Autodisciplina.
4. El dominio Orientación hacia los otros: agrupa los EMT de Subyugación. Auto sacrificio y Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento.
5. El dominio Hipervigilancia e Inhibición: agrupa los EMT de Negativismo/Pesimismo, Inhibición emocional, Reglas Implacables/Hiper crítica y Castigo.

El cuestionario de los esquemas de Young, (Young's Schema Questionnaire, YSQ) fue desarrollado en 1990, para identificar los EMTs mencionados anteriormente. Ésta primera versión, no fue sometido a estudios estadísticos sino que se fundamentó únicamente en su propuesta teórica. Ésta permitía detectar cinco dimensiones y 16 esquemas maladaptativos tempranos. (Castrillón, 2005)

Luego, Young, et al., realizaron revisiones teóricas de los EMTs y sus dimensiones que dieron lugar a diferentes versiones del Cuestionario. Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995) realizaron uno de los estudios más relevantes para la validación del Cuestionario de Esquemas de Young. Esta investigación probó la validez del constructo (EMTs) y evidenció la predictibilidad significativa de las subescalas de distrés,

depresión y ansiedad. Seguidamente, se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento a partir del estudio de Lee, et al., (1999). Posteriormente en un estudio realizado por Schmidt y cols. (1995), se mostró la consistencia interna y la estructura factorial estable del Cuestionario de Esquemas de Young, en las distintas culturas y en los diversos grados de psicopatología de los pacientes (Eje I y II). (Cordero & Tiscornia, s.f )

**El Cuestionario de Esquemas de J. Young** (Castillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter y Marin, 2007) –YSQ –L2 evalúa once factores o esquemas:

1. *Abandono (ítems 5-11)*, hace referencia a la creencia del sujeto de que las personas significativas son emocionalmente inestables e impredecibles. Las demás personas son indignos de confianza para brindar vínculos, apoyo emocional o protección. Manifiesta la preocupación y temor del abandono por parte de personas significativas. (Young, 1999). En diferentes trastornos psicopatológicos, entre los que se destacan la depresión (Clark & Beck, 1997; Stopa & Waters, 2005), la ansiedad social, los trastornos de la alimentación (Hinrichsen, Waller & Emanuelli, 2004) y el trastorno límite de la personalidad (Jovev & Jackson, 2004); el esquema de abandono ha sido considerado como un factor de vulnerabilidad.
2. *Insuficiente autocontrol (ítems 40-45)* hace referencia a la dificultad extendida del sujeto para controlar y regular las emociones e impulsos. También es coherente con la poca disciplina y perseverancia empleada para alcanzar metas y realizar tareas. Se expresa en un énfasis exagerado de evasión del dolor, la incomodidad, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad. Según Waller, Ohanian, Meyer y Osman, en el estudio realizado en personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, aparece este esquema como uno de los asociados al trastorno (2000).
3. *Desconfianza y abuso (ítems 12-16)* hace referencia a la creencia central de desconfianza en las demás personas por sospecha de deshonestidad o intenciones ocultas. El sujeto percibe que las demás personas le infringirán daño, lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de sus mentiras, engaños, humillaciones, o abusos. Puede implicar también la



sensación de que la persona siempre es engañada o recibe la peor parte y la experiencia de daño como intencional o que el resultado es una negligencia extrema injustificada.

4. *Privación emocional (ítems 1-4)* hace referencia no tanto en la intención o el acto de abandono de las personas comprometidas emocionalmente con la persona, sino a la inconsistencia afectiva de los demás hacia el sujeto. Este esquema está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los demás. La privación emocional contempla tres dimensiones: privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), privación de empatía (ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía). Los reactivos que emergieron, como se puede observar, recogen las tres dimensiones de privación propuestas por Young (1999). La privación emocional se considera un factor de vulnerabilidad en el estado de ánimo deprimido, al igual que el esquema de abandono (Stopa & Waters, 2005)
5. *Vulnerabilidad al daño o enfermedad (ítems 17-20)*, hace referencia a la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Éstas pueden ser: catástrofes médicas (por ejemplo, ataques cardíacos, cáncer, SIDA), catástrofes emocionales (por ejemplo, volverse loco, indigente o perder el control) y catástrofes externas (por ejemplo, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos, etc.). También pone énfasis a preocupaciones económicas (dificultad para acceder al recurso económico o el temor por perder la estabilidad financiera) y en la preocupación por sufrir daño por ataques de otras personas.
6. *Autosacrificio (ítems 23-26)* hace referencia al esfuerzo excesivo y voluntario en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción. Las conductas como evitar causar dolor a los demás, sentirse egoísta y culpable por ello o mantener la vinculación con aquellas personas que se perciben necesarias; son características de las personas con esta creencia. En consecuencia, posee la sensación de que las propias necesidades no son satisfechas adecuadamente, por relegarlas en pos de aquellos que tiene bajo su cuidado.

7. Estándares inflexibles I (ítems 33-36) refiere a los efectos colaterales de las personas autoexigentes que pueden implicar problemas de salud, dificultades en las relaciones interpersonales y sacrificio del placer y la felicidad. También se observa la presencia de juicios excesivos, severos como posición frente a la autoexigencia.
8. Estándares inflexibles II (ítems 30-32) hace referencia al esquema donde el sujeto pretende brindar siempre el máximo rendimiento sin importar, a veces, si sobrepasa sus propios límites o capacidades. A diferencia de Estándares Inflexibles I, implica presencia de autoexigencia y perfeccionismo sin aludir a ninguna consecuencia negativa.

En términos generales, el esquema estándares inflexibles indica creencias relacionadas con esfuerzo excesivo de parte de la persona para lograr metas demasiado altas de conducta y desempeño, dirigidas generalmente a evitar la crítica. Esta creencia genera sentimientos de presión y aceleración en el ritmo de vida, provoca una actitud hipercrítica hacia sí mismo y los demás. Se manifiesta en dificultades para alcanzar el placer, la autoestima, la sensación de logro, la diversión, la salud y/o relaciones interpersonales satisfactorias. Este esquema se expresa en un perfeccionismo entendido como atención desmedida a los detalles, búsqueda indefinida de mejora en las cosas, lo que provoca en muchos casos, ineficiencia en la persona. Se manifiesta también en reglas rígidas y obligaciones autoimpuestas o irreales en muchas áreas de la vida como altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos, preocupaciones por el tiempo, la planificación y la eficiencia para poder alcanzar los estándares propuestos. En diferentes investigaciones revisadas, estas características han estado asociados con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (Jovev & Jackson, 2004).

9. *Inhibición emocional* (ítems 27-29) Alude a el control excesivo y la falta de expresión sobre emociones y conductas que habitualmente interfieren en la comunicación espontánea, por temor a la crítica y reprobación de otros. . Por temor y vergüenza a la pérdida de control de impulsos las personas suelen experimentar interrupciones en sus respuestas. a La ira, la agresión, la inhibición de los impulsos positivos (el disfrute, afecto, juego excitación sexual, etc) son las áreas más comunes de inhibición. En definitiva este

esquema se caracteriza por la dificultad para comunicar libremente sentimientos, vulnerabilidad y necesidades propias. El sujeto presenta una sobrevaloración de la racionalización por sobre las emociones.

El estudio de Waller, Ohanian, Meyer y Osman (2000), encontró que la presencia de la creencia de inhibición emocional presentaba relación con la severidad entre el grupo de bulímicas purgativas y no purgativas. Así mismo, Jovev & Jackson (2004) encontraron que la inhibición emocional estaba asociada con la personalidad por evitación. Aspecto que concuerda con la sintomatología del trastorno.

10. *Derecho/ Grandiosidad (ítems 37-39)* Refiere al esquema de superioridad y experiencia de elevada autovaloración en desmedro de las necesidades de los demás. La persona cree que posee derechos y privilegios especiales que lo eximen de la reglas de reciprocidad. Considera que puede poseer lo que desee, sin tener en cuenta límites reales. Busca conseguir poder y control sin importar las implicancias que ello tenga. La competitividad excesiva, la dominación sobre los demás, la manipulación y la falta de empatía, son algunos de los aspectos más notorios de este esquema.
11. *Entrampamiento (ítems 21-22)* Se refiere a la falta de diferenciación de personas significativas (principalmente sus padres) y la necesidad de involucrarlos en la propia vida. No hacerlo, despierta emociones negativas de culpa o traición. También puede incluir sentimientos de fusión con otros o un sentido insuficiente de la individualidad. Habitualmente manifiestan un sentimiento de vacío, que en casos extremos puede cuestionar la propia existencia.

En búsqueda de incrementar la eficiencia clínica en los trastornos de personalidad, la Terapia de los Esquema de J.Young, parte de la conjugación entre la efectividad del modelo de la terapia de Beck y la necesidad de completar y mejorar el abordaje terapéutico que se les brinda a los pacientes que poseen Trastornos de Personalidad (Castrillón, 2005)

## **Trastornos de Personalidad**

Según el DSM- IV el TP es definido como “*Un patrón estable de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la*

*cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (2002 p.645)*

El DSM-IV- TR (2000) pretende brindar una clasificación diagnóstica atórica, es decir, sin ninguna teoría subyacente en su elaboración. Este manual procura evitar cualquier formulación teórica en la organización de los trastornos y de la psicopatología subyacente. *El enfoque diagnóstico utilizado en este manual, representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad constituyen síndromes clínicos cualitativamente distintos* (DSM-IV-TR, 2002, p.649). Estos son evaluados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-III (SCID-II). (García Ferrara y Deus, 2010)

De modo específico, el **Trastorno Límite de Personalidad** es definido como *Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos* (DSM- IV- TR, 2002, p. 666).

El TLP se diagnostica a partir de cinco (o más) de los siguientes criterios: en primer lugar, los esfuerzos frenéticos que realiza el sujeto para evitar un abandono real o imaginado. (No se deben incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5). En segundo lugar, poseer un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. En tercer lugar, presentar una alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. En cuarto lugar, manifestar impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo como por ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida (No se deben incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5). En quinto lugar, tener comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. En sexto lugar, presentar inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). En séptimo lugar, experimentar sentimientos crónicos de vacío. En octavo lugar, manifestar una ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej.,

muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). Finalmente, presentar ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (DSM- IV- TR, 2002).

El diagnóstico de TLP en la población general, es de alrededor del 2% y aproximadamente del 10% entre los pacientes asistidos en los centros de salud mental de manera ambulatoria. En las poblaciones clínicas con TP, el diagnóstico del TLP, se sitúa entre el 30 y el 60 %. A su vez, representan el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados. Existe una mayor prevalencia de este trastorno en mujeres (alrededor del 75%) (DSM- IV- TR, 2002).

El curso del TLP refiere principalmente a una inestabilidad crónica al comienzo de la edad adulta. Se combina con episodios caracterizados por de grave descontrol afectivo e impulsivo. Los niveles de utilización de los recursos de salud mental y general, son altos. El riesgo suicida y el deterioro que produce el trastorno, son más elevados en los primeros años de la adultez y luego desaparecen paulatinamente con la edad. Un gran número de sujetos con este TP alcanzan mayor estabilidad en sus relaciones y actividades profesionales a lo largo de la cuarta y quinta década. Por último, en cuanto al patrón familiar, cabe destacar una frecuencia del TLP cinco veces mayor en sujetos que poseen familiares de primer grado con TLP en comparación a la población general (DSM- IV- TR, 2002).

### **Trastornos de Personalidad y EMTs**

En las revisiones bibliográficas realizadas, se identificaron escasos estudios empíricos que estudien la relación entre TP y EMTs. Algunas de las investigaciones más relevantes para el sustento de este estudio fueron: Arntz, et al., (1999) quienes indagaron sobre la influencia de patrones cognitivos en sujetos con TP. Los datos obtenidos mostraron la especificidad de los esquemas cognitivos, medidos por el Personality Disorder Beliefs Questionnaire (Dreessen & Arntz, 1995). Encontraron que los esquemas cognitivos activados en personas con TLP, difirieron considerablemente en comparación a aquellas personas diagnosticadas con TP del grupo C.

Siguiendo esta línea de investigación, Beck y cols. (2001) evaluaron en una población de pacientes psiquiátricos la asociación entre las creencias disfuncionales en cinco TP. Los resultados obtenidos, dieron cuenta de la presencia de una relación

significativa entre las creencias disfuncionales (Personality Belief Questionnaire; Beck, 1990) y los TP (SCID-II).

Por otro lado, Petrocelli, et al., (2001) evaluaron los EMTs a partir del CEY (versión abreviada) y los TP según el MCMI-II en una población clínica de ambos sexos. Los resultados constataron el objetivo propuesto. Se identificó una relación entre las características de los TP investigados y los EMTs.

Otro estudio de Petrocelli, et al., (2001), realizado en una población clínica ambulatoria, evidenció la asociación entre EMTs (CEY, Versión Breve) como variables mediacionales entre la personalidad autodestructiva (MCMI-II) y la depresión clínica (BDI y SCL-90-R). Los resultados mostraron que los EMTs Abandono e Imperfección estaban relacionados con la predicción de la depresión en los pacientes de la muestra. De este modo, los autores explican la relevancia preventiva que podría devenir de las investigaciones de los esquemas como maneras de expresión de vulnerabilidad cognitiva en el avance de la psicopatología.

En Australia, Jovev y Jackson (2004) investigaron sobre especificidad de los EMT (primera versión del CEY) en una muestra de paciente con TLP, TOC y trastorno por Evitación. Este estudio constató asociaciones entre: el grupo de TLP y los EMTs Dependencia/Incompetencia y Abandono, los EMTs Estándares Inflexibles y el Grupo de TOC y el EMT Inhibición Emocional con el TP por Evitación.

Cabe destacar también el aporte teórico realizado por Jovev y Jackson (2004) en su revisión respecto a los principales postulados teóricos y hallazgos más importantes sobre TLP, TOC y TPE (Evitativo). En el TLP, los EMTs asociados fueron: abandono, desconfianza/abuso, dependencia/incompetencia, aislamiento, imperfección, fracaso, vulnerabilidad.

Finalmente, Giesen-Bloo, et al., (2006) llevaron adelante uno de los aportes más recientes en investigación sobre la Terapia Centrada en los Esquemas que consistió en un estudio comparativo entre la Terapia de los Esquemas y la Teoría de la transferencia de O. Kenberg. Éste evidenció la efectividad clínica de la Terapia de los Esquemas en el TLP. También mostró la fuerte presencia y especificidad de EMTs en el TLP, lo que remarcó la importancia de los esquemas para el abordaje psicológico clínico de este TP.

### **Pobreza, Vulnerabilidad Social y Nivel socioeconómico bajo,**

El estudio se llevó a cabo sobre una muestra poblacional en situación de pobreza, condición que permite considerarla como una población socialmente vulnerable. Cabe remarcar igualmente, que una población en situación de vulnerabilidad no necesariamente presenta una condición de pobreza. Por esto es necesario definir ambas variables (Bertella, et al., 2018)

El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina publicó en el Boletín de Pobreza Multidimensional 2010-2015 en base al Enfoque de Derechos (CEPAL, UNICEF) que la falta de acceso a la vivienda, salud, información, saneamiento, alimentación, estimulación y educación, constituyen privaciones de la pobreza multidimensional. Estas privaciones que traen aparejada una vulneración en el ejercicio de los derechos, implican también un obstáculo para el desarrollo humano y social de la infancia.

Considerando las consecuencias de esta pobreza, el mismo boletín divide a esta pobreza en dos: pobreza moderada (derechos vulnerados) o severa (privación de derechos esenciales). Las consecuencias de la pobreza moderada pueden ser reversibles en el mediano plazo, por el contrario, las consecuencias de una pobreza severa, resultan mucho más adversas y de difícil reversión en el mediano o corto plazo.

Por otro lado, el concepto de vulnerabilidad social se refiere a la situación social de riesgo o dificultad que se presenta en contextos socio-históricos y culturalmente determinados impidiendo a los grupos afectados la satisfacción de su bienestar, ya sea en su subsistencia como en su calidad de vida. Este impedimento se presenta e de manera inmediata o en el futuro (Perona & Rocchi, 2001). Personas en situaciones de riesgo ambiental (amenazados por desastres naturales), con discapacidad, víctimas de violencia, refugiados, grupos en situación de pobreza y todo grupo que esté en una situación de desventaja respecto al resto de los habitantes en relaciona la realidad de cada ciudad, pueden clasificarse como grupos vulnerables (Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, 2010-2016).

Según esta visión, el presente estudio, está basado en una muestra poblacional que se encuentra en situación de vulnerabilidad, no sólo por su condición de pobreza, sino también por su de desventaja en cuanto al acceso a la salud, educación, a una vivienda digna y al agua potable (Musso, 2010).

Durante el 2015, Brunelli, Centeno, Desmery, Sayal, Moll, Morandi, Vera, realizaron una investigación inédita en la Posta Sanitaria Las Lilas. En la misma descubrieron que, el 65% de la población presentaba estudios inferiores a su edad, el 12% vivía en hogares en condiciones de hacinamiento crítico y el 71% no trabajaba. También se dieron con que el barrio no contaba con cloacas ni agua corriente y si bien los principales accesos eran asfaltados, el resto de las calles no.

En relación al **Nivel Socioeconómico**, cabe destacar estudios empíricos sobre la presencia de TP en situaciones de pobreza. La mayoría de los estudios comparativos realizados entre población sin hogar y población general, reflejaron una mayor presencia de trastornos mentales en personas sin hogar (PSH), incluyendo también trastornos de personalidad y drogodependencia (Dunne, Duggan, y O'Mahony, 2012; Edidin, Ganim, Hunter, y Karnik, 2012; Nishio et al., 2015; Salavera et al., 2014).

Siguiendo a Cardenal, Sánchez, y Ortiz-Tallo, (2007) La incorporación de los principios de la teoría evolutiva que supone una perspectiva integradora y resalta la importancia del continuo «normalidad-patología» en el modelo de Millon, resulta adecuado para la evaluación de la personalidad en personas sin hogar.

Por otro lado, un meta análisis realizado a partir de 29 estudios de una muestra de personas sin hogar de siete países, evidenció la alta prevalencia de TP, depresión mayor, alcoholismo, enfermedad psicótica y drogodependencias; en contraste con la población general. Por ende, concluyeron acerca de la necesidad de investigación acerca de salud mental y PsH para mejorar el abordaje clínico de estos pacientes (Fazel, et al., 2008).

Gazdag y Braun, (2015) en su estudio con personas sin hogar (PsH) mostró que el 86% de la muestra presentó trastorno psiquiátrico diagnosticable. El TP fue el más común en ambos sexos, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente en mujeres y el alcoholismo en varones.

### **Justificación de la temática**

En el modelo cognitivo, el papel de los esquemas en la comprensión y abordaje de los sujetos con TP ha sido de gran interés. (Beck & Freeman, 1990). Si bien, en cuanto a lo teórico existen asociaciones de larga data entre los TP y las cogniciones propuestos



por Beck (1990) y Young (1999), pocos son los estudios empíricos que han examinado la relación entre los mismos.

Tal como se planteó, la Terapia de los Esquemas propuesta por Jeffrey Young (1999) desarrollada para incrementar la eficiencia clínica en el trabajo con pacientes con TP, resulta sumamente importante en el área clínica. Las revisiones bibliográficas realizadas, dan cuenta de la necesidad de más estudios empíricos que investiguen las asociaciones existentes entre los EMTs y los TP (Petrocelli, et al. 2001).

Autores como Millon y Young (1999), plantean que cada TP podría estar relacionado a un determinado procesamiento cognitivo. Evaluar estos patrones en los distintos tipos de personalidad permite acceder a información relevante acerca de la manera de percibir, procesar, organizar y comunicar los hechos. (Retzlaff, 1997; Beck y Freeman, 1991; Young, 1999). A su vez, se observó que la propuesta de Young (2003) sobre los EMTs, proporciona más eficiencia para la realización del diagnóstico y tratamiento clínico (Glaser, et al., 2002). Entendemos así que las investigaciones sobre EMTs específicos activados en pacientes con TP, aportarán herramientas útiles para el abordaje psicoterapéutico.

Para cambiar los esquemas disfuncionales, los sujetos tienen que afrontarlos, tener claro cuáles son dichos sesgos cognitivos, que le están causando problemas y trabajar en ellos para poder modificarlos.

En términos generales, esta investigación ayudaría a explorar los EMTs (implícitos o no) y los TP más frecuentes en población con bajos recursos socioeconómicos. De modo específico, pretende contribuir como aporte adicional a las investigaciones sobre la asociación entre los constructos de la Terapia de los Esquemas y el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Aún cuando esta terapia es un modelo que clínicamente ha resultado eficiente, es imperioso producir material científico que de sustento y perfeccione sus aplicaciones.

Por último es importante señalar que los estudios empíricos reportados sobre la relación entre EMTs y TP de PsH, refieren a poblaciones que no pertenecen a países latinoamericanos, por lo que resultaría de vital importancia producir conocimiento que contribuya a un mayor entendimiento de la realidad social y de salud mental de estos países.

## **OBJETIVOS**

Los **objetivos generales** de este estudio, son:

Explorar la distribución de la frecuencia de los Trastornos de Personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos, para generar datos específicos de la muestra poblacional.

Establecer la relación entre los Trastorno Límite de personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos. Por ende, cotejar si lo encontrado en los diferentes esquemas (sistemas de creencias o pensamientos idiosincráticos) de los sujetos testeados (por medio de la escala de J. Young), se relaciona y de qué manera con el Trastornos de Límite de Personalidad descrito en el DSM IV (evaluado por la escala SCID II).

Los **objetivos específicos** del presente trabajo son:

- (1) Explorar y describir los TP y los EMT que se encuentra en la muestra de 40 mujeres de 20 a 50 años, de bajos recursos socioeconómicos del barrio “Las Lilas” para generar datos sobre esta población específica.
- (2) Establecer la relación entre el Trastorno Límite de Personalidad y los EMT significativos activados, para contrastarlos con la evidencia existente.
- (3) Explorar formas de procesar la información (contenidos esquemáticos) en una población de bajos recursos socioeconómicos y generar datos de esta población específica.

## **HIPÓTESIS**

(1) Se espera que los sujetos presenten puntuación elevada en las escalas de personalidad del SCID-II de los trastornos: *Límite y Paranoide*. Por otro lado, se espera que los EMTs más frecuentes activados sean: *Desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y Entrampamiento*.

(2) Se espera encontrar relación entre el *Trastorno Límite de Personalidad* y los EMTs: *Abandono, Desconfianza y abuso e insuficiente autocontrol*.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

El estudio es del tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal.

### **Muestra Poblacional**

Se partió de una muestra inicial de 40 mujeres, entre 20 y 50 años de edad (M= 34,02; DT= 8,65) que concurrieran a Las Lilas de manera voluntaria. Las participantes convocadas para la administración de los cuestionarios fueron aquellas que acudieron a La Posta Sanitaria dependiente de la Universidad Austral, para su atención o para atención de un tercero, durante el período comprendido entre 1 de junio de 2018 y el 30 de agosto de 2018. La Posta Sanitaria es un centro de atención primaria que brinda servicios de enfermería, pediatría, clínica médica, obstetricia, dermatología y de psicología. También ofrece actividades de promoción humana y social: Apoyo escolar y escuela de deporte. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar voluntariamente en este estudio. El proyecto contó con la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad Austral, basándose en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la inclusión en la investigación fueron Población de género femenino, pertenecientes a un NSE medio bajo y bajo según el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI. Ver tabla 1.

Tabla 1

#### *Nivel Socioeconómico Poblacional*

Nivel Socioeconómico (NSE)	Puntos	Nº	%
A/ B	212 o más	-	-
C+	168 a 211	-	-
C	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:** representación de la muestra poblacional, según el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI. La población se encontró entre las letras C y D que indican nivel socioeconómico bajo.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres que no deseen contestar los Cuestionarios, Mujeres menores de 20 o mayores de 50 años de edad, Mujeres sin Trastornos de Personalidad según la entrevista SCID II, Población que no posea bajos recursos Socio Económicos según el Cuestionario para la Aplicación de la Regla AMAI 2018 (AMAI). Estos es que de la puntuación del Cuestionario se concluya que pertenecen a las letras A y B

### **Instrumentos**

*Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018.* 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, Número 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 un puntuación que permite ubicar al sujeto dentro de un gradiente de categorías socio económico que va de la letra A a la E.

**Cuestionario de Esquemas de J. Young** (Castillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Schnitter y Marin) –YSQ –L2

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 Disfuncionales Tempranos”.

Los 11 factores que arroja el cuestionario de Esquemas YSQ- L (Long Form 2 edition ) son: *abandono (5-11)*, *insuficiente autocontrol (40-45)*, *desconfianza y abuso (12-16)*, *privación emocional (1-4)*, *vulnerabilidad al daño o enfermedad (17-20)*, *auto sacrificio (23-26)*, *estándares inflexibles i (33-36)*, *estándares inflexibles (30-32)*, *inhibición emocional (27-29)*, *derecho/grandiosidad (37-39)* y *entrapamiento (21-22)*

**Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de La Personalidad Del Eje II Del DSM- IV , llamada SCID II\_** es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes de la personalidad del eje II del DSM-IV. La SCID puede ser utilizada en centros de asistencia primaria en salud mental y puede 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 evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, limite, antisocial y no especificado*

Tabla 2

*Definición de variables*

Instrumento	Variable	Tipo de Variable
-------------	----------	------------------

---

YSQ – L2	Esquemas Maladaptativos tempranos (EMTs)	Dependiente
SCID- II	Trastorno Límite de Personalidad (TLP)	Independiente

---

**Nota:** Variables utilizadas en SPSS para el análisis de la relación entre el trastorno límite de personalidad (TLP) y los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs).

### **Procedimiento**

El procedimiento se llevó a cabo a los participantes del estudio, luego de firmar el consentimiento informado. Las pruebas fueron aplicadas manteniendo las variables de encuadre y en el siguiente orden: consentimiento informado, Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018, Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de La Personalidad Del Eje II Del DSM- IV , denominada SCID II y Cuestionario de Esquemas de J. Young YSQ –L2 (Castillón, et al. 2005). Los participantes respondieron a los cuestionarios aplicados por el equipo docente de la cátedra de Terapia Cognitiva Conductual y alumnos del último año de Psicología, de la Universidad Austral.

Después de llevar a cabo la recolección de la información, los datos de las 40 mujeres evaluadas fueron introducidos manualmente en una hoja de cálculo de Excel y luego exportados al programa estadístico SPSS. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo general para observar la distribución de la frecuencia de los Trastornos de Personalidad y los EMTs activados. Posteriormente, se realizó un análisis Estadístico Inferencial de Prueba T para variables independientes, para establecer la relación específica entre el TLP y los EMTs significativos asociados a este trastorno. Por el tamaño de la muestra del estudio piloto, no se realizó corrección por comparaciones múltiples, considerando significativos los valores  $p < .05$ . El factor utilizado fue Trastorno Límite y la Variable dependiente fueron los 11 EMTs.

## RESULTADOS

### Análisis Estadístico descriptivo

En la Tabla 1 se presentan la frecuencia de los Trastornos de Personalidad según los números de casos en cada TP (n) y el porcentaje de los mismos (%) en relación al total de la muestra (n=40). Del mismo modo, en la Tabla 2, se muestra la frecuencia de los EMTs a partir de los números de casos en cada TP (n) y el porcentaje de los mismos (%) en relación al total de la muestra (n=40).

Los TP más frecuentes fueron: Límite, Narcisista, TOC y Esquizoide. Los esquemas más frecuentes fueron: *auto sacrificio*, *desconfianza* y *abuso y entrapamiento*.

Tabla 3

*Frecuencia de los Trastornos de Personalidad (TP)*

Trastorno de Personalidad (TP)	N	%
Por evitación	14	35%
Por dependencia	4	10%
TOC	23	58%
Pasivo-agresivo	18	45%
Depresivo	9	23%
Paranoide	23	58%
Esquizotípico	19	48%
Esquizoide	22	55%
Histriónico	2	5%
Narcisista	25	63%
Límite	28	70%
Antisocial	7	18%

**Nota:** Frecuencia de TP según el Eje II del DSM IV, a partir de la Escala SCID II.

Tabla 4

*Frecuencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)*

EMTs	N	%
Abandono	18	45%
Insuficiente autocontrol	17	43%
Desconfianza/abuso	26	65%
Deprivación emocional	10	25%
Vulnerabilidad al daño	9	23%
Auto sacrificio	32	80%
Estándares Inflexibles I	18	45%
Estándares Inflexibles II	13	33%
Inhibición emocional	21	53%
Derecho/grandiosidad	8	20%
Entrampamiento	22	55%

**Nota:** Frecuencia EMT propuestas por J. Young ; a partir del cuestionario YSLQ-2

Análisis Estadístico Inferencial

En el TLP Se encontró una diferencia significativa en el esquema Abandono  $T=_{(38)}- 2,550$ ,  $p<.05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x}= 75.00$ ,  $\sigma=28.51$ ) y aquellas sin TLP ( $\bar{x}=47.66$ ,  $\sigma=36.69$ ). También en los esquemas Desconfianza/abuso  $T=_{(38)}-2,656$ ,  $p<.05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x}= 83.10$ ,  $\sigma=21.83$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x}= 60.16$ ,  $\sigma=31.53$ ); Privación Emocional  $T=_{(38)}-2,413$ ,  $p<.05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x}=58.42$ ,  $\sigma=33.89$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x}=30.41$ ,  $\sigma=33.03$ ). Inhibición Emocional  $T=_{(38)}-2,279$ ,  $p<.05$ , siendo que los TPL ( $\bar{x}=75.78$ ,  $\sigma=33.37$ ) puntúa más alto que los NO TPL ( $\bar{x}=46.75$ ,  $\sigma=44.43$ ).



Tabla 5

*Prueba T de muestras independientes. Relación entre EMTs y TLP*

EMTs	Grupo sin TLP		Grupo con TLP		Sig.
	Media	DE	Media	DE	
Abandono	47.66	36.59	75.00	28.51	.015
Desconfianza/ Abuso	60.16	31.53	83.10	21.83	.011
Privación Emocional	30.41	33.03	58.42	33.89	.021
Inhibición Emocional	46.75	44.43	75.78	33.37	.028

**Nota:** Reporte de resultados: Análisis estadístico T test, EMT significativos activados en el TLP ( $P < .05$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue detectar la frecuencia de los Trastornos de Personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos para en sujetos femeninos de bajos recursos socioeconómicos, para generar datos específicos de esta población. Además se analizó la relación entre el Trastorno Límite de personalidad descrito en el DSM IV (testeados por medio de la escala SCID II) y los Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por J. Young (testeados por el cuestionario YSQ –L2). Se partió de la hipótesis que esperó encontrar puntuación elevada en las escalas de personalidad del SCID-II: Límite y Paranoide. A su vez, se hipotetizó que los EMTs más frecuentes activado fueran: Desconfianza y abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y entrapamiento.

En relación a esta primera hipótesis, los TP más frecuentes en esta población fueron: *Límite, Narcisista, TOC y Esquizoide*. Estos resultados concuerdan con la

hipótesis planteada respecto a la presencia de Trastorno Límite de Personalidad. Sin embargo, el Trastorno Paranoide no puntuó significativo.

Los EMTs más frecuentes fueron: *Desconfianza y abuso, auto sacrificio y entrampamiento*. El esquema *Desconfianza y abuso* que refiere a la percepción de que las demás personas le infringirán daño, lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de engaños, humillaciones o abusos; es coherente con una población castigada y en alerta. A su vez, el EMT *Entrampamiento* acorde a familias sobre involucradas y enmarañadas puede estar relacionado con el hacinamiento, la cohabitación entre familias nucleares y extensas, entre otros factores característicos de la población, que pueden contribuir a la conformación de este esquema. Es decir, la activación de circunstancias relevantes del ambiente, dominan la estructura con la que el sujeto procesa la información (Clark & Beck, 1997)

Ambos esquemas descritos, coincidieron con la hipótesis planteada. Si bien el EMT *Auto sacrificio* no fue hipotetizado, es coherente con la etapa vital de la población evaluada. El esfuerzo excesivo y voluntario en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción, puede ligarse a la etapa de cuidado y crianza de los hijos, propio de mujeres entre 20 y 50 años de edad. En consecuencia, la persona posee la sensación de que las propias necesidades no son satisfechas adecuadamente, por relegarlas en pos de aquellos que tiene bajo su cuidado.

El esquema *Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad*, asociado también a la preocupación económica a partir de los reactivos “me preocupa volverme indigente o vago”, “siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada en la ruina”; no puntuó significativo. Este resultado, es llamativo en esta población específica, lo que puede ser motivo de mayor indagación y análisis.

Por otro lado, a partir de lo teorizado sobre los TP se esperó encontrar relación entre el Trastorno Límite de Personalidad y EMTs: *abandono, desconfianza y abuso e insuficiente autocontrol*. El estudio mostró relación estadísticamente significativa con los EMTs *abandono y Desconfianza y abuso*. Estos resultados son coherentes con los esquemas asociados al TLP según aportes teóricos e investigaciones empíricas (Beck, et al., 1990; Arntz, 1994; 1999; Young, 2004; Ball, et al., 2001, Buttler, et al., 2002).

Además, se obtuvieron puntajes significativos en los EMTs *Privación emocional e Inhibición emocional*. El primero, hace referencia a la inconsistencia afectiva de los demás hacia el sujeto. Este esquema está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los demás. La privación emocional contempla tres dimensiones: privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), privación de empatía (ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía). *Inhibición emocional* alude al control excesivo y la falta de expresión sobre emociones y conductas que habitualmente interfieren en la comunicación espontánea, por temor a la crítica y reprobación de otros. Este esquema se caracteriza por la dificultad para comunicar libremente sentimientos, vulnerabilidad y necesidades propias. El sujeto presenta una sobrevaloración de la racionalización por sobre las emociones. Estos esquemas no fueron hipotetizados por encontrarse asociados a otros TP, como el TP Evitativo y TOC (Jovev y Jackson, 2004).

Por otro lado, el EMT *Insuficiente autocontrol*, asociado a la impulsividad característica del TLP, referida también en el DSM- IV; si bien no puntuó significativo, cabe mencionar que los resultados obtenidos podrían indicar una tendencia en este esquema, por arrojar un valor cercano a .05. Sería interesante ampliar la muestra (por ser éste un estudio piloto) para alcanzar mayor representatividad, e indagar a partir de un análisis más profundo si esta tendencia se vuelve significativa en esta población específica.

Es relevante señalar las limitaciones que presenta este estudio. Por un lado, el tamaño de la muestra por ser un estudio piloto resulta pequeño, por lo que sería interesante aumentar el número, para alcanzar mayor representatividad en los resultados. Por otro lado, si bien el instrumento para evaluar los EMTs ha sido validado, es importante indagar si los reactivos de estos EMTs son acordes a este tipo de población, es decir, si éstos son comprendidos por los sujetos ya que el 65% de la población presentaba estudios inferiores a su edad. (Brunelli, et al., 2015).

En suma, Los esquemas *abandono* y *desconfianza/abuso*, coincidieron con la hipótesis planteada. Estos EMT propios de personas incapaces de establecer vínculos sólidos y satisfactorios; se corresponden con el patrón de relaciones interpersonales inestables del TLP. El EMT *Insuficiente autocontrol* ligado a la impulsividad característica del TPL, no puntuó significativo, aunque se puede referir una tendencia que sería importante indagar a partir de un número mayor de muestra. Por otro lado, hubo relación significativa con los esquemas *Privación emocional* e *Inhibición emocional*. Sería interesante indagar si estas disidencias podrían deberse a la variable social.

Se puede afirmar que, los resultados obtenidos en esta investigación aportan datos que avalan la presencia de EMTs específicos para la población estudiada y el TLP, siendo algunos de los resultados reportados coincidentes con los hallados en otros estudios y los planteados teóricamente (Jovev y Jackson, 2004).

## Referencias

- Agudelo-Vélez, D. M., Casadiegos-Garzón, C. P., & Sánchez-Ortíz, D. L. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1998). *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & 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.
- Beck, A. y Freeman, A., (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G.(1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Bertella, M., Grebe, M., Dalbosco, S., Alba, L., (2018). Funciones ejecutivas, pobreza y estimulación cognitiva: un andamiaje para futuras intervenciones. *Avances en Psicología* 26(1).
- Brunelli, Centeno, Desmery, Sayal, Moll, Morandi & Vera. (2015). Analisis sociodemográfico de la población que asiste a la posta sanitaria “Las Lilas”. Documento inédito. Universidad Austral.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 40(10), 1231-1240.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Adaptación y baremación al Español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). *Madrid: TEA, Ediciones*.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form-(YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37(3).
- Castro Durán, L. I., & Cano González, R. (2013). Pobreza y vulnerabilidad: Factores de riesgo en el proceso educativo. *Contextos Educativos*, 16.

- Dunne, E., Duggan, M., & O'Mahony, J. (2012). Mental health services for homeless: Patient profile and factors associated with suicide and homicide. *Irish Medical Journal*, 105(3), 71-74.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* (Vol. 132). Grupo Planeta (GBS).
- García Fontanals, A., y Deus, J. (2010). Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID – II, el TCI – R y el MCMI – II. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 96, 9-19.
- Gazdag, G., & Braun, E. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in a homeless population. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 600-601. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.051
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445-458.
- Linehan, M. M. (2012). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. *Ed Paidós*.
- Londoño, N. H., Maestre, K., Man, C. A., Schnitter, M., Castrillón, D., Alberto, A., & Chaves, 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).
- López Pell, A. F., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptados y afectividad positiva y negativa. *Ciencias psicológicas*, 6(2), 149-173.

- Musso, M. (2010). Funciones ejecutivas: un estudio de los efectos de la pobreza sobre el desempeño ejecutivo. *Interdisciplinaria*, 27(1), 95-110.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & 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.
- Perona, N., & Rocchi, G. (2001). Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairos*, 8(8).
- Ramirez, L. Y. A. (2014). Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. *Psicogente*, 17(31).
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Beck, A. T., Baños, R. M., Botella Arbona, C., Bunge, E., & Rothbaum, B. (2011). Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad. *Ed. Paidós*.
- Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L., & Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 197-206.
- Ruiz Rodríguez, J., & Fusté Escolano, A. (2015). La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(40).
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*, 19(3), 295-321.
- Specht, M. W., Chapman, A., & Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 256-264.
- Vílchez, E. R. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances de Psicología*, 17(1).
- Young J. (2003): *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: *Guilford*.
- Young, J. (1999): *Reinventing Your Life*. New York: *Plume*.

Young, J. E. (2015). Terapia de esquemas. *Desclée De Brouwer*.