

UNIVERSIDAD  
**AUSTRAL**



**Facultad de Ciencias Biomédicas**

---

Trabajo de Integración Final  
Licenciatura en Psicología

**“Esquemas Maladaptativos Tempranos en una población  
de mujeres con bajo nivel socioeconómico y con  
Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo”**

Alumna: Guadalupe Vilar

Directora de TIF: Lic. Marcela Spinetto

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

Coordinadora de TIF y de PPS en investigación: Dra. Lucia Alba

01/02/2019

## 1. Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Marco teórico	3
Psicoterapia cognitiva y nociones básicas	3
Jeffrey Young: Modelo teórico y EMTs	5
Trastornos de Personalidad: TPOC	11
Trastornos de Personalidad y EMTs	14
Justificación de la temática	14
Objetivos del estudio e hipótesis	15
Métodos	16
Diseño	16
Participantes	16
Descripción de variables	17
Instrumentos	18
Procedimientos	20
Resultados	21
Descriptivos	21
Estadística inferencial	22
Discusión	23
Limitaciones y futuras líneas de investigación	27
Conclusión	28
Referencias bibliográficas	30

## 2. Resumen

**Introducción:** este trabajo explora la relación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) propuestos por J. Young, y los Trastornos de Personalidad (TPs) descritos por el DSM IV, profundizando en el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC).

**Objetivos:** indagar sobre los TPs y los EMTs existentes en la muestra poblacional y, específicamente, explorar la relación entre TPOC y los EMTs que se activan en dicho trastorno.

**Método:** el trabajo tiene un diseño exploratorio, no experimental, de corte transversal. La muestra está conformada por 40 mujeres de bajo nivel socioeconómico (NSE) de entre 20 y 50 años que fueron evaluadas con el Cuestionario AMAI para establecer NSE, con el Cuestionario de Esquemas de J. Young para determinar EMTs, y con el Cuestionario SCID II para diagnosticar TPs. Para buscar la relación entre TPOC y EMTs específicos, se realizó una prueba T Test.

**Resultados:** se hallaron diferencias significativas en el EMT Estándares inflexibles II  $T_{(37)} = -3.691, p < .05$ , entre las personas con TPOC ( $\bar{x} = 75.41, \sigma = 26.08$ ), y aquellas sin TPOC ( $\bar{x} = 45.72, \sigma = 23.17$ ).

**Conclusión:** la hipótesis del trabajo planteó como esperable encontrar relación significativa entre el TPOC y los EMTs Estándares inflexibles II e Inhibición emocional. En concordancia con ello, el EMT Estándares inflexibles II puntuó significativamente, lo cual estaría relacionado con las características de autoexigencia y perfeccionismo propias del TPOC. Sin embargo, no se halló relación significativa entre el EMT Inhibición emocional y el TPOC, aunque fue el quinto de mayor frecuencia a nivel muestral. Se recomienda realizar un estudio con mayor profundidad, para evaluar si la variable socioeconómica genera alguna influencia sobre esta relación.

**Palabras claves:** esquemas maladaptativos tempranos, trastornos de personalidad, trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, bajo nivel socioeconómico, Jeffrey Young, modelo de los esquemas.

### **3. Introducción**

La presente investigación tiene como objetivo indagar en una población femenina de bajo nivel socioeconómico la relación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) propuestos por J. Young y los Trastornos de Personalidad (TPs) del DSM IV, ahondando en el Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC).

De esta manera, se busca contribuir a una mejor comprensión de la relación entre los EMTs y los TPs, ya que conocer el vínculo específico entre ambas variables en una población con TPOC contribuiría eventualmente a mejorar su prevención y abordaje psicoterapéutico.

Frente a que este trabajo de integración final se encuentra enmarcado en el desarrollo teórico de Jeffrey Young, exponente de la Teoría Cognitiva Integrativa y padre del Modelo Cognitivo de los Esquemas, es imprescindible describir brevemente sus orígenes y principales fundamentos, para luego centrar la atención en los EMTs, concepto clave en la teoría de Young, y en los TPs, profundizando específicamente en el TPOC.

### **4. Marco teórico**

#### **Psicoterapia cognitiva y nociones básicas**

La psicoterapia cognitiva surgió en la década del 70 como reacción al descontento que existía con los tratamientos conductuales y psicoanalíticos, producto de la falta de efectividad de sus intervenciones (Feixas y Miró, 1993). Este tipo de terapia tuvo como referente histórico al Estoicismo, ya que al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel fundamental que ocupa el pensamiento, captó algunos supuestos básicos de las terapias cognitivas (Feixas y Miró, 1993). Sus representantes primordiales fueron Aaron Beck y Albert Ellis quienes comenzaron su formación en la escuela psicodinámica, para concluir trabajando desde la óptica del cognitivismo en la conceptualización y tratamiento de la depresión en primer lugar, y luego de la psicopatología en general.

Desde el Cognitivismo clásico se postula como concepto clave para la psicoterapia la noción de esquema. Beck, fue uno de los primeros autores en incluir la definición de esquema en la psicopatología, y lo describió como ciertos patrones cognitivos relativamente estables, que constituyen la base de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Por lo que, si se sostiene que el individuo categoriza, evalúa e interpreta sus experiencias a través de una matriz de esquemas, sería equivocado describirlos como mero reservorio pasivo de información (Riso, 2009).

Los esquemas son idiosincráticos, es decir egosintónicos, y proactivos, por lo que sesgan las puertas de entrada de información al aparato mental, generando cosmovisiones sobre sí mismo. A su vez, condicionan como el individuo piensa, siente y actúa, constituyendo una cognición tripartita (Feixas y Miró, 1993). Los esquemas tienden a autoperpetuarse y mantenerse en el psiquismo, en función que ignoran la información contraria a su contenido y facilitan aquella que es congruente. Siguiendo esta línea, Riso (2009) afirmó que es probable que los esquemas utilicen cogniciones o creencias confirmatorias a sus preconcepciones, aunque exista evidencia en contra.

Estos patrones cognitivos, cogniciones o creencias que hacen a los esquemas, pueden ser funcionales/adaptativos o disfuncionales. En este último caso, como el sujeto rigidiza y no cuestiona sus esquemas, éstos se vuelven maladaptativos, generando malestar y aumentando la dificultad para modificarlos.

La importancia otorgada a las cogniciones o esquemas en la génesis y el mantenimiento de trastornos psicopatológicos, así como también en el proceso terapéutico, es el denominador común a todos los modelos cognitivos (Feixas y Miró, 1993). Este preconcepto teórico sustenta a los desarrollos teóricos de Beck y posteriormente de J. Young.

Ahora bien, de acuerdo con el modelo cognitivo, Clark y Beck (1997) propusieron que los trastornos psicológicos se caracterizan por esquemas idiosincráticos desadaptativos que influyen en cómo el individuo procesa la información. Y, continuando esta idea, describieron la hipótesis de la

especificidad de contenido, la cual explica que cada trastorno psicológico tiene un perfil distintivo a nivel de esquemas.

La relevancia de los esquemas en relación con la psicopatología y la hipótesis de especificidad de contenido, alcanzaron puntualmente a la teorización de los Trastornos de Personalidad desde el punto de vista cognitivo. En palabras de Beck, Freedman y Davis (1995): “el trastorno de la personalidad constituye probablemente una de las representaciones más impresionantes del concepto de esquema de Beck” (p.34).

### **Jeffrey Young: Modelo teórico y Esquemas Maladaptativos Tempranos**

Hoy en día, hablar de integración en el ámbito de la terapia cognitiva es habitual, pero diez años atrás, era una cuestión poco desarrollada (Fernández Álvarez y Fernández Álvarez, 2017). Young trabajó desde el modelo del Cognitivismo Integrativo y a partir de allí elaboró sus principales concepciones teóricas.

Al hablar de integración, se hace referencia a la acción mediante la cual se reúne un conjunto de elementos que dejan su individualidad para pasar a formar parte de una totalidad (Fernández Álvarez y Fernández Álvarez, 2017). De esa manera, gracias a la articulación de teorías, se genera un efecto superador a la simple suma de aportes. En esta línea, Young, combinó elementos y técnicas de la escuela Cognitivo Conductual, la Teoría del Apego, la Gestalt, el Constructivismo y el Psicoanálisis (Rodríguez Vílchez, 2009), creando el Modelo Centrado en los Esquemas o Terapia de los Esquemas.

Impulsada por la búsqueda de una forma más eficaz de terapia de los trastornos de personalidad (Castrillón, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter, 2005) y otras psicopatologías que presentaban resistencias a las intervenciones cognitivas clásicas (Young, Klosko y Weishaar, 2003), la teoría de Young delimitó su campo de aplicación a las patologías del eje II según el DSM IV y a los problemas emocionales crónicos (Rodríguez Vílchez, 2009). El Modelo Centrado en los Esquemas presentó mayor efectividad en estas patologías por utilizar técnicas con más contenido emocional en comparación con el de Beck, y por soslayar otras vicisitudes vinculadas con estos trastornos como, por ejemplo, la dificultad para lograr una relación colaborativa entre

paciente y terapeuta (Rodríguez Vílchez, 2009). Es importante aclarar que esta delimitación del campo de aplicación lejos está de significar la restricción del modelo a ciertas patologías únicamente, sino que refiere a la especificidad que presenta en las intervenciones.

El concepto central del modelo de Young es el de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs), el cual fue definido por Young y Klosko (2001) como un patrón que se inicia en la infancia, que se repite a lo largo de la vida, y que determina como el individuo piensa, siente, actúa y se relaciona con los demás.

Los EMTs se desarrollan en las interacciones con los padres, cuidadores y pares (Cordero y Tiscornia, s.f.), pero fundamentalmente, su origen se debe a la interacción entre las necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, experiencias vitales tempranas y el temperamento emocional (Rodríguez Vílchez, 2009). Es decir, que trabajar con los EMTs, implica conocer los orígenes, la infancia del individuo y como ello lo ha influenciado subjetivamente.

Se han descrito cinco necesidades emocionales centrales o básicas (Rodríguez Vílchez, 2009): necesidad de contacto y afecto seguro, autonomía, libertad para expresar las necesidades y emociones, espontaneidad y juego, y límites realistas. Para este modelo, el individuo sano es aquel que ha encontrado la satisfacción de estas necesidades. De manera contraria, dependiendo cuál de ellas se encuentre insatisfecha, se desarrollará un tipo de EMT particular.

También vinculado con el desarrollo de EMTs se encuentran las experiencias vitales tempranas. Aquellas que generan mayor incidencia en la construcción de los EMTs son las relacionadas a la familia nuclear. Existen cuatro tipos: la frustración tóxica de las necesidades, la traumatización, el exceso, y la interiorización selectiva o identificación con otros significativos. Al igual que el incumplimiento de una necesidad particular, la aparición de dichas experiencias vitales tempranas ayuda a la construcción de EMTs específicos.

Como último factor importante en el desarrollo de EMTs se encuentra el temperamento emocional (Young, 2001), que alude a lo más innato, y se relaciona con los eventos de la infancia de cada persona.

Los EMTs comparten características con la definición de esquema de Beck ya que también se caracterizan por ser idiosincráticos, suelen presentarse como verdades absolutas sobre el sí mismo y el entorno, y son resistentes al cambio. Este mantenimiento del EMT, es decir su autoperpetuación, se da a través de tres mecanismos primarios: las distorsiones cognitivas que generan que el individuo refuerce la información que confirma el esquema y minimice aquella que lo contradice; los patrones vitales, que implican que el sujeto seleccione de manera inconsciente situaciones que dan el puntapié para la aparición del EMT y evite otras que requieran de su modificación; y los estilos de afrontamientos de esquemas, en los que se incluyen aceptar el esquema como verdad ineludible, evitar el esquema o la sobrecompensación (Rodríguez Vílchez, 2009). Lo característico de los EMTs, y el gran aporte de Young, es la conceptualización de su origen, es decir, la concepción de que resultan de experiencias desfavorables sobre todo en los primeros años de vida en conjunto con el temperamento (Pérez y Torres, 2006).

Young (1999) describió cinco dimensiones que engloban los dieciocho EMTs: dimensión de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada, límites inadecuados, tendencia hacia el otro y sobrevigilancia e inhibición.

La dimensión de Desconexión y rechazo refiere a personas que se desarrollaron en ambientes carenciados por falta de afecto, pertenencia, aceptación o seguridad, y que asumen que, en la adultez, mantendrán esas carencias. También tienen dificultades para consolidar vínculos, tendiendo a involucrarse en relaciones autodestructivas (Pérez y Torres, 2016). Esta dimensión abarca los EMTs: Abandono/Inestabilidad, Desconfianza y abuso, Privación emocional, Imperfección/Vergüenza y Aislamiento social/Alienación.

La dimensión de Autonomía deteriorada refleja un ambiente sobreprotector en donde no se fomentó la confianza, generando en la adultez cierta tendencia a la dependencia, a la dificultad en el desarrollo de la identidad y a la falta de habilidades de afrontamiento. Los EMTs que incluye son: Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, Entrampamiento y Fracaso.



La dimensión de Límites inadecuados refiere a un ambiente de crianza permisivo, sin disciplina o normas adecuadas. En la adultez genera consecuencias como incapacidad para postergar placeres por falta de autocontrol, o dificultades para desarrollar la reciprocidad, mostrando a la persona como malcriada, narcisista, irresponsable, egoísta (Pérez y Torres, 2016), o insensibles ante las necesidades básicas de los demás. Engloba los siguientes EMTs: Grandiosidad e Insuficiente autocontrol.

La dimensión de Tendencia hacia el otro alude a ambientes tempranos en los que las necesidades del niño son secundarias a las de los demás. En la adultez, la persona se preocupa del bienestar ajeno, relegando sus propias necesidades para lograr la aprobación y aceptación del resto. Los EMTs que incluye son: Subyugación y Autosacrificio.

La dimensión de Sobrevigilancia e inhibición suele resultar como consecuencia de un ámbito familiar demandante, perfeccionista y rígido (Pérez y Torres, 2016). En la adultez, el sujeto expresa un exceso de control, mantiene las normas como directriz de su desarrollo y falta de espontaneidad. Los EMTs que abarca son: Pesimismo, Control excesivo/Inhibición emocional, Normas inalcanzables y Condena o Castigo.

Para evaluar los EMTs que describió, Young en 1990 (Castrillón *et al.*, 2007) diseñó el Cuestionario de Esquemas de Young (Young's Schema Questionnaire), el cual atravesó varias revisiones teóricas y psicométricas. Castrillón *et al.* (2007) desarrollaron una adaptación del cuestionario que se utiliza como instrumento de recolección del presente trabajo: el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2. Esta versión evalúa once EMTs:

1. **Abandono:** refiere a la creencia de que los demás son inestables e impredecibles emocionalmente, y por ello implica la sensación de que las personas son indignas de confianza para brindar apoyo emocional o protección. Estas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados.
2. **Insuficiente autocontrol:** alude a la dificultad del sujeto para controlar y regular las emociones e impulsos, y se expresa en un énfasis exagerado de evadir el dolor, la incomodidad, el conflicto, la responsabilidad o el

esfuerzo, a costas de la realización personal y el compromiso. También es coherente con la poca disciplina y perseverancia empleada para alcanzar metas y realizar tareas.

3. **Desconfianza y abuso:** refiere a la creencia del sujeto de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán, o lo harán víctima de sus abusos, humillaciones o engaños. Involucra la percepción del daño como intencional, la desconfianza por sospecha de deshonestidad o intenciones ocultas, y la sensación de siempre ser engañado o recibir la peor parte.
4. **Privación emocional:** está relacionado con la creencia de que los demás no cumplirán su deseo de recibir apoyo emocional. Es decir, se vincula con la inconsistencia afectiva de los demás hacia el sujeto, no a la intención o acto de abandono. Existen tres dimensiones de la privación: privación de cuidados, de empatía y de protección (Rodríguez Vílchez, 2009).
5. **Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad:** refiere a la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Las catástrofes pueden ser médicas como, por ejemplo, padecer un infarto, catástrofes emocionales como volverse loco, o catástrofes externas como ser atacado por un criminal. Este EMT se vincula además con la preocupación por sufrir un daño por ataques de otros y, en mayor medida, con la preocupación relacionada con la dificultad para acceder al recurso económico o el temor de perder la estabilidad financiera.
6. **Autosacrificio:** alude a la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás, a expensas de la propia satisfacción. Conductas como evitar causar dolor a otros, sentirse culpable por ello o mantener vínculos con personas que perciben como necesarias, son características de individuos con esta creencia. Poseen la sensación de que sus necesidades no son satisfechas adecuadamente, por relegarlas en pos de aquellos que tiene bajo su cuidado.
7. **Estándares inflexibles I:** hace referencia a las consecuencias colaterales de las personas autoexigentes que incluyen problemas de salud, dificultades en las relaciones interpersonales, y sacrificio del placer y la

felicidad. También se observa la presencia de la hipercrítica como posición frente a las altas demandas que se autoimpone.

8. **Estándares inflexibles II:** indica la presencia de autoexigencia y perfeccionismo como una descripción de sí mismo sin hacer referencia a ningún tipo de consecuencias negativas.

En términos generales, el EMT Estándares Inflexibles refiere a creencias relacionadas con el esfuerzo que se debe hacer para alcanzar estándares altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la reprobación. Esto provoca sentimientos de presión y una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Involucra deterioro del placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro y las relaciones satisfactorias. Se caracteriza también por presencia de reglas y preceptos éticos, culturales o religiosos rígidos, de perfeccionismo entendido como atención desmedida a los detalles, y de preocupaciones por el tiempo y la eficiencia.

9. **Inhibición emocional:** se relaciona con la contención excesiva de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, con el objetivo de evitar la desaprobación de los demás. Personas con este EMT suelen inhibir la ira y la agresión, los impulsos positivos como el disfrute, afecto, excitación sexual, así como también poseen dificultad para expresar sentimientos de vulnerabilidad o comunicar necesidades. Es común el énfasis en la racionalización y minimización de las emociones.
10. **Derecho y grandiosidad:** refiere al esquema de superioridad y experiencia de elevada autovaloración en desmedro de las necesidades de los demás. La persona con este EMT cree que posee derechos y privilegios especiales que lo eximen de las reglas de reciprocidad. Busca conseguir poder y control sin importar las consecuencias y límites reales que existan. Como característico se encuentra la competitividad excesiva, la dominación sobre los demás, la manipulación y la falta de empatía.
11. **Entrampamiento:** se refiere a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas, con frecuencia los padres, a expensas de una individuación completa. Puede incluir sentimientos de fusión con otros y emociones negativas de culpa o traición, debido a la poca

diferenciación que la persona experimenta y a la certeza de tener que involucrar a los otros significativos en su propia vida.

Young, desarrolló su teoría buscando ampliar la ya existente y así mejorar las intervenciones (Castrillón *et al.*, 2007). Siguiendo su línea teórica, debido a la conceptualización histórica de las problemáticas de los pacientes y a su integración de variables, el tratamiento centrado en esquemas incluye intervenciones cognitivas, afectivas y conductuales por igual (Rodríguez Vílchez, 2006).

En relación a la curación del esquema los aspectos fundamentales a tener en cuenta son tres. El primero es que, debido a la condición de autopetrpetuación, los esquemas son difíciles de modificar. El segundo, refiere que el paciente tendrá que reconocer y afrontar aquellos EMTs. Y el tercero implica que, por definición, los EMTs no desaparecen por completo, sino que a través del tratamiento se va a atenuando su intensidad y aumentando la capacidad de respuesta a ellos (Rodríguez Vílchez, 2006). El tratamiento en sí mismo busca que el paciente identifique sus EMTs y la influencia de estos en su vida, con el objetivo de sustituir los estilos de afrontamiento disfuncionales por otros más saludables que les permitan satisfacer sus necesidades emocionales nucleares (Young *et al.*, 2003), y en última instancia modificar el esquema (Echeburúa y Corral, 1999).

### **Trastornos de Personalidad: Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo**

Según el DSM IV (2002), los trastornos de personalidad se definen por ser “un patrón permanente e inflexible 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” (p. 645).

Este patrón puede manifestarse en la cognición, es decir a través del modo de percibirse a sí mismo, a los demás y a las situaciones, en la afectividad relacionado a la respuesta emocional, en el funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos, teniendo que aparecer necesariamente en dos de estas áreas para ser diagnosticado. Además, el rasgo de personalidad, para ser

considerado trastorno de personalidad, debe ser un patrón inflexible y extenderse a una amplia gama de situaciones personales y sociales, generando malestar significativo (American Psychiatric Association, 2002).

El DSM IV (2002) divide a los trastornos de personalidad (TP) en tres grupos teniendo en cuenta sus características y similitudes, al mismo tiempo que aclara que “ese sistema de agrupación, si bien es útil a efectos de investigación o docencia, presenta importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente” (p. 646). El grupo A incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; el grupo B el trastorno límite de la personalidad, el histriónico, el narcisista y el antisocial; y el grupo C el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, el dependiente y el evitativo.

Específicamente en cuanto al trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC) el DSM IV (2002) propone que la característica esencial es la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a costa de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón se ve expresado en diversos contextos y comienza al principio de la adultez, momento madurativo a partir del cual puede diagnosticarse un TP.

El DSM IV (2002) plantea una serie de criterios vinculados al TPOC. El primer criterio propone que las personas que padecen este trastorno intentan mantener la sensación de control mediante una atención exagerada a las reglas, los detalles, las listas, y los protocolos.

El segundo describe la mala distribución que hacen del tiempo, debido a su tendencia a las repeticiones, a la pérdida de objetivos principales y a la comprobación de posibles errores. Este perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen, además de causar disfunción y malestar significativo, generan que los demás se molesten por los retrasos e inconvenientes debidos a sus comportamientos. En relación a esto, el criterio tres explica que los sujetos con TPOC muestran dedicación excesiva al trabajo y a la productividad sin tener un motor económico para ello, relegando actividades de ocio. Suelen pensar que no poseen tiempo para relajarse, mientras postergan actividades placenteras en simultáneo. Una de sus preocupaciones principales es la de “no perder el tiempo”.

El cuarto criterio propone que se caracterizan por ser tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de ética o valores. Esto implica que pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir principios morales rígidos. También se propone que son críticos de sus propios errores, y respetuosos con la autoridad y las normas.

Por otro lado, el quinto criterio describe que las personas con TPOC suelen ser incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

El sexto, explica que estos sujetos poseen dificultades al delegar tareas o trabajos a otros. Insisten irrazonablemente en que todo se haga a su manera, y que los demás son quienes deben adaptarse a su forma de hacer las cosas. Suelen rechazar ofertas de ayuda o molestarse si les sugieren alternativas, porque sostienen que solo ellos pueden realizar la tarea correctamente.

El criterio siete plantea que también se caracterizan por ser tacaños y avaros, y debido a su creencia de que los gastos tienen que controlarse para prevenir catástrofes futuras, suelen llevar un nivel de vida muy inferior al que podrían permitirse.

Además de estos criterios, el DSM IV (2002) propone algunas particularidades y síntomas del TPOC. Para las personas que padecen este trastorno la toma de decisiones es un proceso que suele ser largo y a menudo doloroso, tienen graves dificultades para decidir prioridades, son propensos a enojarse en situaciones donde pierden el control de su entorno, aunque es típico que la ira no se manifieste abiertamente. Además, suelen expresar afecto de forma muy controlada, sentirse incómodos en presencia de personas emocionalmente expresivas, y les cuesta mostrar sentimientos de ternura. Por último, los sujetos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, sobre todo en situaciones que exijan flexibilidad.

Es importante explicitar que todos estos criterios y rasgos pueden ser adaptativos en contextos que recompensan el rendimiento elevado (American Psychiatric Association, 2002). Solo constituyen al TPOC cuando son inflexibles, desadaptativos, persistentes y ocasionan deterioro o malestar significativo. Las personas que padecen este trastorno no suelen hablar de sus

rasgos como un problema, sino más bien los describen como parte de su personalidad que le generan ciertas dificultades.

Diferentes estudios refieren que se diagnostica el trastorno dos veces más en hombres que en mujeres (Hales, Yudofsky y Talbott, 1996; American Psychiatric Association, 2002). Se sugiere que la prevalencia estimada del TPOC es aproximadamente del 1 % en las muestras de población general y del 3-10 % en los individuos que acuden a clínicas de salud mental (American Psychiatric Association, 2002, p.688)

### **Trastorno de Personalidad y EMTs**

La vinculación entre los trastornos de personalidad y esquemas cognitivos ha sido estudiada a lo largo del tiempo. Beck fue quien describió teóricamente la relación entre estas variables mediante la hipótesis de especificidad (Clark y Beck, 1997), pero no fue el único, ya que como ha sido explicado, Young tomó estos aportes para estudiar y mejorar los tratamientos. Evidencia teórica (Young, 1999; Jovev y Jackson, 2004) y empírica en relación a la efectividad del tratamiento basado en el modelo de los esquemas (Giesen Bloo, *et al*, 2006) sustentan la vinculación entre los EMTs y TPs.

### **Justificación de la temática**

El objetivo del presente estudio es relacionar los EMTs propuestos por J. Young y los TPs descritos en el DMS IV. Si bien existen investigaciones que estudian empíricamente la vinculación entre ambas variables (Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001; Arntz, Dreessen, Schouten y Weertman, 2004; Jovev, y Jackson, 2004; Shorey, Anderson y Stuart, 2014), la búsqueda bibliográfica enfocada en factores socioeconómicos asociados a EMTs y TPs realizada en buscadores como PubMed y SciELO mediante las palabras claves “EMTs y pobreza”, “EMTs y nivel socioeconómico”, “EMTs y vulnerabilidad” entre otras, indicó un vacío en la investigación. Frente a esto, los resultados obtenidos de este trabajo contribuirían a futuros estudios similares.

Ahondar en los EMTs arroja datos sobre cómo las personas perciben las situaciones, procesan la información, organizan sus pensamientos y comunican sus emociones (Cordero y Tiscornia, s.f.). Si además se tiene en cuenta que la

modalidad de tratamiento que se desprende del Modelo de los Esquemas de Young ha resultado favorable para pacientes con TPs, las investigaciones sobre cuáles son los EMTs que se activan con mayor frecuencia en determinados TPs, aportan herramientas útiles para la prevención y, más específicamente, para el abordaje psicoterapéutico.

En conclusión, con este trabajo se pretende obtener datos que generen minúsculos aportes para ser comparados con los resultados de otras investigaciones similares, mientras mediante el estudio de los EMTs, espera brindar herramientas para la prevención y tratamiento de los trastornos de personalidad en general, y del trastorno de personalidad obsesivo compulsivo en particular.

## **5. Objetivos del estudio e hipótesis**

### **Objetivo general**

Detectar los Trastornos de Personalidad (TPs) y los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) que puntúen significativamente en la muestra poblacional determinada, para luego analizar la relación entre ambas variables. De esta manera se buscará estudiar la interacción entre el contenido de los esquemas de los sujetos testeados, indagado por medio del Cuestionario de Esquemas de J. Young, y los trastornos de personalidad descritos por el DSM IV, examinados a través de la escala SCID II.

### **Objetivos específicos**

- 1) Explorar y describir los TPs y los EMTs que se encuentran en la muestra de 40 mujeres de 20 a 50 años de bajos recursos socioeconómicos del barrio Las Lilas, Pte. Derqui, Partido de Pilar, para generar datos sobre esta población específica.
- 2) Establecer la relación entre el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo y los EMTs activados en los sujetos con dicho trastorno.



## **Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Existe una relación específica entre los Trastornos de Personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos activados en los sujetos testeados.

### **Hipótesis específicas**

En relación a la frecuencia de TPs y de EMTs a nivel muestral: se espera encontrar con mayor frecuencia los Trastornos de Personalidad Límite y Paranoide, vinculado a que la muestra está compuesta por mujeres y a la condición de bajos recursos económicos de las mismas. A su vez, es esperable que los EMTs activados con mayor frecuencia sean Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Desconfianza y Abuso, Abandono y Entrampamiento, también asociado a las características propias de la muestra.

En relación a la vinculación específica entre TPOC y los EMTs: es esperable que, en función de las características del Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo, puntúen significativamente los EMTs Estándares Inflexibles II e Inhibición Emocional.

## **6. Método**

### **a. Diseño**

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

### **b. Participantes**

La muestra poblacional está formada por 40 mujeres de entre 20 a 50 años del barrio Las Lilas, que concurren a la Posta Sanitaria Las Lilas, dependiente de la Universidad Austral, durante el período comprendido entre el 1 de junio y el 30 de agosto de 2018, que poseen bajos recursos socioeconómicos según el índice AMAI y TPs según el Cuestionario SCID II.

El sexo femenino, la edad, el nivel socioeconómico bajo testado mediante el Índice AMAI y la presencia de TP determinado por la SCID II se consideraron

criterios excluyentes a la hora de conformar la muestra. La media de edad fue de 34 años (DT=8,65), y los niveles socioeconómicos del Cuestionario AMAI se distribuyeron entre las categorías C ( $n=10$ ), C- ( $n=11$ ), D+ ( $n=14$ ) y D ( $n=5$ ), lo cual indica que todas ellas se encuentran dentro del rango de nivel socioeconómico bajo (Tabla 1).

Tabla 1

*Nivel socioeconómico poblacional*

Nivel socioeconómico	Puntos	N°	%
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: Descripción de la distribución de la muestra en las categorías del índice AMAI – 2018 y porcentaje que representa cada una de ellas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Austral. Previo a la administración de los cuestionarios, todas las mujeres que formaron parte de la muestra firmaron el consentimiento informado pertinente. Luego, se las evaluó a través del Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2, el Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018 y el Cuestionario SCID II.

### **c. Descripción de variables**

Para el presente trabajo se tendrán en cuenta dos variables: Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) y Trastornos de Personalidad (TPs).

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos refieren a estructuras psíquicas disfuncionales que comienzan a desarrollarse en la infancia, y que determinan cómo el individuo piensa, siente, actúa y se relaciona con los demás. Los EMTs, sobre todo los desarrollados en la primera infancia, poseen relación con los TPs (Young, 1999).

Por otro lado, los Trastornos de la Personalidad se constituyen como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento (American Psychiatric Association, 2002), que comienza en la adolescencia o en la juventud y genera malestar a la persona. Específicamente, se abordará el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo, el cual se caracteriza por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia (American Psychiatric Association, 2002). Se puede observar también rasgos de hiperresponsabilidad y cierta dificultad para expresar emociones (Hales, Yudofsky y Talbott, 1996, p.765).

#### **d. Instrumentos**

##### ***Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ – L2)***

Se trata de una validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (Castillón, *et al.*, 2005). El Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ – L2) consta de 45 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, siendo 1 “completamente falso”, 2 “la mayor parte falso de mí”, 3 “ligeramente más verdadero que falso”, 4 “moderadamente verdadero de mí”, 5 “la mayor parte verdadero de mí”, y 6 “me describe perfectamente”. Evalúa 11 esquemas maladaptativos tempranos: privación emocional (ítems 1-4), abandono (ítems 5-11), desconfianza y abuso (ítems 12-16), vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (ítems 17-20), entrapamiento (ítems 21-22), autosacrificio (ítems 23-26), inhibición emocional (ítems 27-29), estándares inflexibles II (ítems 30-32), estándares inflexibles I (ítems 33-36), grandiosidad (ítems 37-39), e insuficiente autocontrol/autodisciplina (ítems 40-45). Para su calificación, primero se obtienen las puntuaciones directas teniendo en cuenta la suma de los ítems de cada factor o esquema. Luego, las puntuaciones directas se convierten en percentiles utilizando la tabla de referencia de percentiles y puntuaciones T del cuestionario, considerándose significativo a partir del percentil 85.

### ***Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM IV (SCID II)***

Es una entrevista semiestructurada que dispone de un cuestionario compuesto por 119 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Es utilizada para realizar diagnósticos de personalidad del eje II del DSM IV tanto categoriales, en términos de presente o ausente, como dimensionales, considerando el número de criterios que puntúan para cada diagnóstico. En este caso se ha utilizado la validación española del cuestionario realizada por First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin (1999), sólo de forma categorial. El Cuestionario SCID II brinda los siguientes posibles diagnósticos: trastorno de personalidad por evitación, por dependencia, obsesivo compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial y no especificado.

### ***Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018***

Dicho cuestionario fue creado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). Este cuestionario permite clasificar a los hogares en siete niveles dependiendo de su capacidad para satisfacer las necesidades de sus miembros, utilizando la "Regla de NSE 2018", un algoritmo desarrollado por el Comité de Niveles Socioeconómicos. Considera como variables la escolaridad del jefe de hogar, el número de dormitorios, de baños completos, de personas ocupadas laboralmente de catorce años o más, de autos y la tenencia de internet fija en el hogar (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión, 2017). Para la calificación, se asigna una serie de puntos a las respuestas obtenidas que se sumarán dando como resultado una puntuación que será contrastada con los puntos de corte definidos para determinar el nivel socioeconómico correspondiente. El gradiente de categorías va desde la letra A a la letra E, considerando las letras C+, C, C-, D+, D, y E como bajo nivel socioeconómico.

## **e. Procedimientos**

La administración de protocolos fue realizada en un único encuentro individual con cada participante de la muestra, en las instalaciones de la Posta Sanitaria Las Lilas, institución que depende de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral. Una vez firmado el consentimiento informado, se explicó que la investigación servía como trabajo final de la carrera de Licenciatura en Psicología, que era confidencial y anónimo. Luego, se suministró el Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018, el Cuestionario SCID II y el Cuestionario de Esquemas de J. Young, en ese orden.

Después de llevar a cabo la recolección de la información se realizó la codificación de los resultados obtenidos, considerando EMTs significativos a aquellos que puntuaran con un percentil igual o mayor a 85, y utilizando a la SCID II de forma dicotómica, es decir, que se evaluó si el trastorno de personalidad estaba presente o no. Es importante resaltar que, con este cuestionario, un mismo sujeto puede puntuar para más de un trastorno de la personalidad. En relación al Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI, se siguió el procedimiento pertinente para llegar a la letra clasificatoria.

Luego, se evaluó que todos los protocolos cumplieran con los requisitos de exclusión: sexo, edad, nivel socioeconómico y presencia de trastorno de la personalidad. Dos protocolos fueron desechados por no cumplir con los requisitos.

Los datos fueron analizados con el software IBM SPSS Statistics. Se llevó a cabo una Prueba T-Test para muestras independientes, para determinar las diferencias significativas de la presencia de los EMTs entre los sujetos con TPOC y sin TPOC. Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y que se trata de un estudio piloto, no se realizó corrección por comparaciones múltiples, y se tomó un umbral de significación estadística  $p > 0,05$ . También, se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos, buscando esclarecer cuales son los Trastornos de la Personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos más frecuentes en la muestra utilizada.

## 7. Resultados

### Descriptivos

Dentro de la muestra total (N=40), los TPs más frecuentes fueron el TP Límite ( $n=28$ ), TP Narcisista ( $n=25$ ), TP Obsesivo Compulsivo ( $n=23$ ) y TP Paranoide ( $n=23$ ). Es necesario aclarar que un mismo protocolo puede puntuar simultáneamente para distintos TPs ya que el Cuestionario SCID II fue utilizado de manera categorial únicamente, por lo cual la suma de los  $n$  de todos los trastornos supera el N muestral (Tabla 2).

Tabla 2

*Frecuencia de los TPs*

Trastorno de Personalidad	N°	% de la muestra
Límite	28	70%
Narcisista	25	62.5%
Obsesivo compulsivo	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 significativamente para cada trastorno y el porcentaje que representa en la muestra.

Por otro lado, los EMTs más frecuentes a nivel general fueron Autosacrificio, Desconfianza/Abuso y Entrampamiento, y los EMTs que se presentaron con menor frecuencia fueron Vulnerabilidad al daño, Derecho/Grandiosidad y Privación emocional (Tabla 3). Al igual que en los TPs, un mismo protocolo puede puntuar para varios EMTs, por lo que la suma de los  $n$  de todos los EMTs supera el N muestral.

Tabla 3

*Frecuencia de EMTs*

EMTs	N°	% de la muestra
Autosacrificio	32	80%
Desconfianza y abuso	26	65%
Entrampamiento	22	55%
Inhibición emocional	21	53%
Abandono	18	45%
Estándares inflexibles I	10	25%
Insuficiente autocontrol	17	43%
Estándares inflexibles II	13	33%
Privación emocional	10	25%
Vulnerabilidad al daño	9	23%
Derecho y grandiosidad	8	20%

Nota: se describe la cantidad de protocolos que puntuaron significativamente para cada EMTs y el porcentaje que representa en la muestra.

**Estadística inferencial**

Para hallar las relaciones específicas entre los EMTs y el TPOC, se utilizó el programa SPSS, mediante la prueba T-Test para muestras independientes. Al ser un estudio piloto no se realizó corrección por comparaciones múltiples, y se consideraron significativos los valores  $p < .05$ .

Se hallaron diferencias significativas en el EMT Estándares inflexibles II  $T_{(37)} = -3.691, p < .05$ , entre las personas con TPOC ( $\bar{x} = 75.4, \sigma = 26.08$ ), y aquellas sin TPOC ( $\bar{x} = 45.72, \sigma = 23.17$ ), vislumbrándose que el EMT Desconfianza y Abuso mostró una tendencia, aunque no llegó al umbral de significación.

Tabla 3

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

EMTs	Grupo con TPOC		Grupo sin TPOC		Sig.
	Media	DE	Media	DE	
Estándares Inflexibles II	75.4	26.08	45.72	23.17	.001

Nota: reporte de resultados significativos de Prueba T para muestras independientes con los datos de media y desvío estándar para los grupos con TPOC y sin TPOC. ( $p < .05$ )

## 8. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue conocer cuáles eran los trastornos de personalidad (TPs) y los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs) más frecuentes en una población de mujeres de nivel socioeconómico bajo. La hipótesis planteada en relación a ello proponía que se esperaba encontrar con mayor frecuencia al TP Límite y el TP Paranoide, y a los EMTs Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Desconfianza y Abuso, Abandono y Entrampamiento.

Los resultados arrojaron como TPs significativos el TP Límite, el TP Narcisista, el TP Obsesivo Compulsivo y el TP Paranoide, y como EMTs más frecuentes Autosacrificio, Desconfianza y Abuso y Entrampamiento.

La aparición del TP Límite fue concordante con la hipótesis planteada. Esto podría estar relacionado a la condición de vulnerabilidad social que presenta esta población, en función que genera cierta carencia de sentimiento de seguridad y mayor nivel de impulsividad, ambas cuestiones características del trastorno. Beck y Beck (1991) propusieron que los individuos con TP Límite sostienen la creencia de que están indefensos en un mundo hostil y sin ninguna seguridad, lo cual, sostendría la idea de que el contexto de vulnerabilidad podría colaborar aún más al desarrollo de este TP. Además, es necesario tener en cuenta que la muestra utilizada fue constituida en su totalidad por sujetos femeninos, y que como el TP Límite se diagnostica con preferencia en mujeres (American Psychiatric Association, 2002, p. 669), esto también podría contribuir a que haya sido el TP más frecuente.

También en coincidencia con la hipótesis planteada, el TP Paranoide se encontró dentro de los más frecuentes. Este trastorno se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, y por la interpretación de las intenciones de los demás como maliciosas. Rodríguez Pellejero, Núñez y Hernández (2017) desarrollaron un estudio que evaluó perfiles de personalidad en personas sin hogar que, si bien no utilizó una muestra idéntica a la de esta investigación, fue el único trabajo encontrado que permite hacer una aproximación teórica. Ellos proponen que, en situaciones o circunstancias de desprotección, la suspicacia y la desconfianza son estrategias de afrontamiento reforzadas por el contexto, por lo que la presencia de este TP puede estar relacionada con la situación de vulnerabilidad que se



desprende del bajo nivel socioeconómico que atraviesan las participantes de esta investigación.

Ahora bien, no se encontraban dentro de la hipótesis propuesta el TP Narcisista y el Obsesivo Compulsivo (TPOC), el cual será tratado con mayor profundidad cuando se aborde la relación de ese TP con los EMTs específicos.

El TP Narcisista se caracteriza por un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía, por la presencia de autoestima frágil, y por la creencia de ser superiores, especiales o únicos (American Psychiatric Association, 2002). Por tanto, podría hipotetizarse que la aparición de este TP dentro de los más frecuentes estaría vinculada a una sobrecompensación frente a la baja autoestima que caracteriza a este tipo de poblaciones (Rodríguez Pellejero, Núñez y Hernández, 2017). Sin embargo, la relación de este TP y el nivel socioeconómico bajo debería ser estudiado con mayor profundidad en futuras investigaciones.

Con respecto a los EMTs, el de Autosacrificio fue el más frecuente dentro de la muestra, aunque no estuvo considerado en la hipótesis inicial. Este EMT refiere a la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los otros significativos, relegando al mismo tiempo las propias. Esto, podría estar relacionado a la etapa vital que atraviesan las participantes de la investigación, ya que su rango de edad se vincula con la maternidad, momento en el cual, según Maldonado Durán, Salceda García y Lartigue (2008), las mujeres no piensan en sí mismas sino en un “nosotros” que incluye al hijo. Es decir, que la presencia de este EMT podría justificarse por la actitud de dedicación a las necesidades de los hijos típicas de las madres. De todas maneras, al igual que en el TP Narcisista, esta explicación debería ser estudiada más profundamente.

El segundo EMT que puntuó significativamente y que sí fue hipotetizado fue el de Desconfianza y abuso, el cual refiere a creencias del sujeto de que los otros lo lastimarán, lo engañarán o se aprovecharán de él, involucrando la percepción del daño como intencional y la desconfianza por sospechas de intenciones ocultas. Este EMT podría relacionarse con características paranoides propias de la población de bajo nivel socioeconómico (NSE) (Rodríguez Pellejero, Núñez y Hernández, 2017). Además, se involucra dentro del dominio Desconexión y rechazo, el cual incluye individuos criados en

ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad (Rodríguez Vílchez, 2009), lo cual apoyaría aún más la vinculación del EMT con la condición de bajo NSE.

Por último, el tercer EMT más frecuente fue Entrampamiento, el cual también había sido incluido en la hipótesis general. Este refiere a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas, con frecuencia los padres, a costas de una individuación completa (Rodríguez Vílchez, 2009). La alta frecuencia de este EMT podría surgir como consecuencia del hacinamiento y la convivencia de diferentes generaciones familiares en un mismo hogar, cuestiones características de los sujetos con bajo NSE. La cercanía física inevitable que se da muchas veces en contextos de escasos recursos podría generar sentimientos de fusión y de insuficiente individuación, lo que se relaciona directamente con el EMT Entrampamiento.

El EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad había sido hipotetizado en función de que era esperable que familias que tuvieran carencias en relación al nivel socioeconómico experimentarían creencias de anticipación de catástrofes, sobre todo teniendo en cuenta la cantidad de estresores y riesgos de pérdidas que presenta este tipo de población. Sin embargo, lejos de puntuar significativamente, este EMT fue el segundo de menor frecuencia en la muestra general de este estudio. Al revisar los ítems del Cuestionario de Esquemas de Young (Castrillón, *et al.* 2005) que evalúan 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”), se llega a la conclusión que están más vinculados a pérdidas económicas, y no a cuestiones como enfermedades o catástrofes externas. La ausencia de este EMT como significativo podría deberse a un acostumbramiento a las pérdidas y el despojo, también asociado a los pobres recursos socioeconómicos.

Tampoco puntuó significativo el último EMT incluido en la hipótesis general, el de Abandono, aunque fue uno de los cinco más frecuentes dentro de la muestra. Este EMT se vincula con la creencia de que los demás son inestables emocionalmente y a un fuerte temor de ser abandonados. El EMT Abandono podría estar relacionado con el EMT Desconfianza y abuso dado que ambos

forman parte de la dimensión Desconexión y rechazo, pero se necesitaría una investigación con un número muestral mayor para poder afirmarlo.

Por otro lado, el objetivo específico de esta investigación fue establecer la relación entre el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC) y los EMTs activados en los sujetos con dicho trastorno. Se hipotetizó que los EMTs que se activarían con mayor frecuencia serían Estándares inflexibles II e Inhibición emocional, por ser los más coincidentes con las características del trastorno.

Los resultados del análisis estadístico inferencial demostraron que existe relación significativa entre el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo y el EMT Estándares inflexibles II, percibiéndose también cierta tendencia en el EMT Desconfianza y abuso, aunque éste no logró alcanzar el umbral de significación.

El EMT Estándares Inflexibles II indica la presencia de autoexigencia y perfeccionismo en el sujeto, lo cual es totalmente consecuente con el TPOC, ya que ambas cuestiones son los ejes centrales del trastorno. Además, el EMT Estándares inflexibles II refiere que, tanto el perfeccionismo como la autoexigencia, son tomados por la persona como una descripción de sí mismo sin hacer referencia a ningún tipo de consecuencias negativas, lo cual podría estar vinculado con que los sujetos que padecen este trastorno no suelen hablar de esas características como un problema, sino más bien como parte de su personalidad que le genera ciertas dificultades (American Psychiatric Association, 2002). Por otra parte, el EMT Estándares inflexibles en general propone que el sujeto busca niveles de desempeño elevados y que mantiene preceptos éticos y reglas rígidas, lo que se relaciona directamente con los criterios dos y cuatro que establece el DSM IV para el TPOC.

El EMT Desconfianza y abuso, mostró cierta tendencia en el estudio de la relación entre EMTs y el TPOC, aunque no alcanzó a considerarse como significativa. Se recomienda evaluar la presencia de este EMT en muestras más grandes de personas con TPOC para confirmar o desechar esta vinculación. En caso de afirmarse, y en función que el EMT Desconfianza y abuso es uno de los más frecuentes a nivel muestral, la relación entre este EMT y el TPOC debería ser abordada más profundamente para indagar si la variable socioeconómica genera alguna influencia.

Por último, no puntuó significativamente el EMT Inhibición emocional, el cual refiere a la contención excesiva de acciones y sentimientos, y a la inhibición de la ira y el enojo, así como también de los impulsos positivos. Este EMT había sido incluido en la hipótesis ya que se vincula con la ausencia de manifestación de la agresividad y la expresión de afecto controlada que presentan las personas con TPOC. La ausencia de este EMT como significativo, propone una falta de la contención de la ira que eventualmente podría estar vinculada a la violencia exacerbada que se observa en los contextos de vulnerabilidad social. En este caso también sería conveniente mayor investigación, dado que el EMT Inhibición emocional ha sido el quinto más frecuente a nivel muestral, pero no ha presentado relación significativa con uno de los TPs que comparte más características.

### **Limitaciones y futuras líneas de investigación**

La principal limitación que presenta este estudio fue el bajo número de participantes que constituyeron la muestra. En futuras investigaciones, se debería replicar el diseño de esta investigación en una muestra mayor, para poder realizar un análisis estadístico más riguroso, que incluya correcciones múltiples, y que de esa manera sea representativa de la población estudiada.

Como segunda limitación importante se encuentra la ausencia de protocolos sin trastornos de la personalidad que sirvan como grupo control en la investigación. Su inclusión podría implicar más fiabilidad en los resultados de la relación entre TPs específicos y EMTs.

Por otro lado, como se ha desarrollado en el cuerpo del estudio, se encontró un vacío en investigación en relación a trabajos que evalúen el vínculo entre los TPs en general y los EMTs, ya que la mayoría se centra solamente en el TP Límite. A su vez, aunque existen estudios sobre Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y su vínculo con los EMTs, se encuentra cierta escasez en investigación específica de TPOC y EMTs. Por lo que, teniendo en cuenta las limitaciones planteadas, continuar investigando el TPOC y EMTs específicos es fundamental para aumentar el caudal de información.

Además, tampoco fue satisfactoria la búsqueda bibliográfica con respecto a estudios que integren la variable socioeconómica como condicionante de la relación entre TPs y EMTs. En este sentido, podría replicarse el estudio en

muestras con nivel socioeconómico (NSE) medio y alto para conocer si el NSE produce algún tipo de influencia en la aparición de TPs, y si modifica de alguna manera los EMTs específicos relacionados.

En futuras investigaciones podrían incluirse instrumentos que evalúen intensidad de EMTs y severidad de TPs, para luego, relacionar la información obtenida, y así poder establecer si a mayor gravedad de TP, mayor intensidad de la activación de EMTs.

Es sustancial continuar desarrollando estudios que sustenten aún más el Modelo de los Esquemas propuesto por Young, ya que su campo de aplicación específico son trastornos que usualmente aparecen como resistentes a otro tipo de terapias como lo son los TPs. Mayor investigación podría colaborar con la construcción de intervenciones mejoradas y aún más eficaces.

## 9. Conclusión

La presente investigación tuvo dos objetivos: conocer cuáles EMTs y TPs aparecían con mayor frecuencia en una población femenina de bajos recursos socioeconómicos y, específicamente, relacionar el TP Obsesivo Compulsivo con sus EMTs particulares.

Los resultados de este estudio demostraron la existencia de una relación de especificidad entre el TPOC y el EMT Estándares inflexibles II, lo que reflejaría las características centrales del trastorno como el perfeccionismo y la autoexigencia, mientras aporta respaldo a otras investigaciones que también demuestran esta vinculación (Jovev y Jackson, 2004; Castrillón, *et al.*, 2005; Petrocelli, *et al.*, 2001). Además, el análisis estadístico inferencial indicó cierta tendencia en el EMT Desconfianza y abuso, el cual no había sido incluido en la hipótesis inicial, por lo que se propone estudiar con mayor detenimiento esta relación en el futuro. Por último, no puntúo significativamente el EMT Inhibición emocional, que sí había sido hipotetizado, y aunque podría estar vinculado a contextos de violencia generalizada característicos de las poblaciones con bajos recursos socioeconómicos, también debería ser foco de futuras investigaciones.

Considerando las limitaciones de este estudio, los resultados deben ser tomados con precaución. Se recomienda que se replique su diseño en

muestras mayores y más representativas, para aumentar la confiabilidad de los resultados, indagando al mismo tiempo cómo la variable socioeconómica influye en la relación entre los TPs y los EMTs.

Para finalizar, teniendo en cuenta los márgenes de efectividad que presenta el modelo de Jeffrey Young en los tratamientos para Trastornos de la Personalidad, y proyectando el impacto que podría generar en intervenciones y prevención, se considera sumamente conveniente que aumente el caudal de sustento teórico y empírico del modelo mediante estudios que vinculen los diferentes TPs con los EMTs propuestos por el autor.

## 10. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. (2017). *Nivel Socio Económico AMAI 2018*. Recuperado de <http://nse.amai.org>
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E. y Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour research and therapy* (42)10, 1215-1225.
- 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: Paidós.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., 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., y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y terapia cognitiva. En Carro, I. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 119-127). Barcelona, España: Paidós.
- Cordero, S. y Tiscornia, M. (s.f.). Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.

- Echeburúa, E. y Corral, P., (1999). Avances en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y modificación de la conducta* 102 (25), 585-614.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, R. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. y Fernández Álvarez J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22 (2), 157-169.
- Giesen Bloo, J., van Dyck, R., Spinhover, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *American Medical Association* (63), 649-659.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, S. A. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Ancora.
- Jovev, M. y Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of personality disorders* 18 (5), 467-478.
- Londoño Arredondoy, N- H y Ramírez Posada, M. I. (2015). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos en una muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*, 1 (5), pp. 95-105.
- Maldonado Durán, M., Salceda García, J. M. y Lartigue T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Revista perinatología y reproducción humana*, 22, 5-14.
- Pérez, L. y Torres, M. A. (2016). Desarrollo de los esquemas tempranos en madres adolescentes de un CAR. *Avances en Psicología*, 24(2), 167-174.



- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of personality disorders* 15 (6), 546-559.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Madrid, España: Paidós.
- 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*, (22) 3, 197-206.
- Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17 (1), 59-74.
- Shorey, R., Anderson, S. y Stuart, G. (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.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. Florida, Estados Unidos: Professional Resource Press.
- Young, J. y Klosko, J. (2001). *Reinventar tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nueva York, Estados Unidos: The Guildford Press.