

**UNIVERSIDAD  
AUSTRAL**



**Facultad de Ciencias Biomédicas**

Trabajo de Integración Final

Licenciatura en Psicología

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

**Alumna: Giuliana Caruso.**

**Directora de TIF: Lic. Marcela Spinetto.**

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

**Coordinadora de TIF y de PPS en investigación: Dra. Lucía Alba.**

**22/11/2019**

## 1. ÍNDICE

Índice	1
Resumen	2
Marco Teórico	3
Trastornos de la Personalidad	3
Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC)	4
Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)	10
EMTs y TPOC	15
Nivel Socioeconómico (NSE) bajo	15
Justificación de la temática	16
Objetivos del estudio e hipótesis	17
Métodos	17
Diseño	17
Participantes	17
Descripción de las variables	18
Instrumentos	19
Procedimientos	20
Resultados	21
Discusión	22
Limitaciones y futuras líneas de investigación	30
Conclusión	31
Referencias bibliográficas	33

## 2.RESUMEN

**Introducción:** Este estudio analiza la relación entre el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC), descrito por el DSM-IV, y ciertos Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) propuestos por Jeffrey Young, los cuales permiten una mayor comprensión de la etiología de esta patología. **Objetivos:** 1-Explorar la relación entre el TPOC y los EMTs. // 2-Evaluar la relación entre NSE y los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. **Método:** Se evaluó una muestra de 100 mujeres de bajo NSE, utilizando los Cuestionarios AMAI-2018 y YSQ-L2, así como la entrevista psiquiátrica SCID II. Se realizó una Prueba T para Muestras Independientes, comparando la activación de los EMTs en sujetos con y sin TPOC, y una Correlación Bivariada entre NSE y los EMTs. **Resultados:** Se hallaron diferencias significativas en los siguientes EMTs: Inhibición Emocional  $T(98) = -2,344, p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x}=79,10, \sigma=29.29$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x}=61.74, \sigma=41.25$ ); Estándares inflexibles II  $T(98) = -3,748, p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x}=72.95, \sigma=14.30$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x}=51.18, \sigma=3.73$ ); Desconfianza y abuso  $T(98) = -2,163, p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x}=84.35, \sigma=19.81$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x}=73.07, \sigma=30.54$ ) // Se halló una correlación positiva entre el EMT Autosacrificio y el NSE bajo,  $r(98) = .267, p < .01$ . No se halló una correlación significativa entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el NSE bajo. **Conclusión:** Los sujetos con TPOC puntuaron más alto que aquellos sin TPOC en los EMTs: Estándares Inflexibles II, lo cual se explicaría por el perfeccionismo y los criterios inflexibles para juzgar la conducta que caracterizan a estos sujetos; Inhibición Emocional, que se relaciona con la restricción de la expresión emocional que surge de las dificultades para aceptar, entender y manejar los afectos; Desconfianza y abuso, lo cual se vincula con los estilos de apego inseguros relacionados al TPOC, que se reflejan como una dificultad para confiar en los demás y una visión pesimista del mundo y los otros.// La relación significativa entre EMT Autosacrificio y el NSE bajo se vincularía con el ejercicio de la maternidad y la concepción de la misma en poblaciones pobres, mientras que la ausencia de relación entre el NSE y el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad se explicaría por los recursos externos e internos con los que cuentan los sujetos para afrontar situaciones adversas.. **Palabras Clave:** Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo, Esquemas Maladaptativos Tempranos, Jeffrey Young, Nivel Socioeconómico Bajo.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### **Trastornos de la personalidad.**

La American Psychiatry Association (2002) describe en el DSM IV al Trastorno de la Personalidad (TP) como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”, el cual “es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

Las cogniciones y el comportamiento de aquellos sujetos que padecen un TP se encuentran determinados por dicho trastorno; este constituye un patrón persistente de formas de interpretar el entorno y de verse a sí mismo, e influye en la forma en que el individuo interactúa con el medio que lo rodea, causando un deterioro funcional o malestar significativo. (American Psychiatry Association, 2002). Estos patrones son estables y duraderos, y describen la conducta habitual del individuo (Echeberúa y Corral, 1999).

El modo en que los individuos procesan los estímulos que les brinda el ambiente, así como la forma en que interpretan los datos que poseen sobre sí mismos y sobre los demás, se ven influenciados por la organización de la personalidad. En sujetos con TPs, este procesamiento es distorsionado de manera sistemática, produciéndose así juicios tendenciosos que derivan en conductas desadaptativas. Es decir, la distorsión atributiva resulta en afectos y conductas disfuncionales (Beck, Freeman y Davis, 1995).

Dicha distorsión surge como consecuencia de la activación de esquemas nucleares disfuncionales, que desplazan e inhiben a otros que podrían ser más adaptativos. Estos esquemas forman parte del procesamiento de la información de manera cotidiana en sujetos con TPs, de manera que todos los estímulos que estos pacientes reciben son interpretados sistemáticamente en base a creencias nucleares que resultan desadaptativas (Beck, Freeman y Davis, 1995).

A su vez, los TPs son egosintónicos; es decir, no generan en el paciente una sensación subjetiva de malestar (Echeberúa y Corral, 1999). A menudo, los sujetos que los padecen ven los problemas que se le presentan en las distintas áreas de su vida (laboral, académica, social) como externos a ellos. Suelen autoperibirse como víctimas de la situación, de los demás, o del

sistema, sin ser capaces de reconocer la relación entre estas dificultades y su conducta (Beck, Freeman y Davis, 1995).

Además, estos patrones son persistentes, inflexibles y sumamente resistentes al cambio, con lo cual son muy difíciles de modificar (Echeberúa y Corral, 1999). Con frecuencia, los pacientes con TP obtienen menores ganancias de las intervenciones terapéuticas respecto a aquellos que padecen otro tipo de trastornos, debido a la resistencia manifiesta al cambio y la cualidad egosintónica de los síntomas. (Beck, Freeman y Davis, 1995).

### **Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo.**

El TPOC es uno de los TPs más prevalente entre la población general y la población psiquiátrica (Diedrich y Voderholzer, 2015). De acuerdo a los datos brindados por la American Psychiatry Association (2002), la prevalencia de dicho trastorno es de 1% en la población general y de 3-10% en aquella que asiste a clínicas de salud mental.

En el DSM IV, la American Psychiatry Association (2002) define al TPOC como “un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control”. Los pacientes con este trastorno renuncian a la flexibilidad, espontaneidad y eficiencia a fines de mantener una sensación de control.

El DSM IV (American Psychiatry Association, 2002) describe, a su vez, 8 criterios que se utilizan en el diagnóstico del TPOC y caracterizan a los sujetos que lo padecen.

El criterio 1 describe la atención excesiva dedicada por los sujetos que padecen TPOC, a los detalles, las normas y el orden. En la realización de una actividad, los sujetos se enfocan en la organización y los detalles triviales, dedican tiempo a la confección de listas y el seguimiento al pie de la letra de normas y protocolos, y buscan respetar horarios y formalidades, pudiendo llegar a perder de vista el objetivo inicial de la actividad.

El criterio 2 refiere al perfeccionismo y tendencia a la comprobación y repetición para la corrección de posibles errores que caracteriza a estos sujetos. Dichas características suelen impedir la finalización de tareas y proyectos, que los sujetos revisan y rehacen de manera constante para evitar cometer errores y alcanzar la perfección.

El criterio 3 puntualiza la dedicación excesiva al trabajo y a la productividad que identifica a los individuos con TPOC. Esta conducta no se explica por motivos económicos, sino que dichos sujetos dedican poco tiempo a actividades de ocio y posponen actividades placenteras bajo la idea de que con ellas estarían perdiendo el tiempo.

El criterio 4 hace referencia a la rigidez en los temas de moral, ética o valores y los criterios inflexibles que estos pacientes utilizan para juzgar tanto su comportamiento como el de los demás. Son críticos de los errores tanto propios como ajenos y respetuosos de la autoridad y las normas; las siguen al pie de la letra y no reconocen atenuantes para su incumplimiento. Estas características no son producto de la identificación cultural o religiosa del sujeto.

El criterio 5 explica la incapacidad de las personas con TPOC para deshacerse de objetos viejos que carecen de utilidad o valor sentimental, la cual surge de la idea de que podrían serles de utilidad en un futuro.

El criterio 6 detalla la negativa a delegar tareas o trabajos en otros. Los sujetos insisten en que las cosas se hagan como ellos las harían; con este objetivo en mente, intentan realizar todas las tareas o trabajos por sí mismos, o dan instrucciones detalladas de cómo hacer las cosas cuando es otro quien los ejecuta. La idea de que nadie más que ellos puede hacer las cosas bien subyace esta conducta.

El criterio 7 especifica la tendencia a ser tacaños o avaros. Los sujetos con TPOC buscan controlar y reducir al mínimo los gastos, considerando que el dinero debe acumularse para prevenir posibles catástrofes.

El criterio 8 señala la rigidez y obstinación que caracteriza a estos pacientes. Están inmersos en su propio punto de vista y presentan dificultades para reconocer los puntos de vista de los demás. Planifican todo meticulosamente y se les dificulta aceptar las opiniones de los demás, bajo la creencia de que hay una única forma correcta de hacer las cosas. Se niegan a considerar la posibilidad de cambio (American Psychiatry Association, 2002).

Respecto al pensamiento, las personas que padecen TPOC se caracterizan por un estilo rígido y con la atención centrada en el detalle. Los sujetos obsesivos están constantemente concentrados. Tienen un modo de atención agudo, con el foco puesto de manera intensa en los

detalles, lo cual facilita la resolución de tareas técnicas y detalladas. No obstante, las dificultades para abandonar este modo de atención, para correr el foco de los detalles y obtener así una visión más amplia, deriva en la falta de flexibilidad característica de los pacientes con TPOC. A menudo, estos sujetos son insensibles al tono de las situaciones sociales por estar centrados en detalles irrelevantes, que hacen que se pierdan de vista aspectos más generales de la situación. (Shapiro, 1965).

Sus pensamientos suelen ser irracionales y disfuncionales, y se basan en supuestos sobre sí mismo y el mundo. Beck, Freeman y Davis (1995) describen los pensamientos automáticos que caracterizan a los pacientes que padecen del trastorno. Estos son:

1. “Las conductas, decisiones y emociones son correctas o incorrectas” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Son muy pocas las conductas, decisiones y emociones que consideran aceptables. Aquellas que no entran en esta categoría son consideradas imperfectas y, en consecuencia, erróneas.

2. “Para ser una persona valiosa debo evitar los errores” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Este pensamiento lleva a la creencia de que, por cometer errores, el sujeto es una persona mala o carente de valor, lo cual podría conducir a una autoestima baja o depresión. A su vez, la idea de cometer errores en el futuro o no poder alcanzar la perfección podría generar sentimientos de ansiedad y angustia y/o conducir a la evitación.

3. “Cometer un error es fracasar y el fracaso es intolerable” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Debido a este pensamiento, el paciente experimenta los errores y fracasos normales de la vida cotidiana como una tragedia.

4. “Quien comete un error merece ser censurado” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Lo subyace la creencia de que, si se toleran los errores, uno será cada vez más imperfecto. Aplican el castigo a los errores tanto propios como ajenos.

5. “Debo tener un control perfecto de mi ambiente y también de mí mismo, la pérdida de control es intolerable y (...) peligrosa” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Estas ideas subyacen la necesidad de certidumbre que caracteriza a estos sujetos. La pérdida de

control genera terror y frustración, debido a que, al no estar en absoluto control de la situación y de sí mismo, el sujeto podría cometer un error.

6. “Si algo es, o puede ser, peligroso tiene que trastornarnos terriblemente” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Se siente impelido a tomar todas las medidas necesarias para reducir el peligro, y a preocuparse de manera constante incluso una vez que lo hace.

7. “Tenemos el poder de iniciar o prevenir catástrofes mediante rituales mágicos o rumiaciones obsesivas” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Consideran a los rituales y las rumiaciones, así como la preocupación, útiles y efectivas, y creen que no hacerlo es peligroso.

8. “Si el curso perfecto de una acción no se ve con claridad, es preferible no hacer nada” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Al evaluar de manera tan negativa el error, a menudo los sujetos con TPOC optan por no actuar sin estar seguros del éxito.

9. “Sin mis reglas y rituales, me derrumbaré como un montón de escombros” (Beck, Freeman y Davis, 1995). Los pacientes a menudo consideran que sus rituales y reglas son las motivaciones que los mueven a realizar acciones importantes en su vida cotidiana, como por ejemplo trabajar. Temen que, de no realizarlos, perderían dicha motivación, convirtiéndose en un ‘desastre’.

Por otro lado, Londoño et. al (2007) señalan que las creencias centrales vinculadas con el TPOC están relacionadas con un perfeccionismo excesivo. Estos sujetos se caracterizan por sobrevalorar el orden y los detalles, utilizar la meticulosidad como herramienta para evitar el fracaso y considerar la imperfección y el error como algo catastrófico. A su vez, poseen una actitud crítica hacia los demás, considerándolos irresponsables, incompetentes, autocomplacientes y descuidados.

Los pensamientos que subyacen el TPOC se caracterizan por la fuerte creencia de que es posible alcanzar la perfección, y que existe una única solución correcta para todos los problemas. Esto impacta en la conducta de los sujetos, de manera que los lleva a dudar en exceso y preocuparse por los detalles y la incertidumbre en la toma de decisiones, posponiendo por este motivo su accionar (Guidano y Liotti, 1983). El comportamiento obsesivo se caracteriza por la



búsqueda de perfección, para evitar la incertidumbre y eliminar los riesgos (Frost, Rhéaume y Novara, 2002), y lo subyace una fuerte necesidad de hacer las cosas exactamente de la manera correcta (Jones, 1918). Este comportamiento viene acompañado de una autoevaluación rígida y constante que no da lugar al error, por lo cual se clasifica dentro de la categoría de perfeccionismo patológico (Hewitt y Flett, 1991).

Hewitt y Flex (1991) describen tres dimensiones dentro del perfeccionismo patológico: orientado hacia sí mismo, orientado hacia los demás y prescrito socialmente. El primero refiere al establecimiento de altos estándares de comportamiento y la preocupación por alcanzarlos. El segundo refiere a la utilización de dichos estándares para juzgar la conducta ajena. El tercero refiere a la preocupación por cumplir con las expectativas de las demás personas. Las características del TPOC coinciden con las primeras dos dimensiones descritas por los autores. La conducta de los sujetos que padecen este trastorno se rige por normas morales, costumbres sociales y reglas que permiten discernir lo que se debe hacer en cada situación y actuar en consecuencia (Shapiro, 1965), las cuales dichos individuos aplican de manera rígida y estructurada para juzgar los comportamientos tanto propios como ajenos.

En cuanto al establecimiento de relaciones interpersonales, los vínculos de los sujetos con TPOC generalmente se ven afectados por su rigidez y obstinación (Cain, Ansell, Simpson y Pinto, 2015), así como también por la dificultad en la expresión de afectos positivos hacia otras personas que caracteriza a estos individuos (Oldham, Skodol y Bender, 2014). Dichos sujetos suelen presentarse como dominantes y hostiles, y experimentan sentimientos de ansiedad e intranquilidad en relaciones sociales tensas o dificultosas (Cain, Ansell, Simpson y Pinto, 2015). A su vez, consideran los vínculos interpersonales como secundarios a la productividad y el trabajo, y evitan el establecimiento de vínculos íntimos, románticos y/o sexuales (Oldham, Skodol y Bender, 2014).

Respecto a la empatía, poseen dificultades para entender los pensamientos, sentimientos y conductas de las demás personas (Oldham, Skodol y Bender, 2014), así como también para adoptar puntos de vista ajenos a los propios de manera espontánea (Cain, Ansell, Simpson y Pinto, 2015).

En el ámbito emocional, los individuos con TPOC padecen los afectos negativos con mayor fuerza que individuos sin el trastorno, además de que tienen dificultades para aceptarlos, entenderlos y manejarlos de manera efectiva (Steenkamp, Suvak, Dickstein, Shea y Litz, 2015). Estos pacientes poseen un autocontrol consciente, rígido y excesivo, con la intención de dirigir y controlar los propios deseos y emociones; es decir, los síntomas de rigidez están vinculados con las dificultades en relación al manejo emocional, siendo estos una estrategia disfuncional que estos pacientes utilizan para afrontar los fuertes afectos negativos que padecen (Villemarette Pittman, Stanford, Greve, Houston, y Mathias, 2004).

Por otro lado, las emociones agradables también son rechazadas por los sujetos con TPOC. El desapego es una característica muy presente en los individuos que padecen este trastorno, quienes reaccionan de manera inadecuada a los estímulos afectivos tanto positivos como negativos, restringiendo su expresión emocional y actuando con frialdad e indiferencia. (Oldham, Skodol y Bender, 2014). Estos describen sus emociones como inaceptables, confusas y difíciles de manejar, lo cual conduce a un auto-monitoreo constante para mantenerlas bajo control, así como también a la evitación de la experiencia afectiva (Steenkamp, Suvak, Dickstein, Shea y Litz, 2015).

La evitación experiencial es un fenómeno que se presenta como síntoma de numerosas patologías, y consiste rehusarse a entrar en contacto con experiencias privadas particulares que resultan desagradables para el sujeto (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1966). Este concepto ha sido asociado al TPOC, y vinculado a las características centrales del trastorno como lo son el control emocional excesivo, la rigidez, las dificultades para cambiar y el perfeccionismo maladaptativo (Wheaton y Pinto, 2017).

Un estudio reciente (Riddle et. al, 2016) evidenció la existencia de dos perfiles en los sujetos con TPOC. El primero, caracterizado por la necesidad de control, el perfeccionismo y la extrema atención en los detalles, la obstinación y la preocupación por la organización y el orden. El segundo, determinado por la duda constante, la dificultad para tomar decisiones y completar tareas y la incapacidad de deshacerse de objetos inútiles y carentes de valor emocional.

## **Esquemas Maladaptativos Tempranos**

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), definen los esquemas como patrones cognitivos relativamente estables que subyacen la lectura que el sujeto hace del mundo, de sí mismo y de los vínculos. Es decir, los esquemas nucleares influyen en la forma en que la persona interpreta las situaciones que le acontecen, y orientan su conducta. Young, Klosko y Weishaar (2003), por su parte, afirman que estos son un patrón que el sujeto impone en la realidad, a fines de interpretarla; según los autores, los esquemas median la percepción y guían la conducta.

Los esquemas elaborados en la infancia se imponen a las experiencias de la vida adulta, incluso cuando ya no deberían aplicarse. Es decir, a fines de mantener la ‘consistencia cognitiva’, el sujeto interpreta situaciones presentes en base a esquemas elaborados en el pasado, que podrían no ser adecuados o estar distorsionando su interpretación de la realidad. (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Estos patrones de pensamiento son egosintónicos; es decir, el sujeto no se da cuenta de sus propios esquemas ni de cómo estos influyen en el procesamiento de la información (Caballo, 1998). Los mismos sesgan la información que el sujeto recibe de la realidad y tienden a auto-perpetuarse, utilizando cogniciones confirmatorias (Riso, 2009). Es decir, el sujeto interpreta la información de manera tal que confirme sus esquemas nucleares, ignorando muchas veces la evidencia en contra de los mismos.

Estos esquemas pueden resultar funcionales, o disfuncionales, adaptativos o no. Las emociones y conductas disfuncionales que caracterizan la psicopatología surgen de ciertos esquemas que tienden a producir sistemáticamente juicios tendenciosos. Es decir, las distorsiones atributivas son las que provocan conductas y emociones que resultan disfuncionales y generan psicopatología. (Beck, Freeman y Davis, 1995). Estos patrones disfuncionales tienden a ser rígidos y difíciles de modificar, puesto que, al ser egosintónicos, el sujeto no se los cuestiona.

En los sujetos que padecen TPs, estos esquemas están muy generalizados, son de carácter compulsivo y son más resistentes al cambio que en aquellas personas que no padecen estos trastornos (Ruiz, 1998).

Young (1990) describe aquellos esquemas que se desarrollan en respuesta a experiencias infantiles tóxicas, y los define como Esquemas Maladaptativos Tempranos. Estos son patrones emocionales y cognitivos disfuncionales que se desarrollan en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, y los comportamientos maladaptativos derivan de su activación.

Los EMTs surgen de la interacción entre el temperamento innato del niño y las condiciones ambientales donde se desarrolla. A pesar de que ciertas características propias del temperamento innato protegen al niño, las condiciones ambientales extremas superan ese factor protector. A su vez, determinadas características del temperamento del niño pueden llevar al surgimiento de EMTs incluso en ambientes que no lo propicien (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Los EMTs se desarrollan a partir de la insatisfacción de cinco necesidades básicas: (1) Afectos seguros con otras personas, (2) autonomía, competencia y sentido de identidad, (3) libertad para expresar las necesidades y emociones válidas, (4) espontaneidad y juego y (5) límites realistas y autocontrol (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Los EMTs se clasifican dentro de cinco dimensiones, que corresponden a distintas necesidades básicas insatisfechas.

#### *Dimensión I: Desconexión y rechazo.*

Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión presentan dificultades en el establecimiento de relaciones estables, debido a la creencia de que sus necesidades de estabilidad, seguridad y cuidado no serán satisfechas. Surgen de familias inestables, abusivas, frías, que rechazan al niño o que están aisladas del mundo exterior. Incluye los siguientes esquemas: Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Imperfección/Vergüenza y Aislamiento Social.

#### *Dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño.*

Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión presentan dificultades para diferenciarse de sus padres y funcionar de manera independiente. Surgen de familias sobreprotectoras, que hacen todo por el niño, en detrimento de su autoconfianza y capacidad de

actuar de manera competente en el mundo externo a la familia. Incluye los siguientes esquemas: Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad y Enmarañamiento.

*Dimensión III: Límites inadecuados.*

Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión no desarrollaron límites internos adecuados y tienen dificultades para controlarse y respetar al otro. Son egoístas y consentidos, y carecen de la capacidad necesaria para controlar impulsos y retrasar la propia gratificación. Surgen en niños que no fueron obligados a seguir reglas, controlar la propia conducta y tener en cuenta a los demás. Incluye los siguientes esquemas: Grandiosidad/Derecho y Autocontrol insuficiente/Autodisciplina insuficiente.

*Dimensión IV: Tendencia hacia el otro.*

Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión tienden a satisfacer las necesidades ajenas, con anterioridad a las propias, con el objetivo de obtener la aprobación de los demás, mantener relaciones emocionales o evitar el castigo. Surgen de familias que no permitían al niño seguir sus inclinaciones naturales, obligándolo a restringirse para obtener amor o aprobación. Incluye los siguientes esquemas: Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento.

*Dimensión V: Sobrevigilancia e inhibición.*

Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión reprimen sus emociones e impulsos de acuerdo a normas internas rígidas. Surgen de familias estrictas, que niegan y reprimen la espontaneidad y el placer. Incluye los siguientes esquemas: Negatividad/Pesimismo, Control excesivo/Inhibición emocional, Normas inalcanzables y Castigo (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

El cuestionario utilizado en el presente trabajo para evaluar los EMTs es una adaptación desarrollada y validada por Castrillón et. al (2005). La misma incluye los siguientes EMTs:

- *Abandono*: Refiere a la creencia de que las relaciones con los demás son inestables y que las personas importantes para ellos van a abandonarlos. Identifica a los demás como emocionalmente impredecibles e incapaces de brindarle apoyo emocional.

- *Insuficiente autocontrol*: Implica una dificultad en el control y la regulación de las emociones e impulsos para obtener metas personales. Incluye la evasión del dolor o situaciones de discomfort, la responsabilidad y el esfuerzo.
  
- *Desconfianza y abuso*: Describe la convicción de que los demás se aprovecharán de uno y lo dañarán de manera intencional, así como la sospecha de que los otros tienen intenciones ocultas y tratan de engañarlo.
  
- *Privación emocional*: Indica la creencia de que los demás no podrán satisfacer sus necesidades emocionales y de cuidado.
  - *Privación de cuidado (ausencia afecto o preocupación por uno)*.
  - *Privación de empatía (ausencia de escucha y entendimiento)*.
  - *Privación de protección (ausencia de guía de parte de los demás)*.
  
- *Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad*: Refiere al miedo exagerado de que ocurra una catástrofe médica, emocional o externa. Incluye el miedo a sufrir ataques por parte de otros, o no poder acceder a recursos y estabilidad económica.
  
- *Autosacrificio*: Describe la tendencia a satisfacer las necesidades ajenas, dándoles prioridad por encima de las propias, para evitar la culpa, mejorar su autoestima o establecer conexiones emocionales con otros. Son muy sensibles al dolor de los demás. Tienen la sensación de que sus necesidades no son satisfechas de manera adecuada y puede generar resentimiento.
  
- *Estándares inflexibles I*: Alude a las normas que los sujetos se imponen a sí mismo, las cuales generan consecuencias tales como problemas de salud, dificultades en las relaciones interpersonales, y sacrificio del propio placer y felicidad, así como la hipercrítica si estas no se cumplen.
  
- *Estándares inflexibles II*: Alude a las normas que los sujetos se imponen a sí mismo, y la búsqueda de perfeccionismo, sin el reconocimiento de consecuencias negativas. Se trata de una actitud hipercrítica hacia sí mismo y los demás, en base a

estándares de conducta y desempeño estrictos, que tienen el objetivo de buscar aprobación, normas y principios éticos rígidos y preocupación excesiva por los detalles, el tiempo y la eficiencia.

- *Inhibición emocional*: Refiere a un control excesivo de las propias emociones y conductas para evitar la crítica de parte de los demás. Suelen inhibir afectos e impulsos tanto negativos, como positivos. Genera dificultades en la comunicación de necesidades y la expresión de sentimientos de vulnerabilidad.

- *Derecho y grandiosidad*: Describe la creencia de que uno es superior al resto, y, en consecuencia, posee privilegios. No se manejan bajo las reglas de reciprocidad que guían las interacciones interpersonales. Son competitivos, dominantes, manipulan a los demás y carecen de empatía

- *Entrampamiento*: Alude a un involucramiento excesivo con personas significativas, en detrimento de la propia diferenciación y desarrollo social. Lo subyace la creencia de que dicha cercanía es necesaria para el adecuado funcionamiento de alguno de los individuos de la relación.

Young desarrolla la Terapia Centrada en Esquemas, la cual trabaja sobre estos EMTs. Esta le brinda al terapeuta un marco para comprender los patrones de pensamientos, emociones y conductas autoderrotistas de los sujetos, y constituye una herramienta para abordar pacientes más difíciles de tratar, como pueden serlo aquellos que padecen un TP (Rodríguez Vílchez, 2009).

De acuerdo a lo establecido por Young, Klosko y Weishaar (2003), la Terapia Centrada en Esquemas está diseñada para el tratamiento de los aspectos caracteriológicos de los distintos trastornos. A través del rastreo y análisis de los EMTs, los pacientes son capaces de reconocer sus problemas caracteriológicos como egodistónicos y trabajar para modificarlos, lo cual resultaría espacialmente útil en el tratamiento de los TPs.

Hallazgos recientes señalan la eficacia de la Terapia Centrada en Esquemas para el tratamiento de pacientes con TPs, y especialmente de aquellos que padecen Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El conocimiento de los EMTs específicos que subyacen al TP resulta fundamental para el abordaje de dichos pacientes. (Giesen-Bloo et. al., 2006).

## **EMTs y TPOC**

Beck et. al. (2001) evidenciaron la existencia de una relación significativa entre los TPs y la presencia de creencias disfuncionales. Por otro lado, hallazgos recientes demostraron la relación entre la presencia de TPs o algunas características de los mismos, y la activación de ciertos EMTs, lo cual indicaría la eficacia del Cuestionario de Esquemas de Young como herramienta para el diagnóstico y tratamiento de los TPs (Nordahl, Holthe y Haugum, 2005).

En cuanto al TPOC específicamente, en las últimas décadas, algunos estudios han logrado demostrar la relación entre dicho trastorno y la activación de determinados EMTs. El TPOC fue asociado con la activación de los EMTs de Estándares Inflexibles (Jovev y Jackson, 2004), y Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol (Nordahl, Holthe y Haugum, 2005). Contrario a lo esperado, no se encontró relación significativa con la activación del EMT Inhibición Emocional (Jovev y Jackson, 2004).

### **NSE bajo:**

La pobreza constituye un importante factor de riesgo para la salud de los individuos, tanto física como mental. La Organización Mundial de la Salud (2003) señala que existe una relación de causalidad bidireccional entre la pobreza y la salud. La describe como un círculo vicioso, en el cual la pobreza estructural contribuye al desarrollo de múltiples enfermedades físicas y mentales, a la vez que no gozar de una buena salud condiciona el progreso socioeconómico del sujeto. Condiciones como la falta de acceso al saneamiento, la inadecuada alimentación y/o desnutrición, el bajo nivel de escolarización y la vulnerabilidad a factores ambientales hace a este tipo de poblaciones más susceptibles al padecimiento de enfermedades físicas y mentales (Mari, 1987).

En cuanto a la salud mental específicamente, estudios señalan la pobreza como factor predictor de enfermedades mentales; la prevalencia de morbilidad psíquica es mayor en familias pobres que aquellas de niveles socioeconómicos medios y altos (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995), y concretamente los TPs cuentan con un alto nivel de prevalencia en poblaciones pobres (Salavera, Puyuelo y Orejudo, 2009).

Por otro lado, las condiciones de pobreza estructural llevan a que los sujetos pertenecientes a poblaciones vulnerables sean expuestos a experiencias adversas tempranas como la desnutrición,



el hacinamiento, el maltrato infantil, la negligencia parental y el abuso sexual, que afectan negativamente al desarrollo del psiquismo (Vega-Arce y Nuñez-Ulloa, 2017).

Teniendo esto en cuenta, resulta esperable que los sujetos pertenecientes a poblaciones con bajo NSE presenten cogniciones disfuncionales asociadas a conductas desadaptativas y sintomatología psicopatológica, como resultado de experiencias de aprendizaje previas que hubieran tenido lugar en la infancia (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Los EMTs surgen de la relación entre el temperamento del sujeto y las condiciones ambientales a las que se enfrenta, siendo su desarrollo propiciado por la insatisfacción de necesidades básicas. Familias disfuncionales (invalidantes, abusivas, negligentes, entre otras características) favorecen el desarrollo de dichos esquemas, y las experiencias infantiles adversas graves superan los factores protectores que el temperamento innato del sujeto podría brindar (Young, Klosko y Weishaar, 2003). De esta manera, los niños expuestos a experiencias adversas tempranas resultantes de las condiciones de pobreza estructural serían propensos a desarrollar EMTs que se repetirían en la adultez.

No obstante, la percepción subjetiva de la pobreza, entendida como las representaciones que los propios sujetos tienen de la situación en la que viven, afecta a los niveles de bienestar subjetivo que estos experimentan (Palomar, Lever y Pérez Corres, 2003). Dicha sensación de bienestar subjetivo ayuda a experimentar los eventos adversos como menos estresantes (Bolger y Schilling, 1991) y, en consecuencia, a enfrentarlos de una manera más adaptativa. De esta manera, una percepción subjetiva positiva de la pobreza, a través de la cual los sujetos reconozcan los recursos que poseen para afrontar las condiciones de vida desfavorables, ayudaría a experimentar una sensación de bienestar que funcione como factor protector frente a los efectos negativos del estrés.

### **Justificación de la temática**

En el presente trabajo se propone evaluar la relación entre el TPOC y la activación de los EMTs descritos por Jeffrey Young, en una muestra poblacional de mujeres de entre 20 y 50 años de bajo nivel socioeconómico (NSE).

Si bien se han realizado estudios que vinculan la activación de los EMTs con los TPs, el objetivo de este trabajo apunta a ampliar la información respecto de los EMTs que se relacionan específicamente con el TPOC, escasa en la actualidad. Además, se tiene en cuenta el factor del NSE, el cual no ha sido incluido en investigaciones anteriores sobre el tema.

Se considera que la obtención de información respecto de esta temática contribuirá a una mejora en la prevención y tratamiento del TPOC.

#### **4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS**

##### **Objetivos**

- 1- Evaluar los Esquemas Maladaptativos Tempranos que se activan más frecuentemente en sujetos con Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo.
- 2- Evaluar la relación entre los niveles de pobreza y los Esquemas de Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

##### **Hipótesis específicas**

- 3- Se hallará una relación significativa entre el TPOC y los EMTs Inhibición Emocional y Estándares Inflexibles II.
- 4- Se hallará una relación positiva entre los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

#### **5. MÉTODO**

##### **Diseño**

Se condujo una investigación de diseño no experimental, exploratorio, de corte transversal.

##### **Participantes**

La muestra poblacional está conformada por 60 mujeres de bajo NSE, de entre 20 y 50 años. Las mujeres residen en el Barrio Las Lilas y acuden a la Posta Sanitaria Las Lilas, institución dependiente de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral.

Los criterios excluyentes para la conformación de la muestra fueron: el sexo femenino, la edad (entre 20 y 50 años), el NSE bajo (evaluado con el Índice AMAI, considerando NSE bajo aquellos protocolos que se clasificaran entre las letras “C” y “E”), y la presencia de TPs (evaluado mediante la aplicación del cuestionario SCID II, que fue utilizado de manera dicotómica, pudiendo así puntuar cada participante para más de un TP).

La media de edad fue de 33 años. En cuanto al nivel socioeconómico, los protocolos se distribuyeron entre las categorías C+ (n=3), C (n=16), C- (n=24), D+ (n=36) y D (n=21) pertenecientes al NSE bajo de acuerdo al Índice AMAI (Tabla 1).

Tabla 1

*Nivel socioeconómico poblacional*

Nivel socioeconómico	Puntos	N°	%
A/B	212 o más	-	-
C+	168 a 211	3	3%
C	138 a 167	16	16%
C-	109 a 137	24	24%
D+	80 a 108	36	36%
D	51 a 79	21	21%
E	0 a 50	-	-

*Nota: Descripción de la distribución de la muestra en las categorías del Índice AMAI-2018.*

**Descripción de variables**

Durante la investigación se tuvieron en cuenta dos variables: EMTs y TPs.

Los EMTs son patrones emocionales y cognitivos disfuncionales que se desarrollan en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, conduciendo al individuo a conductas maladaptativas (Young, 1990). Surgen de la interacción entre el temperamento innato del niño y las condiciones ambientales donde se desarrolla (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Los TPs, por su parte, son definidos por la American Psychiatry Association (2002) como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta

acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, (...) es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

Constituyen un patrón persistente de formas de interpretar el entorno y de verse a sí mismo, e influye en la forma en que el individuo interactúa con el medio que lo rodea, causando un deterioro funcional o malestar significativo en el sujeto. (American Psychiatry Association, 2002).

## **Instrumentos**

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

El cuestionario utilizado en el presente trabajo para evaluar los EMTs es una adaptación desarrollada y validada por Castrillón et. al (2005) del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition. Está compuesto por 45 ítems puntuados de acuerdo a una escala tipo Lickert de 6 valores, en la cual 1 corresponde a “Completamente falso”, 2 a “La mayor parte falso de mí”, 3 a “Ligeramente más verdadero que falso”, 4 a “Moderadamente verdadero de mí”, 5 a “La mayor parte verdadero de mí” y 6 a “Me describe perfectamente”.

Evalúa los siguientes EMTs: 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), entrampamiento (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).

Las puntuaciones obtenidas se convierten en percentiles y se consideran significativos aquellos resultados iguales o mayores al percentil 85.

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

Se trata de una entrevista semiestructurada en la que se aplica un cuestionario compuesto por 119 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Permite diagnosticar trastornos del Eje II del DSM IV: TP por Evitación (ítems 1-7), por Dependencia (ítems 8-15), Obsesivo Compulsivo (ítems 16-24), Pasivo-Agresivo (ítems 25-32), Depresivo (ítems 33-40), Paranoide (ítems 41-48),

Esquizotípico (ítems 49-59), Esquizoide (ítems 60-65), Histriónico (ítems 66-72), Narcisista (ítems 73-89), Límite (ítems 90-104) y Antisocial (ítems 105-119).

Este cuestionario puede ser utilizado tanto de manera de manera categorial/dicotómica (indicando la presencia o ausencia del trastorno, al considerar si alcanza o no el puntaje de corte indicado para cada TP) o dimensional (evaluando severidad, al considerar el número de criterios que puntúan para cada diagnóstico).

En el presente trabajo, se realizó un diagnóstico categorial de los TP. De esta manera, cada participante pudo haber puntuado para más de un trastorno.

Se utilizó la validación española del cuestionario realizada por First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin (1999)

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

Se utilizó para la evaluación del NSE de las participantes del estudio. El cuestionario clasifica en siete niveles distintos el hogar del sujeto, utilizando la “Regla de NSE 2018” (un algoritmo desarrollado por el Comité de Niveles Socioeconómicos) para determinar la capacidad de satisfacer las necesidades de sus miembros.

Indaga sobre el nivel de escolaridad máximo alcanzado por jefe de hogar, la cantidad de dormitorios y de baños completos que hay en el hogar, las personas laboralmente activas de catorce años o más que viven en el hogar, la cantidad de autos que poseen y la disponibilidad o no de internet fija en el hogar. Se clasifica al hogar dentro de un gradiente de categorías que va de la A a la E, siendo C+, C, C-, D+, D, y E bajo NSE. Para ello, se puntúan las respuestas obtenidas y se suman los resultados, para poder comparar el resultado total con el punto de corte correspondiente a cada categoría.

#### **Procedimientos**

En la fase de recolección de información, se realizó una entrevista única e individual con cada una de las participantes, en la cual se administraron el Cuestionario de Esquemas de J. Young, el Cuestionario SCID II y el Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018, en ese orden.

Dichas entrevistas se llevaron a cabo en la Posta Sanitaria Las Lilas, institución dependiente de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral. Previo al inicio de la recolección, el estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Austral.

Los resultados obtenidos fueron codificados de la siguiente manera: La escala SCID II fue utilizada de manera dicotómica (es decir, evaluando únicamente presencia y no gravedad de los trastornos), pudiendo puntuar así cada sujeto para más de un trastorno; en cuanto al Cuestionario de Esquemas de J. Young, los EMTs fueron considerados significativos siempre y cuando puntuaran con un percentil mayor o igual a 85; respecto al Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018, se aplicó el procedimiento indicado para clasificar el NSE de los participantes en letras de la “A” a la “E”.

Para el análisis de datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics. Con el objetivo de determinar las diferencias significativas en la activación de los EMTs entre los sujetos con y sin TPOC, se realizó una Prueba T para Muestras Independientes. Se tomó un umbral de significación estadística  $p > 0,05$  y se realizó una corrección por comparaciones múltiples. Por otro lado, se realizó una Correlación Bivariada para evaluar la relación entre el nivel de pobreza y la activación de los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

## 6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la Prueba T para Muestras Independientes fueron los siguientes (Tabla 2):

- Se hallaron diferencias significativas en el EMT Inhibición Emocional  $T(98) = -2,344$ ,  $p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x} = 79,10$ ,  $\sigma = 29,29$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x} = 61,74$ ,  $\sigma = 41,25$ ), quienes puntuaron más bajo.
- Se hallaron diferencias significativas en el EMT Estándares inflexibles II  $T(98) = -3,748$ ,  $p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x} = 72,95$ ,  $\sigma = 14,30$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x} = 51,18$ ,  $\sigma = 3,73$ ), quienes puntuaron más bajo.

- Se hallaron diferencias significativas en el EMT Desconfianza y abuso  $T(98) = -2,163$ ,  $p < .05$ , entre sujetos con TPOC ( $\bar{x} = 84.35$ ,  $\sigma = 19.81$ ), quienes puntuaron más alto, y sin TPOC ( $\bar{x} = 73.07$ ,  $\sigma = 30.54$ ), quienes puntuaron más bajo.

Tabla 2

*Prueba T para Muestras Independientes*

EMTs	Grupo con TPOC		Grupo sin TPOC		Sig.
	Media	DE	Media	DE	
Inhibición Emocional	79.10	29.29	61.74	41.25	$p < .05$
Estándares Inflexibles II	72.95	14.30	51.18	3.73	$p < .05$
Desconfianza y abuso	84.35	19.81	73.07	30.54	$p < .05$

*Nota: reporte de resultados significativos de Prueba T para muestras independientes*

Por otro lado, a partir de la Correlación Bivariada se halló una correlación positiva entre el NSE bajo y el EMT Autosacrificio. No obstante, no se halló una correlación significativa entre el NSE bajo y el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (Tabla 3).

Tabla 3

*Relación entre EMTs y NSE.*

		Autosacrificio	Vulnerabilidad al daño y la enfermedad
AMAI	Correlación de Pearson	.267**	NS
	Sig. (bilateral)	.007	NS

*Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).*

## 7. DISCUSIÓN

El primer objetivo del presente estudio consistió en evaluar la relación entre la activación de determinados EMTs y la presencia de TPOC en mujeres de nivel socioeconómico bajo. Teniendo en cuenta las características específicas del trastorno, se hipotetizó que los EMTs Inhibición Emocional y Estándares Inflexibles II se activarían con mayor frecuencia.

En concordancia con dicha hipótesis, el análisis estadístico de los datos arrojó resultados que señalan una relación significativa entre el TPOC y los EMTs Estándares Inflexibles II e Inhibición emocional. Además, se halló una relación significativa entre el TPOC y el EMT Desconfianza y abuso, el cual no había sido incluido en la hipótesis inicial.

El EMT Estándares Inflexibles II, hace referencia a la búsqueda constante de perfeccionismo a través del seguimiento de normas que los sujetos se imponen a sí mismos (Castrillón et. al., 2005). Esto resulta consecuente con las características principales del TPOC; el criterio 2 propuesto en el DSM IV hace referencia a la tendencia de estos sujetos a buscar la perfección y comprobar de manera constante sus acciones para evitar cometer errores (America Psychiatry Association, 2002). A su vez, los sujetos con TPOC presentan pensamientos disfuncionales en relación a la temática del perfeccionismo. Dichos sujetos se caracterizan por considerar el error como algo catastrófico e intolerable, y la búsqueda de perfección y control sobre sí mismo y el ambiente como una herramienta para evitarlo (Beck, Freeman y Davis, 1995). A estos pensamientos los subyace la idea de que es posible alcanzar la perfección y existe una única solución correcta a los problemas (Guidano y Liotti, 1983), y los sujetos actúan en consecuencia a fines de evitar la incertidumbre y eliminar los riesgos (Frost, Rhéaume y Novara, 2002). Este esquema alude también a la preocupación excesiva por los detalles, el tiempo y la eficiencia (Castrillón et. al., 2005). La American Psychiatry Association (2002) define estas características como algunas de las centrales del TPOC, siendo uno de los criterios diagnósticos atención excesiva dedicada a los detalles, las normas y el orden. En este criterio se hace referencia a la tendencia a enfocarse en la organización y detalles triviales, el seguimiento de normas y protocolos al pie de la letra y el respeto por los horarios y formalidades que hacen que los sujetos que padecen el trastorno pierdan de vista el objetivo inicial de la actividad que estén realizando. Este tipo de conductas se encuentran vinculadas con la búsqueda de perfección, ya que los sujetos utilizan la meticulosidad como herramienta para evitar el fracaso.

En segundo lugar, este EMT señala la presencia de normas y principios éticos rígidos (Castrillón et. al., 2005). Esto se encuentra dentro de las características principales que constituyen el TPOC; la conducta de los sujetos que lo padecen se rige por normas y principios morales que indican la manera de actuar en cada situación (Shapiro, 1965) y el criterio 4 de DSM



IV hace referencia a la rigidez de los sujetos en relación a ellas (American Psychiatry Association, 2002).

En tercer lugar, el esquema hace referencia a una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás (Castrillón et. al., 2005). En concordancia con esto, los sujetos con TPOC presentan una autocrítica excesiva relacionada a una autoevaluación rígida y constante (Hewitt y Flett, 1991) que se vincula con el perfeccionismo y la rigidez en cuanto a las normas, principios y valores a seguir previamente mencionados. A su vez, estas normas que se autoimponen también son utilizadas por estos sujetos para juzgar la conducta ajena, y adoptan una actitud crítica de los demás, considerándolos irresponsables, incompetentes, autocomplacientes y descuidados (Londoño et al, 2007). A esta actitud la subyace una fuerte creencia disfuncional de que “quien comete un error merece ser censurado” (Beck, Freeman y Davis, 1995).

Los resultados que indican una relación entre el EMT Estándares Inflexibles II y el TPOC, podrían estar relacionados a la tendencia de estos sujetos a presentar perfeccionismo maladaptativo, orientado tanto a sí mismo como hacia los demás. Estos hacen referencia al establecimiento de altos estándares de comportamiento, así como a la preocupación por alcanzarlos -orientado hacia sí mismo- y su utilización para juzgar la conducta ajena -orientado hacia los demás-. (Hewitt y Flex, 1991).

El EMT Inhibición emocional alude a un control excesivo de las propias conductas y emociones, mediante la inhibición de afectos e impulsos tanto negativos como positivos (Castrillón et. al., 2005). Esta tendencia a restringir la expresión emocional se registra en pacientes con TPOC, quienes poseen dificultades para aceptar, entender y manejar de manera efectiva los estímulos afectivos (Steenkamp, Suvak, Dickstein, Shea y Litz, 2015) y reaccionan a estos de manera inadecuada, actuando con frialdad e indiferencia (Oldham, Skodol y Bender, 2014).

Este tipo de conductas se relacionan con la necesidad de control que caracteriza a estos sujetos; los pacientes con TPOC perciben sus emociones como inaceptables, confusas y difíciles de manejar, lo que conduce a intentos de controlarlas o evitarlas (Steenkamp, Suvak, Dickstein, Shea y Litz, 2015). Los síntomas de rigidez que se presentan en el TPOC se asocian a estas conductas, siendo estos una estrategia disfuncional que estos sujetos utilizan a fines de poder

afrontar los estímulos afectivos (Villemarette Pittman, Stanford, Greve, Houston, y Mathias, 2004).

Shapiro (1965), en su descripción de los estilos obsesivos, afirma que en estos sujetos la intencionalidad de dirigir sus actos no se limita al plano conductual, sino que este deseo de autocontrol consciente y excesivo se expresa también en el plano emocional. El obsesivo realiza un esfuerzo para dirigir sus deseos y emociones a voluntad; lleva los pensamientos disfuncionales de “debería” al plano afectivo, indicándose a sí mismo de qué manera debe sentirse y qué emociones no debe sentir. Los impulsos y deseos se le presentan como una tentación que podría interferir con aquello que “deberían” desear y sentir. La experiencia del afecto requiere una relajación de la actitud de premeditación que resulta imposible para el paciente obsesivo. Estos sujetos están en constante control deliberado de sus acciones, por lo cual no se permiten sentir de manera espontánea. Esta actitud lleva necesariamente a la restricción emocional que caracteriza a estos individuos (Shapiro, 1965).

El EMT Desconfianza y abuso hace referencia a la creencia del sujeto de que los demás tienen intenciones ocultas, tratan de engañarlo, se aprovecharán de él y lo lastimarán de manera intencional (Castrillón et. al., 2005). Se relaciona con una actitud constante de suspicacia y una visión negativa del otro, como si fuera una amenaza. La activación de este esquema en sujetos con TPOC no puede ser explicada por las características principales que constituyen este trastorno. No obstante, podría estar vinculado al funcionamiento interpersonal de estos sujetos.

El TPOC ha sido relacionado con estilos de apego inseguro, tanto ambivalente (Zakieki et. al., 2017; Rosentein y Horowitz, 1996); como ansioso (Wiltgen et. al., 2015; Zakieki et. al., 2017). Dichos estilos han sido asociados con síntomas obsesivos tales como la ansiedad (Zakieki et. al., 2017; Rosentein y Horowitz, 1996) y la excesiva dedicación al trabajo y la productividad en detrimento de las relaciones interpersonales (Wiltgen et. al., 2015). A su vez, se ha señalado la importancia del vínculo con las figuras parentales en el desarrollo de TPs, específicamente el TPOC y los trastornos del cluster B (Nordall y Stiles, 1997).

Los vínculos de apego constituyen las primeras experiencias emocionales y vinculares del sujeto (Bowlby, 1973), y el desarrollo de un apego seguro brinda al niño una “base segura” en función de la cual podrá explorar el mundo (Ainsworth, Blehar, Waters y Walls, 1978). Los

estilos de apego funcionan como prototipo para el establecimiento de relaciones interpersonales en la vida adulta. Los individuos con un estilo de apego inseguro conciben el mundo como imprevisible, y construyen un sí mismo marcado por la desconfianza y la falta de valor. Esto se refleja en la adultez una dificultad para confiar en los demás y/o establecer vínculos estables, sumado a una visión pesimista del mundo y de los otros (Bowlby, 1973).

De esta manera, la activación del esquema Desconfianza y Abuso puede asociarse a la presencia de estilos de apego inseguro en los sujetos con TPOC, que deriva en sentimientos de inseguridad y desconfianza, así como también en la creencia de que el mundo es un lugar peligroso e imprevisible.

Dicho esquema se encuentra dentro de la dimensión Desconexión y rechazo, que responde a la insatisfacción de la necesidad de afectos seguros con otras personas. Los sujetos con esquemas pertenecientes a esta dimensión surgen de familias en las cuales han sido rechazados, y sus necesidades de estabilidad, seguridad y cuidado no han sido satisfechas (Castrillón et. al., 2005). Estas características del funcionamiento familiar se encuentran asociadas con estilos de apego inseguro, que surgen en respuesta a la incapacidad de los cuidadores de responder a las necesidades del niño de manera adecuada (Ainsworth, Blehar, Waters y Walls, 1978).

El segundo objetivo del estudio consistió en evaluar la relación entre los niveles de pobreza y los EMTs. En primer lugar, se hipotetizó que se encontraría una correlación positiva entre el NSE bajo y los EMTs Autosacrificio. En concordancia con esta hipótesis inicial, se halló una correlación positiva entre el EMT Autosacrificio y el NSE bajo que señala que a mayores niveles de pobreza el esquema se activa con mayor frecuencia. Este resultado podría estar asociado a la maternidad, y la concepción de la misma que predomina en poblaciones pobres. La muestra en base a la cual se llevó a cabo el estudio está compuesta enteramente por mujeres, y tiene una media de edad de 33 años, por lo cual se trata de una población en la cual la prevalece la maternidad.

En poblaciones pobres, las condiciones tales como precariedad material, escasos espacios de socialización, bajos niveles de educación y pocas posibilidades de realización laboral, sumadas a mandatos y pautas culturales que refuerzan el valor positivo de la maternidad, hacen que sea esta la que otorga la identidad, el proyecto de vida y la realización personal a las mujeres (Marcús,

2006). A su vez, social y culturalmente se asocia femineidad con la maternidad y le son asignados a la mujer los roles de madre y ama de casa; se atribuye exclusivamente a la mujer la obligación de hacerse cargo del cuidado del hogar y de los hijos (Chodorow, 1984). En poblaciones pobres, este mandato se vuelve más rígido y las mujeres actúan de acuerdo a los roles que le son asignados (Marcús, 2006).

Por otro lado, un estudio reciente señaló la existencia de una relación entre la maternidad y la disminución de la capacidad para cuidar de sí mismo en los períodos pos-parto (Ozdemir, Ozturk, Karabulutlu y Tezel, 2018). Esto se encuentra relacionado con la tendencia de las madres a poner sus necesidades en segundo lugar, priorizando el cuidado del niño.

El EMT Autosacrificio hace referencia a la tendencia del sujeto a satisfacer las necesidades de otras personas de manera prioritaria, dejando sus propias necesidades en segundo lugar, lo cual genera la sensación de que estas no están siendo satisfechas (Castrillón et. al., 2005). En la población estudiada, esta tendencia podría vincularse a la identificación con los roles de madre y ama de casa, y la construcción de la propia identidad en base a la maternidad. El esquema Autosacrificio alude a acciones tales como cuidar del otro, dedicarle tiempo y priorizar sus necesidades, cuestiones vinculadas al ejercicio de la maternidad y el cuidado diario de los hijos. La fuerte presencia de dicho esquema en la población con mayores niveles de pobreza podría estar relacionado con el cumplimiento de normas y mandatos en relación a la maternidad, dado que la abnegación y el autosacrificio son conceptos comúnmente asociados al ejercicio del rol materno (Hartrick, 1997).

En segundo lugar, se hipotetizó que se hallaría una correlación positiva entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el NSE bajo, lo cual señalaría que a mayores niveles de pobreza se encuentran una mayor activación del esquema. Se esperaba encontrar dicha relación entre ambos constructos debido a que la pobreza está asociada a altos índices de eventos amenazantes e incontrolables (Belle, 1990) y la escasez de recursos económicos genera sentimientos de depresión, ansiedad y preocupación, sumados al uso de estrategias disfuncionales para el afrontamiento de situaciones estresantes (Greenlee y Lantz, 1993).

No obstante, contrario a lo hipotetizado, no se halló una correlación significativa entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el NSE bajo, lo cual señala la ausencia de mayores niveles de activación del esquema a medida que aumentan los niveles de pobreza.

Teniendo en cuenta que el esquema refiere un miedo exagerado de que ocurra una catástrofe (entre las cuales se encuentran incluidas la incapacidad de acceder a recursos económicos y la inestabilidad económica) (Castrillón et. al., 2005), este resultado podría deberse a que la población estudiada cuenta con recursos tanto externos como internos para afrontar situaciones estresantes, lo cual reduciría los niveles de ansiedad respecto a la posible aparición de dichas situaciones. Una percepción subjetiva de la pobreza positiva, en la cual los sujetos reconozcan los recursos con los que cuentan para afrontar su situación socioeconómica, derivaría en una sensación de bienestar subjetivo que ayudaría a reducir los sentimientos de miedo y ansiedad respecto a posibles eventos desfavorables (Bolger y Schilling, 1991; Palomar, Lever y Pérez Corres, 2003).

Los recursos externos e internos con lo que puede contar la población, que favorecerían un sentimiento de bienestar subjetivo, son los siguientes: Apoyo social percibido, autoestima e internalidad.

- *Apoyo social percibido:*

Refiere a la percepción del sujeto de que cuenta con redes social que pudieran proporcionarle apoyo moral, económico o social en caso de necesitarlo. Estas redes sociales pueden estar compuestas tanto por miembros de la familia, como por miembros de la comunidad, siendo estos no únicamente los vecinos, sino también las instituciones destinadas a brindar recursos, servicios y/o contención a los integrantes de la comunidad. Dichas redes son dinámicas (día a día se agregan nuevos miembros) y constituyen un mecanismo de supervivencia para aquellos que viven en condiciones de pobreza (Abello y Madariaga, 1997). Estas brindan a los sujetos recursos psicológicos y materiales que permiten a los sujetos dar respuestas más adaptativas a situaciones de estrés (Barrón, 1996; Lemos, 1996).

Aquellos individuos que perciben un alto apoyo social por parte de familiares, amigos y/o la comunidad en la cual están insertos, gozan de beneficios tales como la reducción de sentimientos de depresión y ansiedad, el aumento del nivel autoestima (Barrera, 1986; Cohen y Wills, 1985; Pierce, Sarason y Sarason, 1996) y el aumento de la satisfacción en diferentes áreas de la vida o bienestar subjetivo (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). A su vez, tanto el apoyo social como su percepción por parte de los individuos que lo recibe ayuda a reducir los efectos de estrés generado por las condiciones de pobreza, puesto que brinda al individuo mejores condiciones para enfrentarla (Ahluwalia, Dodds y Baligh, 1998) y provoca que este se sienta protegido (Cobb, 1976). La reducción de estos efectos dependerá tanto de la cantidad como de la calidad del apoyo percibido (Lin, 1986).

En poblaciones pobres, los sujetos suelen acudir a sus redes de apoyo a fines de atenuar los efectos del estrés causado por razones económicas (Ahluwalia, Dodds y Baligh, 1998) y perciben en mayor medida el apoyo social, en comparación con poblaciones no pobres (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). Altos niveles de pobreza están asociados a un mayor grado de apoyo social percibido, proveniente principalmente de los vecinos y de instituciones religiosas (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007).

En resumen, el apoyo social es considerado un recurso necesario para que el sujeto pueda adaptarse a las exigencias del medio, y el apoyo social percibido por las poblaciones pobres proviene de la comunidad en la que se encuentran insertos (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007).

- *Autoestima:*

La autoestima constituye un recurso psicológico fundamental para lidiar con situaciones estresantes y se asocia con una menor reactividad al estrés (Taylor et. al., 2008). A su vez, facilita la adquisición de estrategias que permiten manejar las dificultades asociadas a la pobreza estructural, y se presenta como un factor influyente en la movilidad social ascendente; es decir, permite al sujeto adoptar estrategias que ayudan

a atravesar condiciones socioeconómicas desfavorables y facilitan la salida de la pobreza (Taylor y McKirnan, 1984).

Existe una correlación positiva entre la autoestima y el apoyo social; los sujetos con alta autoestima reportan altos niveles de apoyo social proveniente de la familia, los amigos y la comunidad, mientras que aquellos con baja autoestima perciben niveles de apoyo más bajos (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). De esta manera, ambos recursos se encuentran vinculados, y la presencia de ambos contribuiría a un sentimiento de bienestar subjetivo que favorezca el afrontamiento las situaciones desfavorables con menores niveles de ansiedad y estrés.

- *Internalidad:*

La internalidad (o locus de control interno) y externalidad (o locus de control externo) aluden a la explicación que el sujeto realiza de los acontecimientos que le suceden. En la primera, el sujeto entiende dichos acontecimientos como una consecuencia de su conducta, mientras que en la segunda los adjudica a circunstancias ajenas a sus actos, como pueden ser el destino, la suerte o la determinación divina (Durán Ramos, 2001).

Una investigación conducida por Lachman y Weaver (1998) señaló que, a pesar de enfrentarse a adversidades económicas, los individuos pobres presentaban un locus de control interno. Estos manifestaban una sensación de control sobre sus circunstancias y de tener la posibilidad de alcanzar logros, los cuales atribuían a su propio esfuerzo.

La explicación de las circunstancias y acontecimientos que suceden al sujeto como resultado del propio comportamiento conducen no solo a un mayor nivel de bienestar subjetivo, sino también a una disminución de la preocupación por factores externos, reduciendo así los niveles de ansiedad y depresión (Lachman y Weaver, 1998).

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

La principal limitación del presente estudio consiste en la falta de un grupo control sano que permita comparar los sujetos que padecen TPOC con individuos sin ningún TP. Incluyéndolo, se

podría obtener resultados respecto a la relación entre los TP y la activación de los EMTs con mayor fiabilidad.

En segundo lugar, la búsqueda bibliográfica no resultó satisfactoria con respecto a la relación tanto entre los EMTs y el TPOC, así como entre los EMTs y el NSE bajo. Se utilizaron buscadores como PsycNET, Pubmed, Redalyc y Dialnet, utilizando las siguientes palabras clave: “Esquemas Maladaptativos Tempranos y Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo”, “Esquemas Maladaptativos Tempranos y Trastornos de Personalidad”, “Esquemas Maladaptativos Tempranos y rasgos obsesivos”, “Esquemas Maladaptativos Tempranos y personalidad obsesiva”, “Esquemas Maladaptativos Tempranos y pobreza”, “Pobreza y autosacrificio”, “Pobreza y vulnerabilidad al daño y a la enfermedad”.

En cuanto a futuras líneas, resultaría relevante llevar a cabo un estudio con instrumentos que permitan evaluar tanto la intensidad de los EMTs como la severidad de los TPs, a fines de aportar información específica que colabore con el desarrollo de intervenciones más eficaces para el tratamiento de los TPs.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el NSE es una variable poco estudiada en relación a los EMTs que subyacen los TPs, sería relevante replicar este estudio en poblaciones de NSE medio y alto, para poder así evaluar con mayor profundidad la influencia de esta variable.

## **Conclusión**

En primer lugar, en concordancia con lo hipotetizado, los sujetos con TPOC puntuaron más alto que aquellos que no padecen el trastorno en el EMT Estándares Inflexibles II, lo cual se explica por características específicas del trastorno tales como la atención excesiva dedicada a los detalles y el orden, el perfeccionismo maladaptativo, la rigidez en relación a los valores y normas morales y la actitud hipercrítica hacia sí mismo y los demás.

En segundo lugar, los sujetos con TPOC puntuaron más alto que aquellos sin el trastorno en el EMT Inhibición emocional, lo cual se corresponde con la hipótesis inicial. Este resultado se explica por la tendencia de estos sujetos a evitar la experiencia emocional y restringir la expresión de los afectos, debido a que conciben las emociones como inaceptables y confusas, y presentan dificultades para manejarlas.



En tercer lugar, los sujetos con TPOC puntuaron más alto que aquellos sin TPOC en el EMT Desconfianza y abuso, lo cual no había sido inicialmente hipotetizado. Este resultado podría estar vinculado a que los sujetos con este trastorno suelen adoptar un estilo de apego inseguro, que conduce a una visión negativa del mundo y de los demás y sentimientos de desconfianza y desprotección.

Si bien la investigación en relación a la activación de EMTs en el TPOC es escasa, un estudio anterior (Jovev y Jackson, 2004) logró demostrar la existencia de una relación significativa entre dicho trastorno y el EMT Estándares Inflexibles II, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en este estudio. Sin embargo, en dicha investigación no se halló una relación significativa entre el TPOC y el EMT Inhibición emocional, lo cual discrepa con los resultados obtenidos en este estudio.

Por otro lado, el EMT Desconfianza y abuso no había sido previamente vinculado al TPOC en ninguna investigación, por lo cual este hallazgo resulta novedoso en relación a la bibliografía existente.

Por otra parte, se halló una correlación positiva entre el EMT Autosacrificio y el NSE bajo, que señala que a mayores niveles de pobreza existe una mayor activación del esquema. Estos resultados podrían estar vinculados a la maternidad, y la concepción de la misma que predomina en poblaciones pobres, teniendo en cuenta que la muestra se compuso por un grupo de mujeres con una media de edad de 33 años. La maternidad se encuentra asociada a acciones como el cuidado, la abnegación y el autosacrificio en función de las necesidades de los hijos, y constituye en poblaciones pobres una base sobre la cual las mujeres construyen su identidad y su realización personal.

En cambio, entre el EMT Vulnerabilidad al Daño y la Enfermedad y el NSE bajo no se halló una correlación significativa. Esto podría deberse a que la población cuenta con recursos tanto externos (apoyo social) como internos (autoestima e internalidad) para afrontar situaciones de estrés, lo cual disminuye los sentimientos de ansiedad, miedo y preocupación en relación a la posible ocurrencia de sucesos adversos.

## REFERENCIAS

- Abello, R. y Madariaga, C. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., y Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment*. Michigan, Estados Unidos: Erlbaum
- Ahluwalia, I.B., Dodds, M. y Baligh, M. (1998). Social support and coping behaviors of low-income families experiencing food insufficiency in North Carolina. *Health Education and Behavior*, 25(5), 599-612.
- American Psychiatry Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Barrera, M. J. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid, España: Siglo XXI.
- 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.
- Bolger, N., y Schilling, E. (1991). Personality and problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59, 355-386.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. Londres, Reino Unido: Basic Books.

Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En Caballo, V. E. (Ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*. Madrid, España: Siglo XXI.

Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson H. B. y Pinto, A. (2015). Interpersonal Functioning in Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 90-99.

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.

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. (1995) *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.

Diedrich, A. y Voderholzer, U. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: a Current Review. (2015). *Current Psychiatry Reports*, 17 (2).

Durán-Ramos, T. (2001). El constructo locus de control en la toma de decisiones educativas. *Paedagogium*, 1(3), 8-11.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(102), 585-614.

- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona, España: Masson.
- Frost, R. O., Rhéaume, J., y Novara, C. (2002). Perfectionism. En R. O. Frost, y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford, Reino Unido: Elsevier.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, Th., Kremers, I., Nadort, M., y Arntz, A. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 649–658
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorders*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Hartrick, G. A. (1997). *Women who are mothers: The experience of defining self*. *Health Care for Women International*, 18(3), 263–277.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Jones, E. (1918). *Papers on psycho-analysis*. Inglaterra, Londres: Balliere, Tindall y Cox.
- Jovev, M. y Jackson, H. J. (2004). Early Maladaptive Schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5), 467-478.

- Lachman, M. y Weaver, S. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763-773.
- Lemos, S. (1996). Evaluación psicológica de riesgos para la salud. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W.M. Ensel, (Eds.) *Social Support, Life Events and Depression*. Londres, Reino Unido: Academic Press.
- Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., Schnitter, M., Castrillón, D., Ferrer, A. y Chaves, L. (2007). Validación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad (CEE-TP) en población Colombiana. *Avances en psicología Latinoamericana*, 25(2), 138-162.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 100-119.
- Mari, J. (1987) Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. *Social Psychiatry*, 22, 129-138.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. y Haugum, J. A. (2005) Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psuchotherapy*, 12, 142-149.

- Nordahl, H. M., y Stiles, T. C. (1997). Perceptions of Parental Bonding in Patients with Various Personality Disorders, Lifetime Depressive Disorders, and Healthy Controls. *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 391–402.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. y Bender, D. S. (Ed.). (2014). *Textbook of Personality Disorders*. (2da edición). Estados Unidos, Washington: The American Psychiatric Publishing.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Influencia de la pobreza en la salud. Informe de la Secretaría. *Recuperado en [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11312.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf)*
- Ozdemir, F., Ozturk, A., Karanulutlu, O. y Tezel A. (2018). Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. *Journal of Pakistan Medical Association*, 68(2), 210-215.
- Palomar Lever, J. y Cienfuegos Martínez, Y. I. (2007). Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R. y Sarason, I.G. (1996). *Handbook of social support and the family*. Nueva York, Estados Unidos: Plenum.
- Riddle, M. A, Maher, B. S., Wang, Y., Grados, M., Bienvenu, O. J., Goes, F. S., ... Samuels, J. (2016). Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Evidence for two dimensions. *Depression and Anxiety*, 33, 128-135.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Madrid, España: Paidós.
- Rodríguez Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17 (1), 59-74.

- Rosenstein, D. S., y Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–253. doi:10.1037/0022-006x.64.2.244
- Ruiz, M. A. (1998). Tratamientos cognitivos de los trastornos de ansiedad y de la personalidad. En Vallejo, M. A. (Ed.) *Avances en las técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.
- Salavera, C., Puyuelo, M. y Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de Psicología*, 25(1), 261-265.
- Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2011). *Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(3), 161–174.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Steenkamp, M. M., Suvak, M. K., Dickstein, B. D., Shea, M. T. y Litz, B. T. (2015). Emotional functioning in Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Comparison to Borderline Personality Disorder and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 794-808.
- Taylor, D.M. y McKirnan, D.J. (1984). A five stage model of intergroup relations. *British Journal of Social Psychology*, 23, 291- 300.
- Taylor, S. E., Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., Lehman, B. J., Hilmert, C. J. y Lieberman, M. D. (2008) Neural bases of moderation of cortisol stress responses by psychosocial resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 197-211
- Vega-Arce, M. y Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 53-58.

- Villemarette-Pittman, N. R., Stanford, M. S., Greve, K. W., Houston, R. J., y Mathias, C. W. (2004). Obsessive-compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 138, 5–22.
- Wiltgen, A., Adler, H., Smith, R., Rufino, K., Frazier, C., Shepard, C., ... Fowler, J. C. (2015). Attachment insecurity and obsessive-compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 147, 411-415.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Florida, Estados Unidos: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*, Nueva York, Estados Unidos: The Guildford Press.
- Zakiei, A., Alikhani, M., Farnia, V., Khkian, Z., Shakeri, J., yGolshani, S. (2017). Attachment Style and Resiliency in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(1), 34.