

UNIVERSIDAD  
**AUSTRAL**



**Facultad de Ciencias Biomédicas**

Trabajo de Integración Final

Licenciatura en Psicología

Año 2019

**“Esquemas Maladaptativos Tempranos en una población de sujetos  
femeninos con bajos recursos socioeconómicos y con  
Patología Límite de Personalidad”**

Alumna: Milagros Sanjurjo

Supervisora titular: Lic. Marcela Spinetto

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

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

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco Teórico</b>	<b>2</b>
<i>1.1. Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)</i>	<i>2</i>
<i>1.2. Trastornos de la Personalidad (TP)</i>	<i>6</i>
<i>1.3. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)</i>	<i>7</i>
<i>1.4. Trastornos de la Personalidad y Esquemas Maladaptativos Tempranos</i>	<i>9</i>
<i>1.5. Bajo Nivel Socioeconómico (NSE)</i>	<i>10</i>
<i>1.6. Justificación de la temática</i>	<i>11</i>
<b>2. Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>3. Hipótesis</b>	<b>12</b>
<b>4. Metodología</b>	<b>12</b>
<i>4.1. Diseño de la Investigación</i>	<i>12</i>
<i>4.2. Participantes</i>	<i>13</i>
<i>4.3. Instrumentos</i>	<i>14</i>
<i>4.4. Descripción de variables</i>	<i>15</i>
<i>4.5. Procedimientos</i>	<i>15</i>
<b>5. Resultados</b>	<b>16</b>
<b>6. Discusión</b>	<b>17</b>
<b>7. Conclusión</b>	<b>22</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas</b>	<b>24</b>

## Resumen

**Introducción:** El fin del estudio es comprender la relación entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los esquemas maladaptativos tempranos (EMTs). **Objetivos:** 1) Explorar la relación entre el bajo nivel socioeconómico (NSE) y los EMTs *Autosacrificio* y *Vulnerabilidad al daño y enfermedad*. 2) Explorar la relación entre el TLP y los EMTs: *Abandono*, *Desconfianza/ abuso*, *Inhibición Emocional e Insuficiente Autocontrol*. **Metodología:** Se evaluaron 100 mujeres, de 20 a 50 años, de bajo NSE. Los instrumentos utilizados fueron: AMAI 2018, para evaluar el índice de NSE; YSQ-L2 para evaluar los EMTs; y SCID II para evaluar la presencia de Trastornos de Personalidad (TP). Para obtener resultados se realizó una Correlación de Pearson entre el NSE y los EMTs, y una Prueba T de muestras independientes para la relación entre el TLP y los EMTs. **Resultados:** Se encontró una correlación positiva entre el bajo NSE y el EMT *Autosacrificio*,  $r(98) = .267, p < .01$ . No obstante, no se encontró relación significativa entre bajo NSE y el EMT *Vulnerabilidad al daño y enfermedad*. Para el TLP se encontró una diferencia significativa en el EMT *Abandono*  $T(98) = -3,978, p < .05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 68.31, \sigma = 32.91$ ) y aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 38.86, \sigma = 35.24$ ). Para el EMT *Desconfianza/ abuso*  $T(98) = -4,518, p < .05$ , las personas con TLP ( $\bar{x} = 87.53, \sigma = 16.99$ ) puntúan más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 66.07, \sigma = 30.07$ ). Para el EMT *Insuficiente Autocontrol*  $T(98) = -6,611, p < .05$ , las personas con TLP ( $\bar{x} = 81.86, \sigma = 19.70$ ) puntúan más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 51.07, \sigma = 24.35$ ). Por último, se encontró una diferencia significativa en el esquema de *Inhibición Emocional*  $T(98) = -2,212, p < .05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 79.08, \sigma = 28.85$ ) y aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 63.00, \sigma = 41.58$ ). **Conclusión:** La relación positiva entre el EMT *Autosacrificio* y bajo NSE podría explicarse por el rol de madre en la crianza de los hijos y su labor en el hogar. La ausencia de activación del EMT *Vulnerabilidad al daño y enfermedad* en bajo NSE podría vincularse a la presencia de factores protectores que amortiguan el impacto de situaciones estresantes. // Las personas con TLP puntuaron más alto que aquellas sin TLP en los EMTs: *Abandono*, coherente con el contexto inconsistente en el que se desarrollan los sujetos con TLP; *Desconfianza/ Abuso*, que se relaciona con la población de bajos recursos y la exposición a experiencias adversas; *Inhibición Emocional*, que concuerda con su contexto de desarrollo en el que se desestiman sus emociones recibiendo una educación inapropiada de ellas; *Insuficiente Autocontrol*, ligado a la impulsividad característica del TLP. **Palabras clave:** esquemas maladaptativos tempranos, bajo nivel socioeconómico, trastorno límite de personalidad.

## 1. Marco Teórico

### 1.1. Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs)

Los esquemas son definidos por Beck (1987) como estructuras funcionales de representaciones de conocimientos y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información. Cuando estos son funcionales, son más flexibles, y pueden generar guiones afectivos y conductuales adaptativos. En cambio, cuando se trata de esquemas desadaptativos o disfuncionales, estos son más rígidos, poseen un alto contenido emocional y hacen al individuo muy sensible a experiencias vitales que inciden en su vulnerabilidad cognitiva. Estos últimos pueden dar lugar a la presencia de diversos Trastornos de la Personalidad, ya que mantienen una estrecha relación con su origen y sostenimiento (Beck, et al., 1979). Cuando hay presente algún tipo de síndrome o de trastorno de la personalidad, el modo en que las personas procesan la información se vuelve sistemáticamente distorsionado. Este pasa a ser un procesamiento disfuncional, generando así, las cogniciones disfuncionales (Beck, Davis & Freeman, 2015). Por este motivo, Beck, et al. (1979) señalan la importancia de la detección y tratamiento de las cogniciones disfuncionales.

Debido a que los patrones de personalidad (motivación, afecto y cognición) de las personas con trastornos de personalidad presentan diferencias respecto de aquellas otras que no presentan ningún tipo de trastorno, puede surgir el interrogante acerca de como se desarrollan. Que su desarrollo sea funcional o disfuncional depende de la interacción naturaleza-crianza. El sujeto construye esquemas en relación con el mundo, con los vínculos y con él mismo. Por ejemplo, un sujeto que está predispuesto a reaccionar en exceso a los rechazos comunes de la niñez puede desarrollar una autoimagen negativa que quedará reforzada si el rechazo es muy fuerte, si es reiterado, o si ocurre en un momento de particular vulnerabilidad. Con la repetición, la creencia se va estructurando y se fortalece (Beck, Davis & Freeman, 2015).

El modelo cognitivo propuesto por Beck es un modelo basado esencialmente en esquemas, donde la actividad primaria del sistema de procesamiento de información es la asignación de significados (Clark & Beck, 1997). El énfasis de Beck hacia el concepto de esquema se vuelve central en las explicaciones psicopatológicas que realiza la terapia cognitiva.

Él es el primero en utilizar este concepto de una forma explícita, en una teoría psicopatológica: en el planteamiento del modelo cognitivo de la depresión (Beck, et al., 1983).

A partir de la búsqueda de una nueva forma de terapia de los trastornos de la personalidad, Jeffrey Young formula su teoría que parte del reconocimiento de la efectividad de la terapia cognitiva a corto plazo de Beck, pero hace énfasis en la necesidad de completar el modelo a fin de incrementar la eficiencia clínica con los pacientes que presentan trastornos de la personalidad (Castrillón, et al., 2005). Young (1990) agrega en su propuesta, si bien el concepto de esquema es central en la terapia cognitiva, el contenido maladaptativo de los esquemas que presentan los trastornos de la personalidad y otros trastornos psicopatológicos. Define a los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) como patrones cognitivos extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia del individuo, se elaboran a lo largo de la vida y son significativamente disfuncionales (Young, 1999). Estos se componen de una serie de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones. Se originan a partir de la secuencia de una interacción entre necesidades emocionales centrales (afecto, autonomía e identidad, libertad de expresión, juego y espontaneidad, límites realistas y autocontrol) que no fueron satisfechas en la infancia, experiencias tempranas y el temperamento innato del niño (Rodríguez Vílchez, 2009). Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores (Young, 1999). Comprometen de manera disfuncional las sensaciones corporales, las emociones, cogniciones y recuerdos que tiene el sujeto acerca de sí mismo y de su relación con otros (Young, 1990).

Los esquemas se caracterizan por ser verdades a priori, por autopropetarse, por ser disfuncionales, de afecto elevado y resistentes al cambio. Son, generalmente, generados y activados por experiencias ambientales, y por la interacción entre el temperamento y las experiencias evolutivas disfuncionales (Rodríguez Vílchez, 2009).

Existen dos operaciones básicas para los esquemas: La perpetuación o el mantenimiento del esquema y la curación del esquema. La perpetuación o mantenimiento de los esquemas se refiere a todos los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente que mantienen el esquema en funcionamiento. La curación del esquema supone disminuir, en alguna medida, los elementos que lo componen, es decir, la intensidad de los recuerdos, la carga emocional, la fuerza de las sensaciones corporales y las cogniciones desadaptativas. Esta es la meta última de la terapia.

Existen tres mecanismos primarios de perpetuación o mantenimiento: Las *distorsiones cognitivas*, los *patrones vitales autoderrotistas* y los *estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas*. Mediante las *distorsiones cognitivas* los individuos perciben las situaciones de forma alterada, de manera que el esquema se refuerza acentuando la información equívoca que este confirma, y negando o minimizando la información que lo contradice. Un individuo puede bloquear el afecto del esquema tan efectivamente que, cuando se bloquea, el esquema no alcanza el nivel de la conciencia de manera que el sujeto no puede hacer nada por curarlo o modificarlo. Los *patrones vitales autoderrotistas* funcionan de manera que el individuo realiza conductas, seleccionadas no conscientemente, que lo llevan a permanecer en situaciones y relaciones que disparan y acentúan el esquema. Así, evitan las situaciones interpersonales que faciliten la cura o modificación de este. Por último, el tercer mecanismo de perpetuación o mantenimiento del esquema son los *estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas*. Este hace referencia a la conducta como estilo de afrontamiento, es decir, el esquema se compone de recuerdos, de emociones, sensaciones corporales y de cogniciones, pero no de conductas. La conducta corresponde a la manera de afrontar dichos componentes del esquema. En definitiva, el esquema dispara la conducta.

Young propone una clasificación de 18 esquemas maladaptativos tempranos, agrupados en 5 dominios o dimensiones que corresponden a las relaciones tempranas disfuncionales y al tipo de necesidades no contempladas durante la infancia (Tineo, 1997). El dominio *Desconexión y Rechazo*, que agrupa los EMTs de Abandono/ Inestabilidad, Desconfianza/ Abuso, Privación Emocional, Imperfección/ Vergüenza y Aislamiento Social/ Alienación. El dominio *Pobre Autonomía y Desempeño*, que agrupa los EMTs de Dependencia/ Incompetencia, Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad, Identidad no desarrollada/ Yo inmaduro (o Apego) y Fracaso. El dominio *Límites Insuficientes*, que agrupa los EMTs de Grandiosidad y de Insuficiente Autocontrol/ Insuficiente Autodisciplina. El dominio *Orientación hacia los otros*, que agrupa los EMTs de Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de Aprobación/ Búsqueda de Reconocimiento. Y, por último, el dominio *Hipervigilancia e Inhibición*, que agrupa los EMTs de Negativismo/ Pesimismo, Inhibición Emocional, Reglas Implacables/ Hipercrítica y Castigo.

Young (1990) desarrolla la primera versión del cuestionario de esquemas (Young's Schema Questionnaire), fundamentado en su propuesta teórica para identificar los EMTs mencionados anteriormente. En este cuestionario pueden identificarse quince de los EMTs

propuestos anteriormente, por medio de 123 ítems (Castrillón, et al., 2005). Posteriormente, se llevaron a cabo revisiones teóricas de los EMTs por Young et al. (1990), dando lugar a diferentes versiones del cuestionario.

Uno de los estudios más relevantes para la validación del sistema de medida de los EMTs fue realizado por Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995). Este mostró la validez de constructo del instrumento y señaló que las subescalas de este eran medidas predictoras significativas de distrés, depresión y ansiedad.

Schmidt et al. (1995), a través de un estudio realizado para la validación del Cuestionario de Esquemas de Young, demuestran que es una herramienta prometedora para la investigación y el uso clínico. El cuestionario permite la identificación de una amplia gama de EMTs, y posee una buena consistencia interna y una estructura factorial estable en las diversas culturas y en los diversos grados de psicopatología de los pacientes.

El Cuestionario de Esquemas de J. Young YSQ-L2 consta de 45 ítems y evalúa once esquemas (Castrillón, et al., 2005). Los esquemas relevantes para la investigación son:

- 1- *Abandono* (ítems 5-11) → Hace referencia a la sensación del sujeto de que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección, por ser emocionalmente inestables o impredecibles (Young, 1999). Estas creencias expresan la preocupación y el temor de ser abandonados por personas significativas.
- 2- *Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina* (ítems 40-45) → Hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, limitar la excesiva expresión de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina y perseverancia en la realización de tareas y consecución de metas. El esquema se manifiesta como un énfasis exagerado en evitar la incomodidad, evadiendo el conflicto, la confrontación, el dolor, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la integridad, el compromiso o la realización personal.
- 3- *Desconfianza/ Abuso* (ítems 12-16) → Es una creencia central de desconfianza. Una sospecha de intenciones ocultas y deshonestidad. El sujeto cree que las demás personas le infringirán daño, lastimarán, se aprovecharán de él o le harán víctima de sus mentiras,

engaños, humillaciones, o abusos. También, puede incluir la sensación del sujeto de ser siempre engañado o de recibir la peor parte.

- 4- *Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad* (ítems 17-20) → Es la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Estas catástrofes pueden ser médicas (ej. Tener un ataque cardíaco o cáncer), emocionales (ej. Volverse loco, indigente o perder el control) y externas (ej. Tener un accidente). También pueden estar presentes las preocupaciones económicas, como la dificultad para acceder al recurso económico o el temor por perder la estabilidad financiera.
- 5- *Autosacrificio* (ítems 23-26) → Es definido como la concentración excesiva y voluntaria en satisfacer las necesidades de otros en situaciones cotidianas, generando así la satisfacción propia. Se presenta, también, la sensación de que las propias necesidades no son satisfechas adecuadamente, y un resentimiento hacia aquellos que tiene bajo su cuidado.
- 6- *Inhibición Emocional* (ítems 27-29) → Hace referencia al exceso de contención de sentimientos y acciones que dificultan la comunicación espontánea, en general, para evitar ser desaprobado por los demás. Estos sujetos, suelen experimentar sentimientos de vergüenza o temor a la pérdida del control de los impulsos. Entre las áreas más comunes de inhibición se encuentran: la inhibición de la ira, de la agresión, y de los impulsos positivos como el disfrute, el afecto, el juego, la excitación sexual, etc. En definitiva, la característica principal del esquema es la dificultad para comunicar libremente sentimientos de vulnerabilidad, o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias (es frecuente que la persona ponga un énfasis excesivo en la racionalización, despreciando las emociones).

## 1.2. Trastornos de la Personalidad (TP)

Para definir el Trastorno de Personalidad cabe destacar, en principio, que la personalidad es un constructo multifactorial dinámico con componentes biológicos y ambientales interrelacionados. Es decir, que la personalidad consta de una parte genética o heredada y otra parte social o adquirida (López, Perez y Llop, 2010).

Según el DSM-IV (2001) el Trastorno de la Personalidad se define como 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”. Este patrón permanente e inflexible se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. También, provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes dentro de las actividades del individuo.

Los trastornos de la personalidad se dividen en los grupos A, B y C según las similitudes de sus características. El Trastorno Límite de la Personalidad corresponde al grupo B, junto con los trastornos antisocial, histriónico y narcisista. Los sujetos con estos trastornos tienden a parecer emotivos, dramáticos e inestables. Cabe señalar que es frecuente que algunos sujetos presenten más de un Trastorno de la Personalidad, correspondientes a grupos diferentes (DSM-IV-TR, 2001).

### **1.3. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**

El DSM-IV-TR (2001) define al Trastorno Límite de la Personalidad como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad, la autoimagen y una impulsividad notable, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diferentes contextos.

Para realizar un diagnóstico del TLP deben presentarse cinco o más de los siguientes criterios:

- (1) Realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado
- (2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre la idealización y la devaluación.
- (3) Alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo.
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente peligrosa para ellos mismos (por ejemplo, pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente). No se incluyen los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
- (6) Inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por

ejemplo, disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que rara vez llegan a persistir durante días).

- (7) Sentimientos crónicos de vacío.
- (8) Ira intensa e inapropiada o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos graves (por ejemplo, despersonalización).

Como fue mencionado anteriormente, la personalidad consta de un componente heredado y otro adquirido. Así, si bien la vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas o un contexto social inadecuado pueden dar lugar a un TLP, esto no siempre es así ya que también existen factores protectores. Si un individuo posee una vulnerabilidad biológica, pero tiene un adecuado entorno familiar y no ha experimentado situaciones traumáticas, puede no llegar a presentar un TLP (López, Pérez y Llop, 2010).

Una de las características que más se destaca en las personas con TLP es la inestabilidad, que se manifiesta en muchos ámbitos de la vida del paciente como el afectivo, interpersonal, conductual y cognitivo (López, Pérez & Llop, 2010).

Linehan (1987) sostiene que la característica nuclear del TLP es una disfunción de la regulación emocional, de base probablemente fisiológica. Se cree que esa disfunción es la responsable de los actos impulsivos exagerados y las dramáticas reacciones del individuo límite. También, agrega que, en el curso de su desarrollo, el individuo límite tiene una experiencia extensa con personas significativas, quienes desestiman sus emociones y buscan que este sujeto mantenga una actitud positiva a pesar de su malestar. Como resultado, el individuo límite recibe una educación inadecuada en cuanto a la regulación de sus emociones, y al mismo tiempo aprenden a asumir una actitud despectiva respecto de lo que ellos mismos sienten.

Dicha vulnerabilidad emocional se caracteriza por: una alta sensibilidad e intensa respuesta a los estímulos emocionales, y un lento retorno al estado emocional de base una vez que ha sido inducida la excitación o descarga emocional (Linehan, 2003)

Los sujetos con TLP pueden pasar de manera abrupta de un ánimo extremadamente deprimido a una agitación ansiosa o una ira intensa. Asimismo, emprenden acciones de manera impulsiva que luego pueden reconocer como contraproducentes e irracionales (Beck, Davis & Freeman,

2015). La conducta impulsiva puede ser entendida como poco adaptativa, pero resulta eficiente como estrategia de regulación de las emociones (Linehan, 2003).

Millon (1987) propone una concepción basada en la teoría del aprendizaje social, que atribuye un papel central a la falta de sentido coherente de la propia identidad que padece el individuo límite. De este problema resultan acciones mal coordinadas, impulsos mal controlados y la ausencia de logros sólidos. Como consecuencia, el individuo límite se vuelve muy dependiente de otros, en quienes busca seguridad y protección, y se vuelve muy sensible a cualquier signo de pérdida de apoyo. Así, como propone Linehan (2003), a pesar de que sus relaciones se vuelven caóticas, intensas y llenas de dificultades, encuentran muy difícil abandonar las relaciones y ponen en marcha esfuerzos desesperados e intensos para evitar que los abandonen.

Fonagy introduce el concepto de “mentalización” para definir la capacidad de interpretar el comportamiento propio y de los otros en términos de estados mentales (Fonagy, et al., 1991). Este sistema de interpretación funciona para atribuir a los demás y a nosotros mismos una serie de intenciones, deseos y creencias que van a guiar nuestras acciones (Dennett, 1987). Este concepto surge a partir de una articulación de conceptos psicoanalíticos y la teoría del apego. La mentalización tiene su origen en los primeros vínculos afectivos, especialmente en las relaciones de apego seguro. Los sujetos con TLP presentan una falla en la capacidad de mentalizar, lo que genera que se vuelvan más vulnerables a los cambios y a las presiones que se producen en el entorno (Sánchez Quintero y Vega, 2013). Muchas de las características propias del sujeto límite se basan en dicho déficit (Escobar, Santelices & Elizalde, 2013).

La prevalencia estimada del TLP es del 2% aproximadamente de la población general, y alrededor del 10% entre los sujetos vistos en centros ambulatorios de salud mental, y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia se sitúa entre el 30% y el 60% en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad.

#### **1.4. Trastornos de la Personalidad y Esquemas Maladaptativos Tempranos**

Si bien son escasas, existen investigaciones que demuestran la relación entre los Trastornos de la Personalidad y los Esquemas Maladaptativos tempranos. Beck et al. (2001) evaluaron la relación entre las creencias disfuncionales en cinco trastornos de personalidad de

pacientes psiquiátricos, y los resultados que se obtuvieron dan cuenta de una relación significativa entre los TP y las creencias disfuncionales.

Jovev y Jackson (2004) también realizan un aporte teórico respecto de los principales postulados teóricos sobre los Trastornos de la Personalidad Límite, Obsesivo-Compulsivo y Evitativo. En el caso del TLP, los Esquemas Maladaptativos encontrados en asociación con la patología fueron: abandono, desconfianza/abuso, dependencia, aislamiento, imperfección, fracaso y vulnerabilidad. El estudio realizado sugiere que existen diferentes patrones de dominios de esquema en los distintos TP y que el Cuestionario de Esquemas es potencialmente útil para diferenciarlos.

Además, Petrocelli, et al., (2001) identifican una relación entre las características de los TP y los EMTs, a través de una investigación realizada en una población clínica, utilizando la versión abreviada del Cuestionario de Esquemas de J. Young y el MCMI-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II). En otro estudio realizado, los autores Petrocelli, et al. (2001) explican la relevancia preventiva que poseen las investigaciones de los esquemas como forma de expresión de la vulnerabilidad cognitiva en el avance de las psicopatologías.

### **1.5. Bajo Nivel Socioeconómico (NSE)**

El estudio se lleva a cabo sobre una muestra poblacional de bajos recursos socioeconómicos. Se clasifican como grupos vulnerables a aquellos en situación de pobreza, de riesgo ambiental, con discapacidad, víctimas de violencia, refugiados y todos aquellos grupos que, respecto al resto de los habitantes según la realidad de cada ciudad, se encuentran en situación de desventaja (Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, 2010-2016).

Si bien no existe una única manera de definir a la pobreza, en general, se refiere a la carencia de acceso al conjunto básico de bienes y servicios a un nivel que es considerado inaceptable (Quitian, Ruiz-Gaviria, Gómez-Restrepo y Rondón, 2016).

La pobreza no solo se refiere a la carencia de los recursos monetarios sino también a la dificultad de ganarse la vida, la falta de poder y de voz, la ignorancia, la dependencia, el

desempleo, la enfermedad, la tristeza, la humildad, la desnutrición, la angustia, la falta de oportunidades, la mendicidad, la pereza y el conformismo (Lever & Martínez, 2006).

De acuerdo con Saraceno y Barbui (1997), la pobreza puede causar un deterioro en la salud mental por el estrés que se genera por la exclusión social, la falta o escasas de acceso a servicios de salud, la disminución del capital social y la violencia.

Dado que la pobreza se relaciona con la exposición a eventos estresantes, el apoyo que proporciona la familia, los amigos o vecinos son fuentes a las cuales se pueden recurrir en momentos de crisis (Székely, 2003). No obstante, cabe mencionar que la pobreza también puede afectar negativamente el apoyo social, siendo frecuentes las malas reacciones personales, la discriminación y el aislamiento (Lever & Martínez, 2006).

El apoyo social es considerado como un recurso para minimizar los efectos que pueden causar las situaciones estresantes, es así como a partir del apoyo que proporciona la familia, amigos o vecinos, es posible ampliar las conductas hacia otras más adaptativas para superar las demandas del medio ambiente o la exposición a situaciones adversas (Hurdle, 2001).

Diversos estudios han demostrado que los sujetos que perciben un alto nivel de apoyo social tienen un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, mayor control personal, bienestar subjetivo, entre otros (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). A su vez, el incremento del bienestar subjetivo promueve una alta percepción de control sobre el ambiente, lo cual le permitirá al sujeto experimentar una menor cantidad de eventos como estresantes (Bolger y Schilling, 1991).

### **1.6. Justificación de la temática**

Numerosas investigaciones han validado la eficacia de la estrategia cognitivo-conductual para el tratamiento de los diferentes trastornos (Butler, Chapman, Forman, y Beck, 2006). La terapia de esquemas propuesta por J. Young et al. (2003), combina una serie de enfoques terapéuticos para evaluar la presencia de los EMTs, poner a prueba su validez y modificar estas creencias básicas. La terapia de esquemas también ayuda a los pacientes a evaluar las respuestas de afrontamiento que a menudo sirven para perpetuar un EMT determinado y para romper con

esos patrones de comportamiento (Tremblay & Dozois, 2014). Esto demuestra la importancia de la terapia de los esquemas, y da cuenta de la necesidad de más estudios empíricos que investiguen la relación existente entre los TP y los EMTs (Petrocelli, et al., 2001).

El papel de los EMTs en la comprensión y el abordaje de los Trastornos de la Personalidad ha sido de gran interés (Beck & Freeman, 1990). Si bien existe mucho material teórico para sustentar la relación entre los TP y las cogniciones propuestas por Young (1999) y Beck (1990), los estudios empíricos que examinan dicha relación son escasos. Por este motivo, sería interesante profundizar en la investigación y demostración empírica de la relación entre los mismos.

## 2. Objetivos

- 1- Explorar la relación entre el bajo nivel socioeconómico y los EMTs *Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad*.
- 2- Explorar la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los EMTs: *Abandono, Desconfianza/ abuso, Insuficiente Autocontrol e Inhibición Emocional*.

## 3. Hipótesis

- 1- Existe una relación positiva entre la vulnerabilidad socioeconómica y la activación de los EMTs *Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad*.
- 2- Existe una relación entre el Trastorno Límite de Personalidad y los EMTs: *Abandono, Desconfianza/ abuso, insuficiente autocontrol e inhibición emocional*.

## 4. Metodología

### 4.1. Diseño de la Investigación

Se optó por una investigación *cuantitativa* para recopilar y analizar datos obtenidos, de manera estructurada. Esta implica el uso de herramientas para obtener resultados y cuantificarlos, y así, generar datos sobre la población en cuestión. La investigación corresponde a un modelo metodológico *no experimental*, ya que para llevar a cabo el estudio se observarán los fenómenos, ya existentes, en su ambiente natural y se analizarán, sin la manipulación deliberada de variables. Es *transversal* debido a que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

#### 4.2. Participantes

La muestra poblacional está conformada por 100 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, que vivan en condiciones de bajos recursos socioeconómicos. Las mujeres viven en el barrio “Las Lilas” y asisten a la Posta Sanitaria Las Lilas.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la conformación de la muestra fueron: el género femenino, la edad comprendida entre los 20 y los 50 años, pertenecientes a un bajo nivel socioeconómico evaluado a través del cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 (protocolos clasificados entre C+ y E), y la presencia de al menos un Trastorno de la Personalidad, evaluada a través de la entrevista SCID II.

La muestra se encontró distribuida entre las categorías C+, C, C-, D+ y D (Tabla 1).

Tabla 1

*Nivel Socioeconómico Poblacional*

Nivel Socioeconómico	Puntos	Nº	%
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: Representación de la distribución de la muestra según el cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018.*

### 4.3. Instrumentos

- *Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018*

Se utilizó para evaluar el índice del nivel socioeconómico. Consta de seis preguntas que indagan en las siguientes cuestiones: máximo nivel de estudios alcanzado, cantidad de baños completos dentro de la vivienda, movilidad (si posee automóvil o camioneta), presencia o no de internet en el hogar, cantidad de cuartos en la vivienda, y cantidad de personas mayores a 14 años que se encuentran laboralmente activas. Luego, se llega a una puntuación que permite clasificar el hogar del sujeto en siete posibles niveles utilizando un algoritmo desarrollado por el Comité de Niveles Socioeconómicos, la “Regla de NSE 2018”. Esta regla mide la capacidad de satisfacer las necesidades más importantes de los miembros del hogar. Los siete posibles niveles son A/B, C+, C, C-, D+, D y E, considerándose bajo NSE aquellos que se encuentren entre C+ y D.

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

Se utilizó para evaluar la presencia de Trastornos de la Personalidad según el DSM-IV. La escala SCID II es una entrevista semiestructurada que consta de 119 preguntas de respuesta dicotómica. Permite realizar un diagnóstico categorial; evaluando la presencia o no del trastorno, o dimensional; evaluando la severidad del trastorno. Estos pueden ser: *TP por Evitación* (ítems 1-7), *TP por Dependencia* (ítems 8-15), *TP Obsesivo Compulsivo* (ítems 16-24), *TP Pasivo Agresivo* (ítems 25-32), *TP Depresivo* (ítems 33-40), *TP Paranoide* (ítems 41-48), *TP Esquizotípico* (ítems 49-59), *TP Esquizoide* (ítems 60-65), *TP Histriónico* (ítems 66-72), *TP Narcisista* (ítems 73-89), *TP Límite* (ítems 90-104), y *TP Antisocial* (ítems 105-119).

- *Cuestionario de Esquemas Cognitivos de Jeffrey Young (YSQ-L2)*

Se utilizó para evaluar los EMTs. El cuestionario está compuesto por 45 ítems que contienen afirmaciones que la persona debe responder según una escala Likert de 1 a 6, siendo:

1: “Completamente falso de mí”

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”

6: “Me describe perfectamente”

Luego, se suman los puntajes para cada esquema y se convierten en percentiles. Los resultados mayores o iguales que 85 se consideran significativos. Los EMTs que evalúa son: Privación Emocional (ítems 1-4), Abandono (ítems 5-11), Desconfianza/ Abuso (ítems 12-16), Vulnerabilidad al daño y la enfermedad (ítems 17-20), Entrampamiento (ítems 21 y 22), Autosacrificio (ítems 23-26), Inhibición Emocional (ítems 27-29), Estándares Inflexibles II (ítems 30-32), Estándares Inflexibles I (ítems 33-36), Gradiosidad (ítems 37-39), Insuficiente Autocontrol (ítems 40-45).

#### **4.4. Descripción de variables**

Las variables que se tomaron en cuenta para llevar a cabo la investigación fueron:

- Nivel Socioeconómico.
- Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) propuestos por Jeffrey Young.
- Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), descrito por el DSM-IV.

#### **4.5. Procedimientos**

Se aplicaron los instrumentos de evaluación a las mujeres que participaron del estudio. En principio se aplicó el cuestionario AMAI, luego la Entrevista Clínica Estructurada para Los Trastornos de La Personalidad Del Eje II del DSM- IV, denominada SCID II y, por último, el Cuestionario de Esquemas de Jeffrey Young YSQ –L2. Las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de espera de la Posta Sanitaria Las Lilas.

Luego de la recolección de información, para el análisis de datos se utilizó el software IBM SPSS Statistics. Se aplicó el coeficiente de correlación lineal  $r$  de Pearson para evaluar la relación entre el bajo nivel socioeconómico y los EMTs *Autosacrificio* y *Vulnerabilidad al daño y la enfermedad*. Por otro lado, se llevó a cabo un análisis estadístico inferencial Prueba T para muestras independientes para establecer una comparación entre los EMTs *Abandono*,

*Desconfianza/ abuso, Insuficiente autocontrol e inhibición emocional*, en personas con TLP y los mismos en personas sin TLP, para evaluar si existe una diferencia significativa.

## 5. Resultados

Para evaluar la relación entre el bajo nivel socioeconómico y los EMTs *Autosacrificio* y *Vulnerabilidad al daño y la enfermedad*, se llevo a cabo una Correlación de Pearson (Tabla 3). Los resultados reflejan una correlación positiva entre el bajo nivel socioeconómico y el EMT *Autosacrificio*, es decir que, a mayor nivel de pobreza, habrá un incremento en la activación de dicho EMT. Sin embargo, no se encontró correlación significativa entre el bajo nivel socioeconómico y el EMT *Vulnerabilidad al daño y la enfermedad*.

Tabla 2

*Relación entre EMTs y bajo nivel socioeconómico.*

	Autosacrificio	Vulnerabilidad al daño y la enfermedad
Correlación de Pearson	0,267**	NS
AMAI		
Sig. (bilateral)	0,007	NS

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

Por otro lado, para evaluar la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los EMTs *Abandono, Desconfianza/ abuso, Insuficiente Autocontrol e Inhibición Emocional*, se llevó a cabo un análisis estadístico inferencial Prueba T para muestras independientes (Tabla 4) y se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se encontró una diferencia significativa en el EMT *Abandono*  $T(98) = -3,978$ ,  $p < .05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 68.31$ ,  $\sigma = 32.91$ ) quienes puntuaron más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 38.86$ ,  $\sigma = 35.24$ ).

- Se encontró una diferencia significativa en el EMT *Desconfianza/abuso*  $T(98) = -4,518$ ,  $p < .05$ , entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 87.53$ ,  $\sigma = 16.99$ ) quienes puntúan más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 66.07$ ,  $\sigma = 30.07$ ).
- Se encontró una diferencia significativa en el EMT *Insuficiente Autocontrol*  $T(98) = -6,611$ ,  $p < .05$ , entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 81.86$ ,  $\sigma = 19.70$ ) quienes puntúan más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 51.07$ ,  $\sigma = 24.35$ ).
- Se encontró una diferencia significativa en el EMT *Inhibición Emocional*  $T(98) = -2,212$ ,  $p < .05$  entre las personas con TLP ( $\bar{x} = 79.08$ ,  $\sigma = 28.85$ ) quienes puntuaron más alto que aquellas sin TLP ( $\bar{x} = 63.00$ ,  $\sigma = 41.58$ ).

Tabla 3

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

EMTs	Grupo con TLP		Grupo sin TLP		Sig.
	Media	DE	Media	DE	
Abandono	68,31	32,91	38,86	35,24	$p < .05$
Desconfianza/ Abuso	87,53	16,99	66,07	30,07	$p < .05$
Insuficiente Autocontrol	81,86	19,69	51,07	24,35	$p < .05$
Inhibición Emocional	79,08	28,85	63	41,58	$p < .05$

*Nota: Reporte de resultados de prueba T para muestras independientes. EMTs significativos activados en sujetos con TLP ( $p < .05$ ).*

## 6. Discusión

La presente investigación tuvo como primer objetivo examinar la relación entre el bajo nivel socioeconómico y los Esquemas Maladaptativos Tempranos: Autosacrificio y

Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. Se partió de la hipótesis que, a mayor nivel de pobreza, habrá un incremento en la activación de los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

Los resultados de la Correlación de Pearson dan cuenta del incremento en la activación del EMT Autosacrificio a mayores niveles de pobreza. El esquema hace referencia a la concentración excesiva y voluntaria en satisfacer las necesidades de los otros, a expensas de la satisfacción propia. Además, los sujetos que poseen el esquema de Autosacrificio presentan una sensación de que sus propias necesidades no son satisfechas adecuadamente, y un resentimiento hacia aquellos que tiene bajo su cuidado (Castrillón, et al., 2005). La activación del esquema es coherente con la población de mujeres de entre 20 y 50 años de bajos recursos socioeconómicos. Se trata de un período en el que se dan un conjunto de roles vinculados a la maternidad, al cuidado de otros miembros de la familia como esposo, hijos, padres o nietos. Existe un alto porcentaje de madres que se dedican a las labores del hogar y no generan recursos económicos. Sin embargo, su rol como ama de casa juega un papel muy importante e indispensable ya que es la protagonista de la crianza de sus hijos. Por ello se valora su presencia, en especial cuando los niños son pequeños y la familia vive en un contexto de menores recursos económicos, pues ellas son las dadoras de afecto y comprensión principales y, a su vez, son quienes educan a sus hijos (Cortez, 2018).

No obstante, no se encontró correlación significativa entre el bajo nivel socioeconómico y el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. Dicho esquema se evalúa a través de los reactivos “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”, “Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente”. Si bien por la población en cuestión se esperaba una activación del EMT, el resultado podría deberse a la presencia de factores protectores que, en muchos casos, reducen el efecto de las situaciones desfavorables.

A pesar de la exposición a eventos estresantes que pueden llevarse a cabo en contextos de pobreza, la familia, amigos o vecinos son una fuente de apoyo a la que se puede recurrir (Székely, 2003). El apoyo social permite que las conductas se vuelvan más adaptativas para superar las demandas del medio ambiente o la exposición a adversidades. Así, el apoyo social funciona como recurso para minimizar los efectos de las situaciones de estrés (Hurdle, 2001).

Se ha demostrado a través de diversos estudios que quienes perciben un alto nivel de apoyo social tienen mayor control personal, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, y un incremento en el bienestar subjetivo (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). Esto promueve la percepción de control sobre el ambiente, permitiendo al sujeto experimentar una menor cantidad de eventos como estresantes (Bolger y Schilling, 1991).

El segundo objetivo de la investigación consistió en evaluar la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad y los EMTs: Abandono, Desconfianza/ abuso, Insuficiente Autocontrol e Inhibición Emocional. A partir de lo teorizado sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, la hipótesis planteó que existe una relación entre el TLP y los EMTs mencionados.

En concordancia con dicha hipótesis, las personas con TLP obtuvieron un puntaje más alto que aquellas sin TLP en el EMT Abandono. El resultado es coherente con el contexto anempático e inconsistente en el que suelen desarrollarse los sujetos con TLP. El esquema hace referencia al temor y la preocupación de ser abandonado por personas significativas, quienes son emocionalmente inestables e indignos de confianza para brindar apoyo (Young, 1999).

Este esquema, como se explica en el criterio 1 del DSM-IV-TR (2001), se corresponde con los esfuerzos frenéticos que realizan los sujetos con TLP para evitar un abandono real o imaginado. Experimentan un intenso temor al abandono y una ira inadecuada, incluso ante separaciones de tiempo limitado (por ejemplo, cuando el clínico anuncia que su visita ha terminado, o cuando alguien importante para ellos se retrasa unos minutos) y perciben un abandono que ocurre porque el otro es “malo”. Dichos temores se relacionan con su intolerancia a estar solos.

La falta de sentido coherente de la identidad del individuo límite, genera dependencia en sus relaciones interpersonales. En ellas busca seguridad y protección, y se vuelve muy sensible a cualquier signo de pérdida de apoyo (Millón, 1987). Así, sin importar que sus relaciones se vuelven difíciles, caóticas e intensas, realizan un desesperado esfuerzo para evitar que los abandonen (Linehan, 2003).

A demás, las personas con TLP obtuvieron un puntaje más alto en el EMT Desconfianza/ abuso que aquellas personas sin TLP. Coherente con las vivencias de abandono por parte de personas significativas, el sujeto límite se encuentra en constante estado de alerta y suspicacia, esperando abandonos reiterados y frecuentes.

El esquema Desconfianza/ Abuso hace referencia a la creencia central de desconfianza, que alude a una sospecha de que las otras personas le harán daño, se aprovecharán o le harán víctima de sus abusos, engaños o humillaciones. La persona, generalmente, percibe el daño como intencional. Puede incluir, también, la creencia de que la persona siempre es engañada o recibe la peor parte (Castrillón, et al., 2005).

A su vez, este resultado es coherente con la población de bajos recursos, cuyas condiciones pueden generar que las personas que habitan en ella sean expuestas a experiencias adversas como el hacinamiento, el maltrato infantil, la negligencia, el abuso sexual o la desnutrición (Vega-Arce y Nuñez-Ulloa, 2017). Además, en la infancia de los sujetos con TLP, es frecuente la presencia de maltrato físico y sexual, la negligencia, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental (DSM- IV- TR, 2001). Así, el sujeto límite se encuentra en constante estado de desconfianza y se torna muy vulnerable.

También, las personas con TLP obtuvieron un puntaje más alto que aquellas in TLP en el EMT Inhibición Emocional. Dicho esquema refiere a la contención excesiva de sentimientos y acciones que dificultan la comunicación espontánea, por temor a la pérdida de control de impulsos y para evitar la desaprobación de los demás. Presentan una dificultad para expresar sentimientos de vulnerabilidad en un ciclo interpersonal, por vergüenza o hipercontrol. El individuo límite, en el curso de su desarrollo, tiene una experiencia extensa con personas significativas, quienes buscan que el sujeto mantenga una actitud positiva a pesar de su malestar, desestimando sus emociones. De esta manera, recibe una educación inapropiada de sus emociones y, en simultáneo, aprende a asumir una actitud despectiva respecto de lo que él mismo siente. La desregulación de las emociones combina un sistema de respuesta emocional hipersensitivo con una incapacidad de modular emociones fuertes resultantes y las acciones asociadas a ella (Linehan, 2003). Se cree que esta disfunción es la responsable de las dramáticas reacciones y los actos impulsivos (Linehan, 1987).

Por último, las personas con TLP obtuvieron un puntaje más alto que aquellas in TLP en el EMT Insuficiente Autocontrol. Este se manifiesta en la dificultad de ejercer el control sobre sus emociones, para limitar la expresión excesiva de ellas y controlar los impulsos. Linehan (1987) sostiene que la vulnerabilidad o disfunción de la regulación emocional es la responsable de los actos impulsivos exagerados y las dramáticas reacciones del individuo límite. Pueden

llevar a cabo reacciones impulsivas que luego reconocen como irracionales y contraproducentes (Beck, Davis & Freeman, 2015).

La disfunción de la regulación emocional se caracteriza por una alta sensibilidad a estímulos emocionales, una intensa respuesta a ellos, y un lento retorno a la calma emocional luego de la excitación o descarga. Si bien la conducta impulsiva puede entenderse como poco adaptativa, para los individuos con TLP resulta eficiente como estrategia para regular las emociones (Linehan, 2003).

A demás, de los criterios diagnósticos para TLP del DSM- IV- TR (2003), el criterio 4 hace referencia a la impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para ellos mismos (por ejemplo, apuestas de dinero, prácticas sexuales no seguras, gastos irresponsables, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones). El criterio no incluye los comportamientos suicidas o de automutilación.

El EMT Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina también se caracteriza por la poca disciplina y perseverancia en la realización de tareas y consecución de metas. Esto podría explicarse por la alteración de la identidad del sujeto límite, caracterizada por la inestabilidad en la autoimagen y el sentido de uno mismo, que puede derivar en cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen. Estos cambios pueden darse en sus objetivos, valores, aspiraciones profesionales, identidad sexual, escala de valores, amistades, entre otros (DSM- IV- TR, 2003).

Es relevante mencionar, como limitación de la investigación, que al comparar la activación de EMTs en el grupo con TLP y en el grupo sin TLP, este último presentaba otro tipo de Trastornos de Personalidad. Por consiguiente, si bien se encontró una diferencia significativa entre la activación de EMTs en personas con TLP y en aquellas sin TLP, la presencia de un grupo control sin ningún Trastorno de Personalidad podría lograr resultados con mayor fiabilidad. Dicho esto, sería relevante replicar el estudio con un grupo control que no presente Trastornos de Personalidad.

No obstante, los resultados de la investigación son de gran relevancia ya que la comprensión de la relación entre los EMTs y los TPs aportan datos que colaboran con la eficacia del trabajo terapéutico. La terapia de esquemas ayuda a los pacientes a modificar sus respuestas de afrontamiento, llevándolas a respuestas más adaptativas (Tremblay & Dozois, 2014). Por dicho motivo es importante conocer la relación entre los EMTs y los Trastornos de la Personalidad.

## 7. Conclusión

En conclusión, en cuanto a la primera hipótesis se encontró una correlación positiva entre el bajo nivel socioeconómico y el EMT *Autosacrificio*, es decir que, a mayor nivel de pobreza, habrá un incremento en la activación de dicho EMT. El resultado es congruente con la etapa vital de la población evaluada, ya que se dan un conjunto de roles vinculados a la maternidad y al cuidado de otros miembros de la familia como los padres, nietos o esposo. Sumado a ello, un alto porcentaje de madres se dedica a las labores del hogar. No obstante, no se halló una correlación significativa entre el bajo nivel socioeconómico y el EMT *Vulnerabilidad al daño y la enfermedad*. Esto podría deberse a la presencia de factores protectores que reducen el efecto de las situaciones desfavorables. El apoyo social, frecuente en poblaciones de bajos recursos y en viviendas en condición de hacinamiento, permite minimizar los efectos de las situaciones de estrés. Quienes lo perciben tienen mayor control personal, afrontamiento más adecuado ante el estrés, y un incremento en el bienestar subjetivo que, a su vez, promueve la percepción de mayor control sobre el ambiente.

Por otro lado, la segunda hipótesis plantea que existe una relación entre el TLP y los EMTs *Abandono*, *Desconfianza/ abuso*, *Inhibición Emocional* e *Insuficiente Autocontrol*. Los resultados demostraron que existe una relación significativa entre ambas variables. La activación del EMT *Abandono*, coherente con el contexto inconsistente en el que se desarrollan los sujetos con TLP, se corresponde con la dependencia que desarrolla en sus relaciones interpersonales. Se manifiesta en un fuerte temor al abandono, ira inadecuada y esfuerzos frenéticos para evitar la separación, incluso cuando se trata de un tiempo limitado. Estas vivencias de abandono generan que el individuo se encuentre en constante estado de alerta y desconfianza, lo cual podría a su vez, explicar la activación del EMT *Desconfianza/ Abuso*. Además, este esquema es coherente con la población de bajos recursos y la exposición a experiencias adversas como la negligencia, el maltrato, los conflictos hostiles, el hacinamiento, la desnutrición, entre otras. La activación del EMT *Inhibición Emocional* concuerda con el contexto de desarrollo de los sujetos con TLP, donde las personas significativas buscan que el sujeto mantenga una actitud positiva a pesar de su malestar, desestimando sus emociones y generando así, que el sujeto asuma una actitud despectiva respecto de lo que él mismo siente y reciba una inadecuada educación emocional. Esta disfunción de las emociones es la responsable de los actos impulsivos y las dramáticas reacciones, lo que podría explicar la activación del EMT *Insuficiente Autocontrol*, ligado a la



impulsividad característica del sujeto límite. Esta se manifiesta en una reacción emocional hipertrofiada y un lento retorno a la calma emocional luego de la descarga.

## 8. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy, 1*, 5-37.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of personality, 59*(3), 355-386.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26*(1), 17-31.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., H Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form: (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología, 37*(3), 541-560.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. *I. Caro (Comp.). Manual de Psicoterapias Cognitivas*, 119-127.
- Cortez, C. (2018). Características socioeconómicas y culturales que prevalecen en las madres que asisten irregularmente a los controles cred del lactante, Centro de Atención Primaria II Essalud Jayanca-Lambayeque, octubre 2018.
- Dennett, D. (1987) *The Intentional Stance*. Cambridge, MA. USA: MIT Press.
- Escobar, M. J., Santelices, M. P., & Elizalde, G. P. (2013). Psychotherapy based on Mentalization as Borderline Personality Disorders treatment: Theoretical review of Fonagy's principles. *Summa psicológica UST (En línea), 10*(1), 155-160.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal, 12*(3), 201-218.
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(2), 263-278.
- Hurdle, D. E. (2001). Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health & Social Work, 26*(2), 72-79.
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders, 18*(5), 467-478.
- Lever, J. P., & Martínez, Y. I. C. (2006). Impacto de las variables de personalidad sobre la percepción de la pobreza. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 22*(2), 217-233.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders, 1*(4), 328-333.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of personality Disorders, 1*(4), 354-372.
- Palomar Lever, J., & Cienfuegos Martínez, Y. I. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders, 15*(6), 546-559.
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría, 45*, 31-38.
- Rodríguez Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young.
- Sánchez Quintero, S., & Vega, I. D. L. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción psicológica, 10*(1), 21-32.
- Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 42*(3), 285-290.

- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research, 19*(3), 295-321.
- Székely, M. (2003). Lo que dicen los pobres. *Cuadernos de desarrollo humano, 13*.
- Tineo, L. (1997). El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas. *Caro, Isabel (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas. Barcelona: Paidós.*
- Tremblay, P., & Dozois, D. (2014). Otra perspectiva sobre el rasgo agresivo: superposición con esquemas maladaptativos tempranos. *RET, Revista de Toxicomanías, 72*, 14-22.
- Vega-Arce, M., & Núñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria, 14*(2), 124-130.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.