

## **Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto**

### **Autores:**

**Dra. Soledad Cordero (Universidad Católica del Uruguay)**

**Lic.Maira Tiscornia (Suamoc)**

**Resumen:** La Terapia Centrada en los Esquemas ha tenido un gran impacto en el tratamiento de los pacientes con Trastornos de Personalidad. Las investigaciones actuales sobre esta temática señalan la necesidad de comprobar la validez y utilidad de sus constructos y técnicas. El presente estudio piloto, que forma parte de un estudio más amplio, fue diseñado para adquirir una mejor comprensión de los pacientes diagnosticados con Trastornos de Personalidad mediante el conocimiento de cuáles Esquemas Desadaptativos Tempranos aparecen activados y con qué intensidad. Se indagaron las posibles relaciones de especificidad entre algunos grupos de Trastornos de Personalidad (evaluados a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon) y determinados Esquemas Tempranos Desadaptativos o Dimensiones de esquemas.

**Palabras claves:** Esquemas Tempranos Desadaptativos, Trastornos de la Personalidad

**Abstract:** Schema Therapy is a promising treatment for those patients with Personality Disorder Diagnoses. Recent research about this therapeutic modality addresses the importance of investigate and validate its constructs and techniques. This Pilot study was designed to reach a better understanding of those patients who have Personality Disorder diagnoses by studying which of the Early Maladaptive Schemas appeared to be activated and which ones present a significant intensity. Possible relations among the specificity of some of the Personality Disorder clusters and specific EDT and Schema Dimensions were researched

**Key words:** Early Maladaptive Schemas, Personality Disorder

**Correspondencia:** Prof. Dra. Soledad Cordero, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay: e-mail:scordero@ucu.edu.uy

## INTRODUCCIÓN

El tema central de este estudio, que forma parte de un proyecto más amplio, consistió en la exploración, en una muestra de pacientes que consultan a psicoterapia, de las relaciones entre los Trastornos de Personalidad (TP)<sup>1</sup>, y los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs)<sup>2</sup> postulados por la Terapia Centrada en los Esquemas, fundada por el Dr. Jeffrey Young (1999). Se exploró la relación entre la severidad de las escalas del MCMI-II y la cantidad e intensidad de los EDTs activados. Por otra parte se exploraron las relaciones de especificidad entre las distintas escalas de personalidad del MCMI-II y los diferentes EDTs.

### **La Terapia Centrada en los Esquemas y su situación en la actualidad.**

Dado que los postulados y constructos de la modalidad clínica basada en los esquemas se encuentran en pleno desarrollo, resulta oportuno proporcionar aquí una breve descripción de los conceptos básicos que la sustentan.

La *Terapia Centrada en los Esquemas* representa una innovadora ampliación del modelo de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck, que integra elementos de otros marcos teóricos como ser la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las Relaciones Objetales, el Constructivismo y de las escuelas Psicoanalíticas (Young, 1999; 2003).

El *concepto de EDTs* es el núcleo fundamental de sus intervenciones clínicas en pacientes con patología severa que plantea este marco teórico-clínico. Los *EDTs* se definen como amplios patrones que comprometen a los recuerdos, sensaciones corporales, emociones y cogniciones que el sujeto posee acerca de sí mismo y acerca de sus relaciones con otros (Young, 1993; 1999). Se desarrollan en las primeras interacciones con los padres, cuidadores y pares, y constituyen el núcleo de los vastos

---

<sup>1</sup> En adelante TP.

<sup>2</sup> En adelante EDTs y EDT para Esquema Desadaptativo Temprano

temas que incluyen al sí mismo y a las relaciones con los demás en la posterioridad. Los EDTs comprenden elementos que habiendo resultado adaptativos y funcionales en el entorno humano primitivo del individuo, resultan en un dominio de experiencia interferido en su evolución. Dado que carecen de flexibilidad, variabilidad y creatividad, resultan disfuncionales en la vida actual del sujeto (Tineo, citado en Caro, 1997). Los *EDTs* predominan en los pacientes con TP y otras psicopatologías crónicas; y resultan ser muy limitantes para la vida de la persona (Glubosky & Young, citado en Caro, 1997).

La *clasificación* propuesta por Young incluye 18 EDTs que se agrupan en 5 *dominios o dimensiones* que corresponden a las relaciones tempranas disfuncionales y al tipo de necesidades no contempladas durante la infancia y que dan origen a los EDTs desadaptativos actuales (Tineo, citado en Caro, 1997). El dominio ***Desconexión y Rechazo*** agrupa los EDTs de Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Vergüenza y Aislamiento Social/Alienación. El dominio ***Pobre autonomía y Desempeño*** agrupa los EDTs de Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al Daño o la Enfermedad, Identidad no desarrollada/Yo inmaduro (o Apego) y Fracaso. El dominio ***Límites insuficientes*** agrupa los EDTs de Grandiosidad y de Insuficiente Autocontrol/ Insuficiente Autodisciplina. El dominio ***Orientación hacia los otros*** agrupa los EDTs de Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento. Finalmente, el dominio ***Hipervigilancia e Inhibición*** agrupa los EDTs de Negativismo/Pesimismo, Inhibición emocional, Reglas Implacables/Hipercrítica y Castigo.

Para identificar los EDTs, Young desarrollo en 1990 el Young's Schema Questionnaire (*Cuestionario de los Esquemas de Young, CEY*). Mediante este cuestionario es posible identificar 15 de los EDTs antes propuestos. No están incluidos

los siguientes EDTs: Negativismo/Pesimismo, Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento y Autocrítica. Posteriormente, Young y cols han llevado a cabo revisiones teóricas de los EDTs y su forma de agrupación, dando lugar a diferentes versiones del cuestionario, dentro de las cuales se encuentra el *CEY Versión Corta o Abreviada*, que ha sido utilizado en el presente trabajo.

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

El estudio realizado por Lee y cols. (1999) examinó las propiedades psicométricas del CEY en una muestra de 433 pacientes australianos de la práctica clínica privada. Continuando las investigaciones planteadas por el grupo de Schmidt y cols. (1995), se utilizó el CEY en su versión larga. De los 16 EDTs planteados por Young (1999, 2003), solamente el Indeseabilidad Social no apareció como un emergente. Se observaron los datos desprendidos de las diferentes escalas del CEY para aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico en el Eje II. Se encontró que estos pacientes poseen puntuaciones significativamente más elevadas en todas las escalas del CEY a excepción de la de Subyugación y Vulnerabilidad. Este estudio confirmó lo demostrado anteriormente por Schmidt y cols (1995), es decir que el CEY parece tener una buena consistencia interna y una estructura factorial estable en las diversas culturas y en los diversos gados de psicopatología de los pacientes (Eje I y II). Si bien esta investigación manifiesta que el CEY resulta ser una herramienta prometedora a la hora de identificar y evaluar los EDTs que subyacen a la psicopatología; también señala que más investigaciones que agreguen validez de constructo al mismo deben realizarse relacionándolo con otras medidas fuertes de psicopatología.

Posteriormente, Glaser y cols. (2002) demostraron la utilidad de la versión abreviada del CEY en una muestra clínica de 141 pacientes. En esta oportunidad, fueron empleados el CEY Versión Corta, el SCL-90-R (Derogatis, 1983), el BDI (Beck Depresión Inventory), el PANAS (Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark & Tellegen, 1988) y el MCMI-II. Los investigadores revelaron la validez de constructo del CEY Abreviado, examinando el grado con que sus subescalas predecían síntomas depresivos, la severidad de la patología (GSI: Global Severity Index, SCL-90) y de ansiedad. Los resultados mostraron una correlación favorable del CEY abreviado con las medidas de sintomatología general de las otras escalas validadas aplicadas. El CEY abreviado posee una validez de constructo comparable con la estudiada para el CEY (versión larga) investigada por Schmidt y cols. (1995). El estudio señaló que el CEY versión abreviada es una herramienta con un alto potencial a la hora de evaluar los diagnósticos del Eje I y II. Asimismo sirve para indagar las cogniciones más dañinas que afectan al sujeto provocándole un índice de mayor distrés, ansiedad y depresión.

Cabe señalar como contribución importante para el estudio que se presenta en este trabajo la adaptación al español realizada por Cid, Tejero y Torrubia del CEY (Cid y cols, 1995). Este instrumento ha contribuido con la investigación en poblaciones de habla hispana.

### **Investigaciones previas sobre la relación entre los TP y los EDT**

Si bien existen asociaciones teóricas de larga data entre los TP y los contenidos cognitivos disfuncionales propuestos tanto por Beck (1990) como por Young (1999), sólo algunos estudios han examinado la relación entre los mismos. En una búsqueda literaria empleando el sistema Medline (OVID, 1966-current) y PsychINFO (CSA, 1984-current), en la cual se emplearon los términos de búsqueda “Beck”. “Young”.

“Personality Belief Questionnaire” and “Schema Questionnaire”, sólo se identificaron 9 estudios empíricos que examinaban las asociaciones específicas entre los EDTs o las creencias disfuncionales planteadas por Beck y cols. (1990) y los trastornos del Eje II. Cinco de estos estudios no empleaban instrumentos diagnósticos clínicos estandarizados y cuatro de ellos limitaron sus muestras a estudiantes universitarios de grado (Petrocelli y cols. 2001).

A continuación, se mencionan algunos de los estudios más representativos sobre la temática en cuestión, que han servido de fundamento a la presente investigación.

Arntz y cols. (1999) estudiaron la influencia de los patrones cognitivos en una muestra de pacientes con TP. Sus resultados dieron cuenta de la *especificidad de los esquemas cognitivos*, medidos por el Personality Disorder Beliefs Questionnaire (Dreessen & Arntz, 1995). Detectaron que los pacientes con TP Límite discrepaban fuertemente en los esquemas cognitivos que se activaban cuando eran comparados con personas diagnosticadas con TP del Cluster C.

En la misma línea de investigación, Beck y cols. (2001) examinaron en una muestra de 756 pacientes psiquiátricos la especificidad de las creencias disfuncionales en 5 TP. Los resultados sustentaron que existe una relación significativa entre las creencias disfuncionales (Personality Belief Questionnaire; Beck, 1991) y los TP (SCID-II). Sin embargo, algunas limitaciones de este estudio no permitieron establecer relaciones significativas entre los tipos de creencias específicas y los diversos TP.

Una investigación realizada por Petrocelli y cols. (2001) examinó los EDTs (CEY, Versión Abreviada) que se evidenciaron en 5 clusters que se desprendieron del MCMI-II en una muestra de 129 pacientes clínicos de ambos sexos y de edad media de 28 años. El objetivo fue identificar cuáles eran los EDT presentes en los diversos

subtipos o patrones de personalidad. Los resultados confirmaron la presencia de una relación sustancial entre las características de los TP investigados y los EDTs.

Otra de las investigaciones de Petrocelli y cols. (2001) mostró el papel de los EDTs (CEY, Versión Breve) como variables mediacionales entre la personalidad autodestructiva (MCMI-II) y la depresión clínica (BDI y SCL-90-R) en una muestra clínica ambulatoria. Estos investigadores plantearon la hipótesis de que existe una vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión que puede ser explicada mediante el constructo de los EDTs. Consideraron que el conocimiento de los EDTs específicos que se activaban en este tipo de paciente podría ofrecer datos significativos para la conceptualización y abordaje clínico de los mismos. La evidencia mostró que los EDTs de Abandono y de Imperfección eran los mejores predictores de la depresión en estos pacientes. Los autores mencionan la importancia preventiva que podría derivarse del estudio de los esquemas como formas de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la psicopatología.

Jovev y Jackson (2004) llevaron adelante un estudio en Australia sobre la especificidad de los EDT (primera versión del CEY) en una muestra de personas diagnosticadas con TP Límite (n = 13), Obsesivo-Compulsivo (n = 13) y por Evitación (n=22). Este estudio arrojó asociaciones elevadas entre: (a) los EDTs de Dependencia/Incompetencia y Abandono y el Grupo de TP Límite; (b) el EDT de Estándares Inflexibles y el Grupo de TP Obsesivo-Compulsivo y (c) el EDT de Inhibición Emocional con el TP por Evitación. Por otra parte, Jovev y Jackson (2004) realizan una revisión de los principales postulados teóricos así como de los hallazgos más importantes respecto a estos tres TP (Límite, Obsesivo-Compulsivo y Evitativo), que se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Resumen de investigaciones y teorías que han examinado la especificidad de los dominios de esquemas en los TP Límite, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo (Fuente: Jovev, M; Jackson, H., 2004)

TP Límite	TP Obsesivo-Compulsivo	TP Evitativo
Alto en todos los dominios (b)	MI (b,1)	IM (1,b)
AB (a, b, 2, 3, 4)	IE (b,1)	AB (1,b)
IM (a, b, c, 4)		SU (2)
DE (a, 3, 4)		
DES (c, 2,3,4)		
VU (b, 4)		
FR (c)		
AS (a)		

**Nota:** Teoría: a) Young (2004); b) Beck y cols. (1990); c) Arntz (1994). Investigación: 1) Beck y cols. (2001); 2) Ball y cols. (2001); 3) Buttler y cols. (2002); 4) Arntz y cols. (1999).

**Abreviaciones:** TP = Trastorno de la Personalidad AB = Abandono, DES = Desconfianza/Abuso, DE = Dependencia/Incompetencia, AS = Aislamiento, IM = Imperfección, FR = Fracaso, VU = Vulnerabilidad, SU = Subyugación, IE = Inhibición Emocional, MI = Metas inalcanzables/Hipercriticismo.

Uno de los últimos hallazgos referentes a la Terapia Centrada en los Esquemas fue el estudio realizado por Giesen-Bloo y cols. (2006). Mediante esta investigación se mostró la efectividad que la Terapia Centrada en los Esquemas posee en el abordaje de pacientes con TP Límite, cuando es comparada con un tratamiento basado en la Teoría de la Transferencia de Otto Kenberg. Además, esta investigación evidenció que en los pacientes con TP Límite existía una marcada presencia de EDT. El conocimiento acerca de la presencia y especificidad de los EDT presentes en este tipo de patología, parece resultar de vital importancia para la labor del psicólogo clínico.

### Justificación de la temática

El rol de los esquemas cognitivos en los TP ha sido de gran interés en investigadores y terapeutas cognitivo-comportamentales (Beck & Freeman, 1990).

Tal lo señalan los datos provenientes de las investigaciones previas, la Terapia Centrada en los Esquemas y los constructos que plantea, resultan de suma relevancia en



el abordaje de los pacientes con TP. Si bien existen una serie de estudios que han investigado las relaciones existentes entre los EDTs y las diversas patologías del Eje II, existe consenso respecto a que se trata de un área en la que son necesarias más investigaciones empíricas.

En términos generales este estudio pretende servir como un aporte adicional al incipiente número de investigaciones acerca de los constructos de la Terapia de los Esquemas. Pues si bien se trata de una modalidad que ha resultado favorable clínicamente en aquellos pacientes con TP, es necesario generar un acervo científico que de sustento y perfecciones sus aplicaciones.

Según autores como Millon y Young (1999), cada TP parece estar asociado a un estilo cognitivo. El examen de los esquemas cognitivos en los diversos subtipos de personalidad proporciona información muy útil acerca de cómo las personas perciben los eventos, procesan la información, organizan sus pensamientos, comunican sus emociones y forman sus actitudes (Retzlaff, 1997; Beck y Freeman, 1991; Young, 1999). Se ha visto también que la clasificación de los EDT propuesta por Young (2003) proporciona elementos claves para realizar un diagnóstico y un abordaje clínico más efectivo (Glaser y cols, 2002). Entendemos entonces que el estudio de los ETD específicos que se activan en los sujetos diagnosticados con TP va a contribuir al abordaje psicoterapéutico.

Desde el punto de vista clínico, se ha detectado la necesidad de hallar datos empíricos acerca de la especificidad de los esquemas cognitivos que subyacen a los Trastornos del Eje II. En este trabajo, pretendemos obtener datos que agreguen pequeños aportes y que puedan ser comparados con los resultados de otras investigaciones.

## OBJETIVOS

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio cuyo **objetivo general** es iindagar la forma en que se relacionan los EDTs desadaptativos tempranos (en términos de presencia – ausencia e intensidad) con los diagnósticos de TP (Eje II. de acuerdo a los criterios del DSM-IV).

Los **objetivos específicos** del mencionado proyecto son los siguientes: (1) Explorar relaciones entre la *severidad* de los TP y la *intensidad* de los EDTs; (2) Explorar la relación entre la *severidad* de los TP y la *cantidad* de EDTs activados; (3) Explorar las relaciones de *especificidad* entre los distintos grupos de TP descritos por el DSM-VI (Clusters A. B y C) y los EDT predominantes y (4) Explorar las relaciones entre los distintos tipos grupos de TP (Clusters A. B y C) y los 5 dominios de EDT señalados por Young.

Entre los **objetivos secundarios** se encuentran el estudio de la validez de constructo de la versión del CEY abreviada y la observación de las posibles relaciones que se desprendan entre los Trastornos del Eje I (o malestar clínicamente significativo sin presencia de TP) y los EDT.

En el presente trabajo se abordaron los objetivos 1, 2 y 3, habiendo sido evaluados los TP a través del MCMI-II. El objetivo es describir los resultados obtenidos con la muestra reclutada al momento.

## HIPOTESIS

(1) *Relación entre severidad e intensidad y cantidad de EDTs activados*: Se espera que los sujetos con una puntuación elevada en las escalas de personalidad del MCMI-II presenten puntuaciones significativamente más elevadas en los EDTs y un mayor número de esquemas activados. Esta hipótesis general se basa en los planteamientos

teóricos y hallazgos empíricos citados (ej. hallazgos de Lee y cols, 1999), donde se afirma que los EDT predominan en pacientes con TP (Glubosky & Young, citado en Caro, 1997), siendo más intensa su activación.

(2) *Especificidad de los EDTs*: Se espera encontrar relaciones específicas entre las distintas escalas del MCM-II y los distintos EDTs evaluados por el CEY. Esta hipótesis general se basa en los desarrollos teóricos (Beck y cols, 1990; Arntz, 1994, Young, 2004) y las todavía escasas investigaciones (Beck y cols, 2001; Ball y cols, 2001; Buttler y cols, 2002; Jovev y Jackson, 2004, Arntz y cols, 1999) que dan cuenta de la especificidad de los EDTs en diversos subtipos de personalidad de TP.

## METODO

**Diseño:** La presente es una investigación con un diseño no experimental, exploratorio-correlacional de corte transversal.

**Muestra:** El estudio se realizó con una muestra de población clínica, asistida ambulatoriamente de 36 participantes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 17 y los 68 años (media = 32 años, D.T. = 12,13). El 78 % (n = 28) de la muestra esta compuesto por mujeres, y el 22 % (n = 8) por hombres. Los participantes pertenecían a un NSE medio y medio bajo y consultaron a servicios de asistencia psicológica de corte cognitivo conductual dentro la Ciudad de Montevideo. Los criterios de exclusión empleados fueron dos. En primer lugar se descartaron a los sujetos que cumplían con el criterio diagnóstico positivo de Psicosis (medidos por el índice PSIC del SCL- 90- R y escala SS y PP del MCMI-II). En segundo término, se excluyeron a aquellos sujetos que por las respuestas dadas invalidaron las técnicas aplicadas (considerando los Índices Modificadores del MCMI-II y los Índices Globales PSDI y STP del SCL-90- R).

## **Instrumentos de medida**

Todos los datos fueron recabados a través de cuestionarios.

***Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI- II; Millon, 1987):*** Inventario estandarizado autoadministrable que contiene 175 oraciones, a contestar con verdadero o falso, que evalúan un amplio rango de información acerca de la personalidad del sujeto. Consta de 4 índices que sirven como medidas de validez, 10 escalas clínicas de patrones de personalidad. 3 escalas de patología severa de la personalidad, 6 escalas clínicas sindrómicas, y 3 escalas sindrómicas severas. Es frecuente su aplicación en investigaciones, calculándose que cada año se publican aproximadamente 60 nuevas referencias que lo citan dentro de la batería de instrumentos utilizados en las investigaciones.

***Cuestionario de Esquemas Cognitivos Versión Abreviada (CEY Abreviado; Young, 1994):*** Consta de 75 ítems que evalúan los mismos 15 EDT que en la versión original. Según estudios como el realizado por Glaser y cols (2002), presenta una buena validez de constructo, equiparable con la versión extensa del CEY. Debido a esto, el CEY Abreviado representa una herramienta válida y “económica” de evaluar los EDT propuestos por Young (1999). Cada pregunta es evaluada por el paciente en términos de intensidad en una escala del 1 (“*totalmente falso*”) al 6 (“*me describe perfectamente*”). Son consideradas puntuaciones significativas aquellas que se encuentran entre 5 y 6 (se les asigna un punto). Cada EDT es medido por 5 preguntas, siendo el máximo puntaje 5. Las *puntuaciones significativas* por EDT son a partir de dos. El cálculo de las puntuaciones significativas va a contribuir a determinar la *intensidad* del EDT, además de la patología del Eje II y de dar cierta especificidad.

***Cuestionario autoinformado de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II):*** Este cuestionario

autoinformado de screening sirve para evaluar con mayor precisión los diagnósticos de TP tal cual lo establece el DSM-IV. El cuestionario se compone de 119 ítems y se puede aplicar en un tiempo aproximado de 20 minutos. Cada pregunta se corresponde a un ítem de la entrevista SCID-II completa.

***Inventario de Síntomas SCL-90-R (J. Derogatis):*** Ha sido desarrollado para evaluar diversos patrones de síntomas presentes en individuos. Su administración requiere 15 minutos aproximadamente. Cada uno de los 90 ítems que incluye se responde sobre una escala de 5 puntos que corresponderán a las 9 dimensiones que se desprenden del mismo (Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo). Asimismo provee de 3 índices globales: índice de severidad (IGS), índice de malestar positivo (PSDI) e índice de síntomas positivos (TP). Mediante esta técnica se podrá discriminar la severidad sintomática y discriminar los trastornos del eje I.

### **Procedimiento**

Los instrumentos de evaluación fueron aplicados a los participantes, después de firmar el consentimiento informado. Las pruebas fueron aplicadas manteniendo las variables de encuadre y en el siguiente orden: Consentimiento informado, SCL-90-R, CEY Abreviado, MCMI-II y Cuestionario autoinformado de Screening de la SCID-II. Los participantes completaron los cuestionarios como parte de la evaluación general y antes de iniciar el tratamiento.

### **Análisis de los datos**

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 12.0. Al momento se han analizado exclusivamente los datos referentes al MCMI-II y al

CEY Abreviado. A continuación se describe el procedimiento seguido para evaluar la severidad en las escalas del MCMI-II, la intensidad de los EDT activados así como la cantidad de EDT activados.

La **severidad** en las escalas de personalidad del MCMI-II se evaluó siguiendo los criterios de corrección del MCMI, que establecen dos puntos de corte. El primero, tasa base (TB) superior a 74, indica sospecha de presencia de un TP y el segundo (TB superior a 84) indica sospecha de presencia y gravedad de dicho TP. Teniendo en cuenta estos criterios y siguiendo un criterio estricto la muestra total se dividió en 2 *grupos*: (1) grupo con puntuaciones menores a TB 85 y (2) grupo con puntuaciones mayores a TB 84. El grupo 1 se usó como grupo contraste. Este procedimiento de división en base a las puntuaciones TB se aplicó también para cada una de las escalas de personalidad del MCMI-II por separado.

Para evaluar la **intensidad de los EDT** se sumaron la cantidad de ítems de cada EDT con una puntuación de 5 o 6 (es decir puntuaciones significativas, siguiendo los criterios de corrección planteados por Young). Para evaluar la **cantidad de EDT activados** se tomaron en cuenta, siguiendo los criterios planteados por Young, aquellos EDT que tenían más de dos respuestas con una puntuación de 5 o 6.

## **RESULTADOS**

### ***1. Estadística descriptiva***

En la tabla 2 se presentan las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las escalas de personalidad del MCMI-II en la muestra total y en la tabla 3 las puntuaciones medias en las escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada y severa del MCMI-II.

Tabla 2. Puntuaciones medias en las escalas del MCMI-II (Muestra total)

<b>Escalas del MCMI-II</b>		
	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<b>Escalas básicas de personalidad</b>		
Esquizoide	64.71	22.195
Fóbica	73.80	26.441
Dependiente	64.43	29.820
Histriónica	61.20	24.678
Narcisista	58.31	29.717
Antisocial	64.03	21.695
Agresivo-Sádica	68.83	25.244
Compulsiva	61.00	26.063
Pasivo-Agresiva	76.94	27.823
Autodestructiva	69.40	20.800
<b>Escalas de personalidad patológica</b>		
Esquizotípica	62.29	14.738
Límite	64.23	22.300
Paranoide	60.74	14.841

Tabla 3. Puntuaciones medias en las escalas del MCMI-II

<b>Escalas del MCMI-II</b>		
	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<b>Escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada y severa</b>		
Ansiedad	64.17	29.886
Neurosis Depresiva	56.37	28.078
Hipomanía	55.12	21.239
Histeriforme	61.42	16.208
Depresión Mayor	56.57	14.880
Pensamiento psicótico	58.17	14.174
Abuso de alcohol	51.26	18.430
Abuso drogas	54.97	21.726
Delirio psicótico	52.43	17.466

La escala Pasivo-Agresiva es la escala de personalidad del MCMI-II que presenta la puntuación media más alta, seguida de la escala Fóbica. En lo que respecta a los síndromes clínicos la puntuación media más alta se encuentran en la escala Ansiedad.

En la Tabla 4 se muestra el *número de sujetos que superan el punto de corte de alteración clínica (TB>84) para cada una de las escalas del MCMI-II*. El 72, 2 % (n = 26) de la muestra tiene una puntuación superior a TB 84 en al menos una de las escalas de patrones básicos de personalidad o en las escalas de personalidad patológica. Por lo tanto, este es el porcentaje de la muestra que tiene probabilidad de presentar un

TP. Además, según Millon, un TB superior a 84 también indica severidad en el trastorno.

En la tabla 5 se presentan las *puntuaciones medias obtenidas para cada uno de los EDT* evaluados por el CEY Abreviado. La puntuación media más alta se encuentra en el EDT Grandiosidad, que además es el único que presenta una media superior a 2. Como se menciono anteriormente, se consideran significativas las puntuaciones a partir de 2 (es decir que el sujeto tiene más de dos afirmaciones marcadas con 5 o 6).

La puntuación media de la muestra en *cantidad de EDTs activados* es de 4,08 (D.T. = 3.62).

Tabla 4. Porcentaje de sujetos con una puntuación TB > 84 en las escalas de personalidad del MCMI-II

Escalas del MCMI-II	TB > 84	
	n	%
<b>Escalas básicas de personalidad</b>		
Esquizoide	3	8.6
Fóbica	10	28.6
Dependiente	7	20
Histriónica	6	17.1
Narcisista	5	14.3
Antisocial	5	14.3
Agresivo/Sádica	6	17.1
Compulsiva	10	28.6
Pasivo/Agresiva	15	42.9
Autodestructiva	7	20
<b>Escalas de personalidad patológica</b>		
Esquizotípica	2	5.7
Límite	4	11.4
Paranoide	0	0

Tabla 5. Puntuaciones medias en las escalas del CEY Abreviado (Muestra total)

Escalas del CEY Abreviado			
Dominios	Esquemas	Media	DT
<b>Desconexión y Rechazo</b>	Privación Emocional	.89	1.348
	Abandono	1.69	1.802
	Desconfianza/Abuso	.76	1.499
	Aislamiento	.91	1.240
	Imperfección	.59	1.184
	Fracaso	.65	1.252
<b>Pobre Autonomía y Desempeño</b>	Dependencia/Incompetencia	.76	1.394
	Vulnerabilidad al Daño y Enfermedad	1.09	1.621
	Apego	.79	1.431
<b>Orientación hacia los otros</b>	Subyugación	.76	1.257
	Autosacrificio		
<b>Hipervigilancia e inhibición</b>	Inhibición Emocional	1.38	1.688
	Metas inalcanzables/Hipercriticismo	.91	1.485



Límites insuficientes	Grandiosidad	2.15	1.672
	Insuficiente Autocontrol	1.41	1.708

## 2. Correlaciones

### 2.1 Muestra Total

Con el objetivo de explorar las relaciones entre los TP (evaluados con el MCMI-II) y los diferentes EDT planteados por Young, se calcularon varios coeficientes de correlación de Pearson. En primer lugar se calcularon las correlaciones entre las *escalas de personalidad del MCMI-II* y la *cantidad de EDT activados*. Los resultados arrojan una asociación positiva y significativa entre la cantidad de EDT activados y las siguientes escalas del MCMI-II: Fóbica (.46\*\*), Pasivo-agresiva (.44\*\*), Autodestructiva (.62\*\*), Esquizotípica (.60\*\*) y Límite (.43\*).

Posteriormente se calcularon las correlaciones entre las *escalas de personalidad del MCMI-II* y las *puntuaciones en cada EDT* (Tabla 6).

Tabla 6: Correlaciones entre las escalas del MCMI-II y las puntuaciones en cada EDT (CEY)

	DOM. 1					DOM. 2				DOM. 3		DOM. 4		DOM. 5	
	PE	AB	DES	AS	IM	FR	DE	VU	AP	SU	AU	IE	MI	GR	IA
<b>Es</b>	-.04	-.07	.01	.09	.32	.29	.07	.02	.03	.09	-.14	-.04	.24	-.18	-.15
<b>Fo</b>	.28	.03	.28	.53**	.45**	.41*	.30	.35*	.24	.35*	.20	.20	.21	.13	.00
<b>De</b>	-.05	-.09	-.05	.10	.27	.25	.09	.06	.05	.07	.05	.20	-.01	.04	-.14
<b>Hi</b>	-.03	.17	-.01	.01	-.03	-.02	.11	.11	.12	.05	.13	-.04	-.09	.28	.32
<b>Na</b>	-.03	.23	.11	-.07	-.18	-.30	-.03	.15	.05	-.21	.06	-.03	-.04	.04	.26
<b>An</b>	.09	.22	.20	.29	-.06	-.15	.10	.37*	.09	.00	.29	.11	-.05	.13	.24
<b>AS</b>	-.03	.25	.16	.09	-.16	-.20	-.11	.15	.00	-.09	.20	.13	-.01	.05	.31
<b>Co</b>	-.24	-.08	-.16	-.16	-.06	.05	-.37*	-.21	-.19	-.21	.02	.09	.10	-.11	-.06
<b>PA</b>	.28	.29	.30	.34	.03	.01	.25	.37*	.14	.23	.20	.04	.05	.31	.26
<b>Au</b>	.36*	.20	.37*	.47**	.50**	.39*	.48**	.40*	.45**	.41*	.20	.12	.23	.28	.29
<b>Es</b>	.43**	.40*	.48**	.51**	.69**	.36*	.38*	.36*	.46**	.34	.16	.18	.31	.01	.08
<b>Li</b>	.29	.24	.23	.20	.14	-.00	.35*	.40*	.29	.11	.28	.19	.02	.18	.28
<b>Pa</b>	.06	.37*	.26	.14	.02	-.01	-.07	.12	.12	.07	.31	.23	.17	.10	.42*

(\*) p < .05. (\*\*) p < .01. (\*\*\*) p < .001.

**Nota:**

**Abreviaciones escalas del MCMI-II:** **Es** (Esquizoide), **Fo** (Fóbica), **De** (Dependiente), **Hi** (Histriónica), **Na** (Narcisista), **An** (Antisocial), **AS** (Agresivo/Sádico), **Co** (Compulsiva), **PA** (Pasivo/Agresiva), **Au** (Autodestructiva), **Es** (Esquizotípica), **Li** (Límite) y **Pa** (Paranoide).

**Abreviaciones EDTs:** **PE** (Privación emocional), **AB** (Abandono), **DES** (Desconfianza/Abuso), **AS** (Aislamiento), **IM** (Imperfección), **FR** (Fracaso), **DE** (Dependencia/Incompetencia), **VU** (Vulnerabilidad al daño o la enfermedad), **AP** (Apego), **SU** (Subyugación), **AU** (Autosacrificio), **IE** (Inhibición Emocional), **MI** (Metas inalcanzables/Hipercriticismo), **GR** (Grandiosidad), **IA** (Insuficiente Autocontrol).

**DOM:** Dominios. Dominio 1 (Desconexión y Rechazo), Dominio 2 (Pobre Autonomía y Desempeño), Dominio 3 (Orientación hacia los otros), Dominio 4 (Hipervigilancia e inhibición), Dominio 5 (Límites insuficientes).

En la muestra total se hallaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la Escala Fóbica del MCMI-II y los EDT Imperfección/Vergüenza, Subyugación, Fracaso, Aislamiento Social/Alienación y Vulnerabilidad al daño o enfermedad.

La Escala Compulsiva se asocia negativa y significativamente con el EDT Dependencia/Incompetencia (Dominio Pobre Autonomía y Desempeño).

Los resultados para la Escala Pasivo-Agresiva indican una asociación positiva y significativa con el EDT Vulnerabilidad al daño o la enfermedad.

La Escala Autodestructiva correlaciona positiva y significativamente con un gran número de EDT, los cuales pertenecen en su mayoría al Dominio Desconexión y Rechazo, al Dominio Pobre Autonomía y Desempeño y al Dominio Orientación hacia los otros.

De los resultados referentes a la Escala Esquizotípica se destaca la asociación estadísticamente significativa y positiva con todos los EDTs del Dominio Desconexión y Rechazo y del Dominio Pobre Autonomía y Desempeño, siendo la correlación más alta con Imperfección/Vergüenza.

La Escala Límite se asocia significativamente con los EDT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y Dependencia/Incompetencia, ambos pertenecientes al Dominio Pobre Autonomía y Desempeño.

Para la Escala Paranoide se obtienen correlaciones significativas y positivas con los EDTs Abandono e Insuficiente Autocontrol.

Las restantes escalas de personalidad del MCMI-II no obtienen correlaciones significativas.

## **2.2 Subgrupo con puntuaciones mayores a TB 84 en el MCMI-II**

### **2.2.1 Correlaciones**

Con el objetivo de explorar la relación entre la severidad del TP y la intensidad de los EDT (Objetivo 1) y cantidad de EDT activados (Objetivo 2) se calcularon coeficientes de correlación de Pearson para el subgrupo con puntuaciones TB>84 (indican mayor severidad) en las escalas de personalidad del MCMI-II.

Las correlaciones entre las escalas del MCMI-II del grupo total de sujetos con TB>84 (n = 26) y las puntuaciones en cada uno de los EDT no arrojaron resultados significativos. Además se calcularon los coeficientes de correlación entre las escalas del MCMI-II y la *cantidad de EDT de activados* (Tabla 7). Se hallaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las escalas Pasivo-Agresiva, Autodestructiva, Esquizotípica y Límite con TB>84 (mayor probabilidad de presencia de dichos TP y mayor severidad) y el *número de EDTs activados*.

Tabla 7. Correlaciones entre las escalas del MCMI-II con una puntuación TB superior a 84 y el número de EDTs activados.

<b>Escalas del MCMI-II con TB &gt; 84</b>	<b>Número de EDTs activados</b>
<b>Escalas básicas de personalidad</b>	
Esquizoide	-0.022

Fóbica	.289
Dependiente	.033
Histriónica	.208
Narcisista	.034
Antisocial	-.060
Agresivo/Sádica	-.141
Compulsiva	-.148
Pasivo/Agresiva	.370*
Autodestructiva	.670 **
<b>Escalas de personalidad patológica</b>	
Esquizotípica	.502 **
Límite	.371 *
Paranoide	--

---

(\*) p < .05. (\*\*) p < .01. (\*\*\*) p < .001.

-- No fue posible calcularlo ya que en ningún caso se presentan puntuaciones superiores a TB 84 en la escala paranoide.

### **3. Diferencias de medias**

El siguiente análisis que se realizó fue la comparación entre los sujetos del *Grupo 1* (TB < 84 en las escalas de personalidad MCMI-II) con los del *Grupo 2* (TB > 84 en las escalas de personalidad MCMI-II). Se analizaron las diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones medias (Prueba t) en los 15 EDT y en la cantidad de EDT activados. Los resultados para la prueba de Levene de igualdad de varianzas no fueron significativos, por lo que se asumió la igualdad de varianzas. Las pruebas t no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas (puntuaciones medias en los EDTs y cantidad de EDTs activados).

En suma, no aparecen diferencias significativas entre las personas que tienen sospecha de presencia de TP y los que no la tienen, tanto en lo que respecta a la intensidad de los 15 EDT como al número de EDT activados.

Posteriormente se calcularon las diferencias de medias (Prueba t) entre ambos grupos para cada una de las escalas de personalidad del MCMI-II por separado. Este procedimiento se siguió exclusivamente para aquellas escalas del grupo 2 (TB > 84) que

presentaban una frecuencia igual o superior a 7. A continuación se describen los resultados:

- Escala Fóbica: los sujetos con puntuaciones  $TB > 85$  en esta escala tienen puntuaciones significativamente mayores ( $t = 2.60, p = 0.05$ ) en el EDT *Aislamiento* que el grupo con puntuaciones  $TB < 84$ .
- Escala Dependiente: no se obtuvieron diferencias significativas en ningún EDT.
- Escala Compulsiva: se obtuvieron diferencias significativas en los siguientes EDT: *Dependencia/Incompetencia* ( $t = -1.82, p = 0.10$ ) y *Vulnerabilidad al Daño y la enfermedad* ( $t = -2.52, p = 0.5$ ). Los sujetos del grupo con  $TB > 84$  obtuvieron puntuaciones medias significativamente menores en dichos EDT. En concordancia con investigaciones anteriores los sujetos de dicho grupo obtuvieron puntuaciones medias superiores en los EDT de Fracaso y Estándares Inexorables, no alcanzando sin embargo el grado de significación.
- Escala Pasivo/Agresiva: el grupo con puntuaciones  $TB > 84$  tiene puntuaciones significativamente más elevadas en los siguientes EDT: *Aislamiento* ( $t = 2.16, p = 0.05$ ) y *Vulnerabilidad al daño y la enfermedad* ( $t = 2.23, p = 0.05$ ). Presentan además más altas (pero no significativas) en todos los EDTs del Dominio Abandono y Rechazo y del Dominio Límites Insuficientes.
- Escala Autodestructiva (Tabla 8): se hallaron diferencias estadísticamente significativas para varios EDT, aunque gran parte de ellas son marginalmente significativas.

El contraste de medias arrojó para siguientes escalas del MCMI-II (con  $TB > 84$ ) puntuaciones significativamente mayores en la *cantidad de EDT activados*: Fóbica ( $t = 1.73, p = 0.10$ ), Pasivo-Agresiva ( $t = 2.15, p = 0.05$ ) y Autodestructiva ( $t = 3.36, p = 0.01$ )

Tabla 8. Comparación de las puntuaciones medias en los EDT para la Escala Autodestructiva (MCMII-II)

Puntuación EDTs	Grupo TB < 84 (n = 28)		Grupo TB > 84 (n =7)		Estadístico T
	Media	DT	Media	DT	
PE	.50	.923	2.14	1.864	.059+
AB	1.46	1.644	2.43	2.370	.341
DES	.35	.892	2.43	2.225	.048*
AS	.69	1.011	1.71	1.799	.192
IM	.19	.634	1.86	1.773	.048*
FR	.35	.892	1.71	1.890	.107
DE	.31	.884	2.00	1.732	.042*
VP	.69	1.320	2.14	1.952	.103
AP	.42	1.065	2.14	1.952	.060+
SU	.38	.571	1.86	2.116	.116
IE	1.27	1.638	1.29	1.496	.980
MI	.50	.949	2.43	2.225	.062+
GR	2.04	1.708	2.43	1.718	.596
IA	1.12	1.633	2.43	1.813	.074+

+ p&lt;.10

\* p&lt;.05

\*\* p&lt;.01

\*\*\* p&lt;.001

## Discusión

El objetivo del presente estudio piloto fue explorar la relación entre la severidad de las escalas del MCMII-II y la cantidad e intensidad de los EDTs activados. Además se exploraron las relaciones de especificidad entre las distintas escalas de personalidad del MCMII-II y los diferentes EDTs. Se partió de la hipótesis de que a mayor severidad en las puntuaciones del MCMII-II mayor intensidad de los EDTs y mayor cantidad de EDTs activados. Por otra parte se esperaba encontrar asociaciones específicas entre los Dominios planteados por Young y los EDTs que los integran, y las escalas del MCMII-II.

Respecto a la *cantidad de esquemas activados y la intensidad de los mismos* no aparecen, contrariamente a lo esperado, diferencias significativas entre las personas que tienen sospecha de presencia de TP (puntuaciones TB>84), y los que no la tienen. Sin embargo, al realizarse los análisis para cada escala del MCMII-II por separado, se obtiene que las escalas Fóbica, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva tienen una cantidad de EDTs activados significativamente más elevado que el subgrupo con TB>84. Además presentan puntuaciones significativamente más altas en algunos EDTs. Estos datos apoyan la hipótesis planteada de a mayor severidad del TP mayor número de

EDTs activados y mayor intensidad, que requiere, de todas formas, una exploración más profunda, ya que los resultados son contradictorios.

No se obtuvieron datos relevantes en relación con la *especificidad* de los EDTs para las siguientes escalas de personalidad del MCMI-II: Esquizoide, Dependiente, Histriónico, Narcisista y Antisocial (estos últimos 3 pertenecientes al Grupo B del DSM-IV). Esto es válido tanto en lo que respecta a las correlaciones calculadas como al contraste de medias. Una limitación importante a tener en cuenta en este sentido es que para la mayoría de estas escalas el porcentaje de sujetos con una puntuación de  $TB > 84$  era muy reducido, motivo por el cual no se realizaron contraste de medias (a excepción de la escala dependiente, en la cual de todas formas, no se obtuvieron diferencias significativas en ningún EDT). Por otra parte, las puntuaciones medias en dichas escalas (Tabla 2) del MCMI-II en la muestra estudiada tienden a ser bajas. Por otra parte, los resultados relevantes en cuanto a especificidad se obtuvieron precisamente para aquellas escalas que presentaban una media más alta en las puntuaciones TB del MCMI-II (Tabla 2): Pasivo-Agresiva, Fóbica y Autodestructiva. En general puede afirmarse que los hallazgos empíricos reportados al momento respecto a la especificidad de los contenidos esquemáticos de los TP correspondientes a las escalas del MCMI-II para las que no se obtuvieron datos relevantes en cuanto a especificidad en el presente artículo (Esquizoide, Dependiente, Histriónico, Narcisista y Antisocial) son escasos.

En el presente estudio se hallaron *relaciones de especificidad* entre EDTs y algunas de las escalas del MCMI-II. En concreto, los resultados muestran una relación entre la Escala Fóbica y los EDTs relacionados con el Dominio Abandono y Rechazo (específicamente Aislamiento Social/Alienación e Imperfección/Vergüenza), con el Dominio Pobre Autonomía y Desempeno (específicamente Fracaso y Vulnerabilidad al dano o enfermedad) y el Dominio Orientación hacia los otros (específicamente

Subyugación). La asociación con Imperfección/Vergüenza (se relaciona con la creencia de que se es inferior o defectuoso en aspectos importantes, privados o públicos, y a la anticipación del rechazo) y Subyugación (se refiere a la subyugación de las necesidades y/o de las emociones propias en virtud de la creencia de que éstas no son válidas o importantes para los demás y/o para evitar el enojo, abandono o represalias que supondría su expresión) es consistente con los hallazgos de otras investigaciones (ver Tabla 1). Es además consistente con las formulaciones de Beck y cols (1990) respecto a las creencias disfuncionales presentes en este TP. Además, los resultados obtenidos sugieren que los sujetos con características de personalidad fóbricas importantes presentan creencias relacionadas con el EDT *Aislamiento Social/Alienación* más intensas, lo cual es compatible con las características clínicas observadas en los TP Evitativos. Este EDT se refiere al sentimiento de que se está aislado socialmente y de que se es diferente a otras personas. No se hallaron en el presente estudio relaciones significativas entre la escala Fóbrica y el EDT Abandono (se basa en la creencia de que los otros le abandonarán), como podría haberse esperado de acuerdo a los hallazgos empíricos y desarrollos teóricos más relevantes respecto a los contenidos esquemáticos específicos de este TP (ver Tabla 1).

Se hallaron asociaciones significativas entre la Escala Límite y los EDTs *Vulnerabilidad al daño y/o la enfermedad* (implica un miedo exagerado de que pueda tener suceder un ataque y/o desastre y la creencia de que no se podrá evitar o hacer frente a la situación; el temor puede centrarse en “catástrofes” médicas, emocionales u de otro tipo) y *Dependencia/Incompetencia* (consiste en la creencia de que no se es capaz de afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de otras personas). Ambos pertenecen al *Dominio Pobre Autonomía y Desempeño*. Los resultados coinciden con los reportados por Jovev y Jackson (2004) en



cuanto a la relación con el *EDT Dependencia/Incompetencia*. La asociación con *Vulnerabilidad* al dano y/o enfermedad puede relacionarse con las formulaciones teóricas de Beck y cols. (1990) respecto a la creencia existente entre estos sujetos de que el mundo es un lugar hostil y peligroso, lo que los fuerza a vacilar entre la autonomía y la dependencia, siendo en muchos casos poco capaces de confiar en los otros (Jovev y Jackson, 2004). Sin embargo, los resultados obtenidos muestran escasas asociaciones para la escala límite, no coincidiendo con los hallazgos reportados en las investigaciones donde se destaca fundamentalmente que el TP Límite se asocia con un gran número de EDT, pertenecientes a todos los dominios (ver Tabla 1). La presencia de un gran número de contenidos esquemáticos disfuncionales en el TP Límite también ha sido planteada desde el punto de vista teórico (Young, 1999; Beck y cols, 1990).

Los resultados obtenidos para la Escala Compulsiva no coinciden en general con los planteamientos teóricos y los hallazgos más relevantes sobre los EDTs predominantes (EDTs correspondientes al Dominio Hipervigilancia e Inhibición) en este TP (ver Tabla 1). Se destacan los resultados obtenidos para la Escala Autodestructiva, que correlaciona con gran número de EDTs, además de obtener puntuaciones significativamente más altas en varios de ellos dentro del subgrupo con mayor severidad. Finalmente, los resultados muestran que la Escala Esquizotípica se asocia con un gran número de EDTs, predominando los pertenecientes a los Dominios Desconexión y Rechazo y Pobre Autonomía y Desempeño.

En el presente existen una serie de *limitaciones* importantes. En primer lugar, el tamaño de la muestra. En segundo lugar, podría argumentarse que la utilización exclusiva del MCMII-II para analizar la presencia y severidad de los TP es una limitación. Se aconseja, en general, la utilización de una entrevista diagnóstica estructurada para confirmar la presencia de los TP. En tercer lugar, la metodología

utilizada para comparar la relación entre severidad versus intensidad y cantidad de los EDTs activados es discutible, en tanto dentro del subgrupo con TB<84 en el MCMI-II hay sujetos con puntuaciones superiores a TB 74, los que de acuerdo a los criterios de corrección planteados por Millon indican la sospecha de presencia de un TP. Probablemente, en este sentido, lo indicado hubiera sido comparar el subgrupo de TB superiores a 84 con el subgrupo con puntuaciones menores a TB 74. En cuarto lugar, no se tuvieron en cuenta las comorbilidades. Se intentará superar las limitaciones mencionadas para el proyecto más general de investigación. En esta instancia, el propósito fue tener un primer acercamiento a los objetivos de estudio, a efectos de analizar aspectos a corregir.

En suma, los resultados de este estudio piloto aportan datos que apoyan la presencia de EDTs específicos para algunos TP, siendo algunos de los resultados obtenidos concordantes con los hallados en otros estudios y los planteados teóricamente. Estos resultados, de todas formas, deben ser tomados con precaución, dadas las limitaciones antes mencionadas. En cuanto a la relación entre severidad en los TP y mayor intensidad y activación de los EDTs, los análisis realizados arrojan resultados inconsistentes.

**Referencias:**

American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.

Arntz, A., Dietzel, R., y Dreesen, L. (1999). Assumptions in Borderline Personality Disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research & Therapy*, 37, 545-557.

Beck, A., Butler, A., Brown, G., Dahlsgaard, K., Newman, C. y Beck, J., (2001). Dysfunctional beliefs discriminative personality disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 39 (10), 1213-1225.

Beck, A. y Freeman, A., (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

Cid, J. & Torrubia, R., (2003). What are the clinical meaning and implications for treatment of the schemas assessment using the Schema Questionnaire?. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 8 (1), 15.

Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scales series*. Townson: Clinical Psychometric Research.

Glaser, B., Campbell, L., Calhoun, G., Bates, J. y Petrocelli, J., (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35 (1), 2-13.

Gluboski, V. y Young, J. (1997). El estado de la cuestión en la Terapia Centrada en Esquemas. Citado en Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Lee, C.; Taylor, G. y Dunn, J. (1999). Factor Structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, pp. 441-451.

Petrocelli, J. Glaser, B. Calhoun, G y L. Campbell (2001). Cognitive Schemas As Mediating Variables in the Relationship Between the Self Defeating Personality and Depression. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23 (3), 183-191.

Petrocelli, J. Glaser, B. Calhoun, G y L. Campbell (2001). Early maladaptive Schemas of Personality Disorder Subtype. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559.

Retzlaff, P., Lorr, M., y Ilyer, L. (1991). An MCMI-II item level component analysis: Personality and clinical factors. *Journal of Personality Assessment*, 57, 323-334.

Schmidt, N, Joiner, T, Young, J. y Telch, M. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 19, N° 3, pp295-321.

Tineo, L. (1997). El proceso terapéutico en la Terapia Centrada en Esquemas. Citado en Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Westen, D y Novotny, C. (2004). *The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials*. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 631-663.

Young, J. (2006). *Basic and Advanced Training in Schema Therapy for Personality Disorders*. Material de Workshop. AACBT.

Young, J. y Klosco, J.S. (1993). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Editorial Paidós.

Young, J., Klosko, J. y M Weishaar (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guildford Press.

Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.