

Universidad Católica del Uruguay

Dámaso Antonio Larrañaga

Facultad de Psicología

**“Terapia de Esquemas (J. Young):
Evolución teórica desde su origen hasta la actualidad”**

Memoria de Grado presentada para obtener el grado de
Licenciada en Psicología por:

María Cecilia Napoli Fernández

Tutor: Lorena Estefanell/ Leticia Daguerre

27 de Marzo, 2017

Montevideo, Uruguay

Abstract

Esta memoria de grado, consiste en una actualización de la Terapia de Esquemas (TE) de Jeffrey Young (1990; 1999; 2003), mediante la revisión de la información existente a fin de observar los cambios que han surgido en la teoría que la sustenta desde su origen (1990) hasta la actualidad (2016) y de informar sobre las últimas versiones de los Inventarios de Esquemas. La TE es creada por Young (1990) en colaboración con colegas como Klosko y Weishaar (2003), quien observando a sus propios pacientes que no respondían a terapias tradicionales, identificó las características y encontró tratamientos para abordar las dificultades que se presentaban. La misma se define como una terapia integrativa que utiliza muchos algunos conceptos y métodos que ya existían previamente como la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las Relaciones Objetales, el Constructivismo y de las escuelas Psicoanalíticas (Young, 1999; 2013).

La metodología utilizada en el presente trabajo, fue una revisión bibliográfica no sistemática. Se encontraron modificaciones en los conceptos teóricos básicos. En relación a los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs) y dominios, se encontraron modificaciones en la clasificación; las Necesidades Emocionales Básicas (NEB) pasan a tener un rol central en la TE con la creación del Modelo de NEB; los estilos de afrontamiento mantienen su concepción original sin embargo, se adicionan elementos y se adaptan los mismos al Modelo de Modos de esquema; y por último, el concepto de modos, ha demostrado cambios en la clasificación y en su uso para trastornos de personalidad (TP) específicos y otras patologías.

Agradecimientos

A mis padres, GRACIAS por darme la posibilidad de estudiar esta profesión, por confiar en mis capacidades y apoyarme en el proceso

A mis tíos, GRACIAS por haber sido mi modelo de referencia, exigirme ser mejor profesional y contenerme en todo momento

A mis hermanos Natalia, Noel, Andrea, Victoria, Ismael, Fátima y Joaquín, GRACIAS por ser mi apoyo y sostén en este proceso

A Micaela y Belén, GRACIAS por su apoyo emocional

A Santiago, GRACIAS por tu apoyo emocional y contención en el proceso de mi tesis

A Maira Tiscornia, GRACIAS por tu disposición, tus considerables aportes a mi tesis y tu apoyo emocional

A Leticia Daguerre, GRACIAS por acompañarme en este proceso siempre motivándome y aportándome conocimientos

A Lorena Estefanell, GRACIAS por la sugerencia del tema de tesis

A Jonatan, GRACIAS por tu ayuda en los aspectos técnicos

A Gabriela, GRACIAS por motivarme y acompañarme la carrera y el proceso de tesis

A mis pacientes: Nahuel, Antonella, Cinthia, Joaquín, GRACIAS por haberme empujado a ser mejor profesional y por motivarme en la búsqueda de respuestas

A mis profesores, GRACIAS por haber servido de modelo como profesionales y por formarme en conocimientos y como persona

A la Universidad Católica, GRACIAS por formarme en conocimientos y humanidad

A SUATEC, GRACIAS por formarme en conocimientos y humanidad

A Dios, GRACIAS por sostenerme en todo momento

A todos quienes han aportado en la redacción de esta Memoria, **GRACIAS...Cecilia.**

Índice

Abstract	III
Agradecimientos	IV
Índice.....	V
Índice de Tablas	VII
Índice de Figuras	VIII
Índice Anexos	IX
Abreviaciones	X
Introducción	1
Capítulo I: Introducción a la Terapia de Esquemas	4
1.1 Antecedentes de la Terapia de Esquemas	4
1.2 La Terapia de Esquemas como extensión de la Terapia Cognitiva de Beck	6
Capítulo II: Fases en la Terapia de Esquemas	10
2.1 Primera fase: Formulación de los conceptos teóricos de la Terapia de Esquemas	10
2. 2 Segunda fase: Crecimiento de la Terapia de Esquemas.....	11
2. 3 Tercera fase: Las nuevas aplicaciones de la Terapia de Esquemas	12
Capítulo III: Evolución de los conceptos teóricos de la Terapia de Esquemas	14
3.1 Esquemas Desadaptativos Tempranos	14
3.1.2 Definición de Esquemas Desadaptativos Tempranos y Necesidades Emocionales Básicas.	18
3.1.4 El Modelo de las Necesidades Emocionales Básicas.	22
3.1.3 Evolución en la clasificación de Esquemas Desadaptativos Tempranos y Dominios.....	25

3.2 Estilos de afrontamiento	35
3.3 Modelo de Modos de Esquema (Schema Mode Model).....	39
3.3.1 Antecedentes del concepto de Modos.	39
3.3.2 Evolución del concepto de Modos.	40
Consideraciones Finales.....	50
Referencias Bibliográficas	55

Índice de Tablas

Tabla 1: Dominios y Esquemas desadaptativos tempranos (Young 1991).....	25
Tabla 2: Comparación de los Dominios (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999; Cecero et al., 2005; Hoffart et al., 2006).....	32
Tabla 3: Cuadro comparativo que sintetiza las diferentes versiones de Esquemas Desadaptativos Tempranos y Dominios/Grupos de Esquema	34
Tabla 4: Estilos de afrontamiento desadaptativos de Esquema	39
Tabla 5: Modos de esquemas	42

Índice de Figuras

Figura 1. Estilos de afrontamiento con sus conductas, pensamiento y sentimientos característicos.....	36
--	----

Índice Anexos

Anexo 1 Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	69
Anexo 2 Estilos de afrontamiento Desadaptativos.....	79
Anexo 3 Modos de esquema.....	81
Anexo 4 Esquemas Desadaptativos Tempranos, Necesidades Emocionales Básicas, Esquemas Adaptativos Tempranos y Disposiciones Conductuales Adaptativas.....	85
Anexo 5 Relaciones entre modos y los Trastornos de personalidad según resultados teóricos de Arntz y Young (2006) y los resultados empíricos de Lobbestael, van Vreeswijk, y Arntz (2008).....	88

Abreviaciones

TE	Terapia de Esquemas
TCB	Terapia Cognitiva Breve
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
TP	Trastorno/s de Personalidad
EDT	Esquema Desadaptativo temprano
EDTs	Esquemas Desadaptativos tempranos
EAT	Esquema Adaptativo Temprano
EATs	Esquemas Adaptativos Tempranos
DCAs	Disposiciones Conductuales Adaptativas
NEB	Necesidades Emocionales Básicas
CEY	Cuestionario de Esquemas de Young
YSQ	Young Schema Questionnaire
YSQ-LF	Young Schema Questionnaire Long Form
YSQ-SF	Young Schema Questionnaire Short Form
YAMI	Young- Atkinson Model Inventory
SMI	Schema Mode Inventory
SMI.1	Schema Mode Inventory version 1
SMI.2	Schema Mode Inventory version 2
YPI	Young Parenting Inventory
YCI	Young Compensation Inventory
YCI-r	Young Compensation Inventory revised
YRAI	Young-Righ Avoidance Inventory
YRAI-r	Young-Righ Avoidance Inventory revised

Introducción

La Terapia de Esquemas (TE) se define como una terapia integrativa que utiliza conceptos y métodos que ya existían previamente como ser la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las Relaciones Objetales, el Constructivismo y de las escuelas Psicoanalíticas (Young, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2013). “Ésta unificación de conceptos y métodos logra diseñar un tratamiento efectivo en respuesta a la complejidad de factores que están implicados en pacientes que sufren algún Trastorno de Personalidad” (TP) (Tiscornia, 2009, p. 6). En sus comienzos, la TE fue desarrollada para tratar pacientes que tuvieran algún TP, sin embargo, actualmente ha evolucionado de manera tal que se puede aplicar en pacientes con otras problemáticas (Gluhosky & Young, citado en Caro, 1997). Dicho modelo restituye la funcionalidad perdida del paciente y consolida la estabilidad de los cambios logrados mediante el tratamiento de esquemas, lo cual le da cierta ventaja frente a otros modelos, que a lo largo de los años han intentado encontrar un tratamiento eficaz para patologías poco responsivas (Young et al., 2013).

Desde mi formación en la carrera de Psicología, siempre he sentido un particular interés en los TP y sus métodos clínicos de abordaje. Durante mis tres años de formación en la Terapia Cognitiva Conductual, siempre me he preguntado: ¿existirá, para aquellos que sufren un TP, alguna forma de tratamiento eficaz? Mi actual trabajo de acompañante terapéutico, me ha motivado a querer comprender el origen de las patologías severas y las formas de tratamiento que prometan mejores resultados. La TE ha demostrado ser, durante los últimos 20 años, útil para este tipo de patologías complejas que no responden a tratamientos tradicionales (Nordahl & Nysaeter, 2005; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Ball & Young, 2000; Ball, Cobb, Richardson, Connolly & O’Neill, 2005; Ball, 2007; Morrison, 2000; etc., en van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2012; en Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012). Al mismo tiempo que ha mostrado un gran crecimiento, no solo en su teoría,

sino también en la práctica con nuevas aplicaciones en diversos formatos (individual, grupal o de pareja) y poblaciones (clínica, hospitalaria, forense) (van Vreeswijk et al., 2012), así como en la integración de nuevas técnicas como la de *Mindfulness*. (van Vreeswijk et. al., 2012; Young et al., 2013).

Debido al crecimiento de la TE, se han realizado diversas modificaciones en el modelo en su teoría como en su práctica, que merecen especial atención. Desde este punto se cree necesaria la realización de esta memoria.

Igualmente, esta memoria intenta ser de utilidad para aquellos estudiantes y profesionales que utilizan la TE en la clínica, ya que ofrece una actualización de los conceptos teóricos que sirven de base a la terapia y los inventarios que se manejan en diversas etapas del tratamiento.

Se realizó una búsqueda en la base de datos EBSCO con los descriptores: *Terapia de esquemas and revisión*, *Terapia de esquemas and actualización*, *Terapia de esquemas and estado actual* y *Schema Therapy and review*, surgieron pocos artículos que estudiaban el avance de la misma, en algún concepto en particular (e.g revisión sistemática de la efectividad de la TE). Como sugieren Masley et al. (2012) una revisión teórica, resulta en una contribución interesante a la clínica y a la literatura.

La metodología utilizada para la memoria en cuestión consistió en una revisión bibliográfica no sistemática. Fue analizada la información disponible: bases de datos, publicaciones del autor referente, artículos y libros.

El objetivo principal enmarcado en el trabajo se basa en la realización de una revisión y análisis de la información sobre el modelo de la TE de Jeffrey Young, a fin de observar los cambios que han surgido en la teoría que la sustenta, desde su origen (1990) hasta la actualidad (2016), principalmente de los cinco conceptos teóricos básicos: los Esquemas Desadaptativos

Temprano (EDTs) y Dominios, las Necesidades Emocionales Básicas (NEB), los Estilos de Afrontamiento y los Modos.

Esta memoria de grado recopila los avances de la TE. El capítulo I, describe los antecedentes y orígenes de la TE, revela las diferencias y similitudes entre el modelo cognitivo clásico de Beck y el modelo de la TE de Young, para dar introducción al modelo con el objetivo de adentrar al lector en el modelo en cuestión.

El capítulo II, describe las tres fases por la que ha atravesado la terapia desde su formulación inicial (1990) hasta la actualidad (2016). Esta división contribuye a la comprensión de los cambios que van a ser detallados en los capítulos posteriores.

El capítulo III se dispone en subcapítulos integrados, cada uno, por los conceptos mencionados anteriormente y su evolución a lo largo del proceso de consolidación de la TE.

Por último, se recogen las Consideraciones finales sugeridas de la revisión de la bibliografía.

Capítulo I: Introducción a la Terapia de Esquemas

El presente apartado tiene como finalidad, primeramente, introducir al lector en los antecedentes de la TE y sus orígenes, luego aportar un análisis de las diferencias y similitudes entre los modelos de Beck y el de Young.

1.1 Antecedentes de la Terapia de Esquemas

La TE se define como una terapia *integrativa* que unifica teorías y técnicas que ya existían previamente como ser la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las Relaciones Objetales, el Constructivismo y de las escuelas Psicoanalíticas (Young, 1999; 2013). En la década de los '70 y los '80, las universidades que preparaban clínicos estaban claramente divididas en dos paradigmas: la Terapia Psicodinámica y la Terapia emergente: la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Estos últimos argumentaban que eran el único enfoque fundado en evidencia empírica, por lo que comenzaron a conducir estudios aleatorios para comprobar que su terapia era efectiva (Edwards & Arntz, 2012).

Aun así, los clínicos, no estaban satisfechos con los resultados que arrojaban sus métodos en cierto perfil de pacientes. Fue en pos de esta incertidumbre que los clínicos comenzaron a experimentar con otro tipo de enfoques como el humanístico o el experiencial. Se comenzó un proceso de integración, en el que se intentaba experimentar que técnicas podrían ser efectivas para los pacientes que no respondían a dicha terapia (Edwards & Arntz, 2012). Echeburúa y de Corral (1999) explican que estos movimientos existieron por dos razones (1) por la dificultad, por parte de los clínicos, de cambiar estados emocionales negativos, cuando existe en forma subyacente, pautas estables e inflexibles de conductas desadaptativas que no pueden ignorarse y (2) por el creciente interés de los teóricos por la organización cognitiva, que influencia significativamente las conductas del individuo.

En esa misma época fue que Jeffrey Young, fundador de la TE, comenzó a observar a este tipo de pacientes que le resultaban desafiantes y difíciles (Young, 1999). Young, para esa

época había realizado un doctorado en la Terapia Cognitiva (TC) de Beck y consecuentemente nombrado director del Centro para TC (*Center for Cognitive Therapy*) en los 1980s (Edwards & Arntz, 2012).

La TCC ya desarrollada para el tratamiento de la depresión, incursionaba en el tratamiento de otras patologías mediante ensayos clínicos. Estos tratamientos eran programados para durar 20 sesiones, lo que preocupó a Young, pues existían pacientes que no demostraban progresos con enfoques de corta duración (Edwards & Arntz, 2012). La mayor influencia al origen del modelo, fue la TC de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) que a su vez ya integraba aspectos de otras escuelas psicológicas diferentes de la TCC. Más adelante detallaremos las diferencias del modelo tradicional de Beck y el modelo de Young.

A continuación se puntualizan los diferentes autores y los conceptos que sirvieron al trabajo del autor y por consecuente al modelo de Young, la TE, según Edwards y Arntz (2012) (a) *George Kelly* (1905-67): los constructos personales (b) *Albert Ellis* (1913-2007): no son los hechos que perturban sino las interpretaciones que hacemos de ellos (c) *Wolpe* (1915-97): la desensibilización sistemática (d) *Carl Rogers* (1902-87): la terapia centrada en el cliente; el énfasis en entender la vivencia particular de la persona y la naturaleza de los patrones, sentimientos y pensamientos que son propios de cada uno (e) *Alfred Adler* (1870-1937): los métodos orientados a la acción; énfasis en lo cognitivo (f) *Karen Horney* (1885-1952): las experiencias tempranas puede influenciar en la forma de verse a sí mismo o al mundo; los procesos compensatorios utilizados para neutralizarlas (g) *Franz Alexander* (1891-1964): experiencias emocionales correctivas (h) *Harry S. Sullivan* (1892-1949): esquemas interpersonales y su forma de interactuar en las relaciones (i) *Eric Berne* (1910-70): Análisis Transaccional (j) *Jerome Frank* (1909-2005): factores comunes que contribuyen a la efectividad de todas las psicoterapias.

1.2 La Terapia de Esquemas como extensión de la Terapia Cognitiva de Beck

Las terapias cognitivas surgen a mediados de la década de 1950 como resultado de una multiplicidad de factores históricos y contextuales. En sus inicios, surge como un intento de tratar patologías como la depresión y la ansiedad (Gevezier, 2014)

En la década del 1990, la TC, toma fuerza y se convierte en el *paradigma dominante* para tratar patologías como la depresión, la prevención del suicidio, los trastornos de ansiedad, el estrés, la ira, conflictos de pareja, abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (Beck, 2005) y a su vez el mejor validado gracias a la cantidad de estudios empíricos conducidos para demostrar su eficacia (Beck, Freeman, & Davis, 2005; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Clark & Beck, 2012; Knapp & Beck, 2008; Salkovskis, 2012 en Gevezier, 2014).

Este movimiento hizo que brotaran una variedad de enfoques dentro de este paradigma, alcanzando diversos grados de aplicación y éxito. Estos se pueden dividir en dos grupos. Los llamados de Primera Generación y los de Segunda Generación (Gevezier, 2014). La TC de Beck se ubica en las terapias de primera generación y la TE se enmarca dentro de estas últimas. Las características de estas últimas, se basan en la adaptación de tres puntos fundamentales a las terapias de primera generación. Estas son: la importancia dada a las estructuras más profundas (conceptual), los cambios en la duración, cantidad y frecuencia de sesiones (estructural) y por último en el proceso, teniendo a la relación terapéutica como elemento fundamental para la mejoría del paciente (James, 2001; Perris, 2000 en Gevezier, 2014).

A pesar de que, los diversos enfoques se diferencien en algunos puntos, existen elementos que comparten todas las TC. El primero es el papel mediacional de la cognición, que establece que siempre hay procesamiento y evaluación cognitiva de eventos internos y externos que pueden afectar a la respuesta a estos eventos; el segundo sostiene que actividad cognitiva se puede supervisar, evaluar y medir; y, en tercer lugar, que el cambio de comportamiento

puede ser mediado por evaluaciones cognitivas y por lo tanto puede ser una prueba indirecta del cambio cognitivo (Knapp & Beck, 2008; Beck et al., 2005).

Como mencionamos anteriormente la TC de Aaron Beck, es considerada como la mayor influencia en la conformación del modelo de la TE (Young, 1999; 2003). Las diferencias entre modelos son sutiles y muchas veces reflejan diferencias en el énfasis atribuido a determinados elementos, mas no en las áreas de mayor significancia.

Tanto Young como Beck reconocen los esquemas, como parte fundamental de la personalidad y hacen hincapié en la necesidad de centrarse tanto en aspectos conscientes como inconscientes de la personalidad. Estas estructuras contienen cognición, emoción, motivación, un componente genético, e influencias del ambiente (Gevezier, 2014; Young et al., 2013).

En relación a este concepto (esquemas), el mismo Young en una entrevista realizada por Falcone y Ventura (2008), expresa que es un concepto original de Beck. El concepto, parecido al concepto de Young, ya estaba presente en el trabajo de Beck. Éste había propuesto que el esquema se encontraba en un nivel más profundo del pensamiento, cuestión en la que ambos coinciden. La diferencia en este punto reside únicamente en que Beck no le llamaba *creencia*, sino de *estructura*.

Las estrategias cognitivas y conductuales parecen asimilarse a la idea de estilos de afrontamiento de Young. Beck afirma que mientras una persona psicológicamente sana, utiliza estrategias adaptativas, el individuo psicológicamente impedido cuenta con estrategias inflexibles y no adaptativas. La diferencia entre ambos autores radica en que Beck no incluye estas estrategias como un constructo básico en su modelo y para Young estos tienen un rol central en la perpetuación de los esquemas (Young et al., 2013).

Otro punto significativo se halla en la importancia asignada a las necesidades nucleares y a los procesos evolutivos. Aunque Beck reconoce que éstas son importantes, no profundiza

su contenido ni en cómo éstas conducen a esquemas y modos específicos, lo que sí se observa en la TE (Young et al., 2013).

Las similitudes más destacadas según Rodríguez Vilchez (2009) se pueden resumir en las siguientes: énfasis en los procesos interpersonales; interés por los procesos emocionales que actúan en un inter-juego entre emoción-cognición e importancia de la relación terapéutica. El mismo autor también menciona las diferencias entre Young y Beck, vistas desde el modelo de la TE: utiliza menor nivel de descubrimiento guiado; menor medida la confrontación; mayor número de sesiones (porque estos pacientes presentan una mayor resistencia al cambio); mayor carga afectiva; identifica y supera la evitación cognitiva y conductual que presentan estos pacientes con TP; utiliza un mayor número de estrategias de tipo emocional y experiencial para poder conocer los orígenes de los esquemas, la infancia de los pacientes y la influencia de todo ello en sus problemas (Rodríguez Vilchez, 2009).

Ya que el modelo de Beck fue la base para la creación del modelo de Young, no sorprende que ambos compartan semejanzas significativas. Según Gevezier, (2014), ambos modelos presentan semejanzas considerables en la teoría, aunque utilicen términos distintos. Como muestra de esta afirmación, toma el concepto de Necesidades Emocionales Básicas (NEB) de Young y lo compara con el concepto las relaciones de apego del paciente en la infancia, del modelo de Beck. La diferencia en este caso radica en que la TC cree que el origen de los esquemas proviene de la falla de procesamiento de la información sobre las situaciones vividas y la TE habla de esas experiencias tóxicas con exactitud. Estos conceptos van a ser aclarados a lo largo de este trabajo.

En síntesis, la TE está explícitamente preocupada con la etiología de los síntomas y no solo con los factores que hacen que estos se mantengan. También, hace un gran énfasis en la relación terapeuta-paciente que se emplea como experiencia emocional correctiva. Por otra parte, tiene una meta clara referida a ayudar a los pacientes a entender sus necesidades básicas

y aprender a satisfacerlas en una forma más adaptativa, lo cual implica cambiar patrones conductuales, cognitivos, relacionales y emocionales de larga data. Para ello, utiliza técnicas que hacen hincapié en estos elementos (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011).

Capítulo II: Fases en la Terapia de Esquemas

Este apartado hace una división de las diferentes etapas por las que ha atravesado el modelo de la TE basada en la sugerencia de Young en la *Conference of the International Society of Schema Therapy* (Berlín, 2010, en Edwards & Arntz, 2012) y en la revisión de la literatura. Esta división sirve de base a esta memoria de grado, ya que en el capítulo siguiente se observarán en detalle las modificaciones del modelo teórico, que a continuación se mencionan.

2.1 Primera fase: Formulación de los conceptos teóricos de la Terapia de Esquemas

La primera etapa surge de la tenaz preocupación de Jeffrey Young (1990), por dar una respuesta eficaz a las necesidades terapéuticas de los pacientes, a los que, buenos tratamientos cognitivos vigentes, como la Terapia Cognitiva Breve (TCB) de Beck (Beck et al., 1979), no alcanzaban (Young et al., 2013). Young observando a sus propios pacientes, identificó las características que impedían que el tratamiento fuera efectivo y encontró tratamientos para abordar esas dificultades. Entre las dificultades que presentaban se hallaban (a) problemas para identificar sus propias emociones y pensamientos (b) para articular sus problemas de forma concreta o centrada (c) para completar tareas (d) para establecer una relación terapéutica de colaboración y (e) para modificar conductas, pensamientos y emociones disfuncionales (Young, 1990, 1999). “Para fines de los ‘90 la inicialmente llamada Terapia Centrada en Esquemas (Young, 1990, 1999), alcanzó una identidad propia con un modelo particular para la formulación de casos y planificación de la intervención” (Edwards & Arntz, 2012, p.15). Este crecimiento se puede percibir en el cambio de foco en las investigaciones conducidas cuando aún se estaban estableciendo las bases de la TE y sus años posteriores. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica no sistemática en la base de datos electrónica EBSCO a fin de identificar los temas de interés en las publicaciones hechas, con los términos *Schema Focus Therapy* y *Schema Therapy*. Los resultados revelan que a principios de los ‘90 hasta el 1995, los artículos

y libros se basaban en la TE como tratamiento para los TP o problemas caracterológicos (Young, 1990; Young & Lindemman, 1992; Bricker, Young & Flanagan, 1993) y como una herramienta más eficaz que las TCB y las Terapias Psicodinámicas (Flanagan, 1993; McGinn, Young & Sanderson, 1995). Y es a partir del año 1995 que se adicionan nuevas formulaciones para TP específicos como el Trastorno Narcisista de la personalidad (Young & Flanagan, 1998), Trastorno Límite de la personalidad (TLP) (Newman, 1998), Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad (TOCP) (Bailey, 1998); otros trastornos como Depresión, Ansiedad (Morrison, 2000; Shah & Waller, 2000), Abuso de sustancias (Ball & Young, 2000), trauma infantil (Smucker & Dancu, 1999), síntomas disociativos y trauma (Kennerley, 1996), Psicosis (Perris, 1997); y nuevas aplicaciones como Terapia de pareja (Young, & Gluhoski, 1997). Es en este periodo que se utiliza por primera vez el término *Terapia de esquemas* (Schema Therapy) por Ball (1998) y luego por el mismo Young (Ball & Young, 2000). Es por esa razón, que en el presente trabajo utilizaremos el término *Terapia de Esquemas* para referirnos a la terapia en cuestión.

Dado que su trabajo, se basaba únicamente en la observación clínica, reunió su trabajo con otros clínicos cercanos y otros pacientes para poner a prueba su teoría.

2. 2 Segunda fase: Crecimiento de la Terapia de Esquemas

La segunda etapa, fue crucial para el crecimiento del modelo y consistió en investigaciones de un grupo de holandeses, inicialmente por Arnoud Arntz, quienes descubrieron accidentalmente comenzó a utilizar el modelo propuesto por Young para entender mejor a sus pacientes con TPL y a incorporar las técnicas propuestas por la TE en estos pacientes (Edwards & Arntz, 2012). Luego es Edwards en el año 1990 (Edwards & Arntz, 2012) al sentirse atraído con la idea de que las técnicas experimentales pueden ayudar a estos pacientes, que invita a Padesky y Beck a realizar un taller.

El modelo para este tipo de pacientes entiende que los mismos experimentan el mundo “como niños asustados que se sintieron abandonados en el mundo peligroso donde no podían confiar en nadie” (Edwards & Arntz, 2012). Esta misma concepción se retoma con el concepto de *modos*, que se incorpora como una de las últimas innovaciones en el 2003 (Young et al., 2013). Arntz y Young al ver que sus ideas y modelos concordaban, condujeron un ensayo controlado aleatorio (*Randomized Controlled Trial**) de tres años de duración, en conjunto con colaboradores (Giesen-Bloo et al., 2006). El estudio demostró que la TE conduce a la completa recuperación de los síntomas, en aproximadamente el 50% de los pacientes y una mejora significativa en dos tercios de pacientes con TLP y es dos veces más eficaz que un enfoque psicodinámico tradicional (Giesen-Bloo et al., 2006). Estos resultados no solo demostraron la eficacia del modelo, si no que condujeron al desarrollo del mismo en diversas partes del mundo como Europa, Alemania y Reinos Unidos (Edwards & Arntz, 2012).

2. 3 Tercera fase: Las nuevas aplicaciones de la Terapia de Esquemas

La tercera etapa, fue protagonizada por un equipo conformado por Joan Farrell, Ida Shaw y Michael Webber en el año 2009 (Farrell, Shaw & Webber, 2009), que publicaron un estudio del modelo de la TE en un grupo con paciente con TLP, en el que sugirió la integración de los principios de la terapia de grupo con las técnicas de la TE.

Estos autores habían reconocido la necesidad de adaptar la psicoterapia tradicional para hacer frente a los déficits en el aprendizaje emocional temprano y en el apego en pacientes con TLP. En su libro *Cognitive and Behavioral Practice* (Farrell & Shaw, 1994 en Edwards & Arntz, 2012), Farrell y Shaw defendían que su trabajo con los pacientes era desde un enfoque de reparentalización y desde la *formación de la conciencia emocional*. Es en este momento que reconocen las similitudes entre su enfoque y el modelo centrado en esquemas descrito por

* Procedimiento científico en el que se asigna aleatoriamente tratamientos a sujetos de investigación

Young (1990), y cuando, en 2002, conocen sobre el nuevo modelo de modo de la TE, lo incorporan de inmediato en su trabajo de grupo (Edwards & Arntz, 2012).

En el año 2004, estos notan que lo que habían desarrollado era una versión de grupo de la TE. En la terapia de grupo integran elementos que ya hacían parte del modelo de esquemas como los procesos interpersonales, el modelo centrado en la persona, la psicoeducación, y el terapeuta como director activo o "padre bueno" (Farell & Shaw, 2010 en Edwards & Arntz, 2012).

La unificación de elementos de la terapia de grupo con la TE, resultó ser efectiva en especial para pacientes con TLP. Esto fue comprobado a través de un estudio llevado a cabo por Giesen-Bloo y Cols. en el año 2006 (Edwards & Arntz, 2012).

Capítulo III: Evolución de los conceptos teóricos de la Terapia de Esquemas

La TE, ha demostrado grandes avances en su teoría desde su surgimiento hasta la actualidad. Mencionamos anteriormente que el objetivo principal de este trabajo es el de hacer una revisión y análisis de las modificaciones conceptuales del modelo. El capítulo presente introduce los conceptos básicos que lo sustentan (EDTs, NEB, Estilos de Afrontamiento y Modos) y revisa las modificaciones pertinentes.

3.1 Esquemas Desadaptativos Tempranos

3.1.1 Antecedentes del concepto de esquema.

A lo largo del tiempo distintos autores han aportado diversas denominaciones a los esquemas según su marco teórico: *Esquemas interpersonales* (Safran, 1990); *Auto-esquemas* (Horowitz, 1991); EDTs (Young, 1994); *Creencias centrales* (Beck et al., 2005); *Creencias Incondicionales*; *Creencias auto-referentes*; *Actitudes Disfuncionales* (Weissman & Beck, 1978, citado en James, Southam & Blackburn, 2004); *Esquemas Desadaptativos Tempranos* (Young, 1990).

El término de *esquema*, emerge desde la Teoría del Procesamiento de la Información, con autores como Bartlett (1932, citado en Edwards & Arntz, 2012) y Piaget (1896-1980, citado en Edwards & Arntz, 2012) quienes concibieron a los esquemas como bloques de construcción de la memoria, agrupados en sub-unidades de información o conocimiento específico asociadas a determinadas experiencias. “La parte del sistema de procesamiento de la información que está involucrada en asegurar activación apropiada es la memoria de trabajo” (James et al., 2004, p. 370). Dichas memorias son activadas consciente o inconscientemente. Los esquemas sirven a la persona en las actividades cotidianas. Permiten interpretar y predecir la información de forma rápida, sin tener que utilizar demasiados recursos cognitivos. Esta definición presenta sus particularidades, ya que puede ocurrir que los esquemas se vuelvan más

inflexibles, sobre todo genera particular dificultad en aquellos esquemas que son disfuncionales (James et al., 2004).

Por consiguiente, se unieron los teóricos de la inteligencia artificial (Minsky, 1975; Schank & Abelson, 1977). Dichos autores entendieron que era preciso para que un mecanismo de comprensión fuera eficiente, la disposición de “un conocimiento del mundo...un producto construido a partir de la información del input y el conocimiento previo” (de Vega, 1984, p. 389 en Castrillón y Cols. 2005, p. 542). Definición que adiciona elementos que van a ser retomados por Young.

En el marco de la Terapia Cognitiva, fue Aaron Beck el primero en utilizar el concepto de esquema a través del modelo de depresión, aunque con un significado distinto al de los anteriores teóricos (Castrillón y Cols. 2005). Para Beck ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones (Beck et al., 1979). “El término esquema designa estos patrones cognitivos estables” (Beck et al., 1979, p. 20). A medida que el autor se adentra en el estudio de los esquemas, estos se hacen más importantes para su teoría, llegando a afirmar que los TP, se caracterizan por la presencia de esquemas desadaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información y que se activan en determinadas situaciones (Castrillón y Cols. 2005). Afirma también que: “cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que es patente a nivel de esquemas, de procesamiento sesgado y de pensamientos negativos automáticos”, (Clark & Beck, 1997, p. 122, Castrillón y Cols. 2005, p. 543). Lo que hoy conforma una de las hipótesis de los trastornos mentales. Clark & Beck, (1997, p. 120 en Castrillón y Cols. 2005, p. 543) dicen al respecto “el modelo cognitivo propuesto por Beck es esencialmente un modelo basado en esquemas, considerándose la asignación de significados la actividad primaria del sistema de procesamiento de información”.

James et al. (2004) siguiendo en la misma línea, sugiere que dentro del concepto existen dos elementos: Creencias centrales y Creencias de Autoreferencia. Las Creencias centrales o nucleares, son los sub-componentes de esquemas de fácil acceso a la conciencia a través de la reflexión en forma de representaciones verbales. Es importante identificar, cual es la creencia central asociada a que una situación determinada. Una manera de descubrirlo es examinar la cantidad de afecto asociado con su activación, por lo tanto, la fuerte identificación de la persona con la creencia (e.g “yo soy...”). Otro elemento dentro del concepto de esquema es el de Creencia autorreferente. “Estos son los tipos de creencia fundamental que se relacionan con las percepciones de la persona del yo en relación con el mundo, y el yo en relación con el futuro” (Beck, 1979; Haaga, Dyck & Ernst, 1991, en James et al., 2004, p. 371).

El concepto de esquema continúa creciendo dentro de la TC, llegando a ocupar un lugar central en el tratamiento de los TP. Para Beck y Cols. los esquemas: “son las unidades fundamentales de la personalidad” (2005, p.37), y adiciona dos puntualizaciones más (a) los esquemas están inactivos en determinados momentos y se “energizan” (activan no sería mejor decir) en otros momentos dependiendo del *input* proveniente del ambiente (b) los esquemas sesgan nuestra forma de interpretar los eventos lo que se refleja en los conceptos erróneos, actitudes distorsionadas, premisas invalidas, metas y expectativas irreales. Además, Segal (1988, p. 147, en Young 1999) proporciona la siguiente definición de esquemas “elementos organizados de reacciones pasadas y experiencia que forman un cuerpo consistente y persistente de conocimiento capaz de orientar la percepción y evaluación subsecuente”.

Young, a partir de estas definiciones desarrolla el concepto, que va a ser clave en su formulación de la teoría del modelo, y forma su propia denominación del concepto. El mismo autor (1999) aclara que, la siguiente definición, no pretendía ser una competencia para los enfoques previos, sino una contribución a los mismos. Los EDTs “son temas o patrones generales y generalizados sobre uno mismo y las propias relaciones con los demás que son

disfuncionales en grado significativo. Incluyen recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales” (Young et al., 2013, p.113). Los mismos se originan en la infancia como resultado de experiencias con las personas más significativas de su entorno, en general asociadas a la insatisfacción de una necesidad básica (Young, 1999). A diferencia de Beck, que enfatiza tres elementos dentro de la estructura cognitiva: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y suposiciones subyacentes, Young señala que los EDTs actúan en un nivel aún más profundo de la cognición (Young, 1999), dado que las presunciones subyacentes de Beck, son condicionales (e.g “si hago lo que otro quieren, no me van a abandonar”) y los EDTs son incondicionales (e.g “soy un inútil”). Esto quiere decir que, tiene un valor más fuerte que los primeros quienes necesitan que estén presentes determinadas situaciones o estresores (Young, 1999).

El autor, adiciona el concepto de *desadaptativo*, mencionando que son elementos cognitivos que influyen de manera concreta en la forma en que los sujetos perciben el mundo y, como consecuencia, llevan al sujeto a padecer desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no tendrían que ser así, ya que no se corresponden con la realidad (Young, 1999). Los esquemas sirven como mediadores de las experiencias del pasado, y por lo tanto pueden producir patrones recurrentes que se encuentran en los pacientes con TP (Glaser, Campbell, Calhoun, Bates, & Petrocelli, 2002, citado en Oei & Baranoff, 2007) aluden a que cuando un esquema se activa en determinada situación, éste logra imposibilitar al individuo de cualquier intento para que no ocurra y compara esta noción con la de Rotter (1966) del Locus Externo de Control y la de Seligman y Maier (1976) la Teoría de la Indefensión Aprendida (en Oei & Baranoff, 2007).

Pasamos a desarrollar el concepto de EDTs como un concepto clave en la TE.

3.1.2 Definición de Esquemas Desadaptivos Tempranos y Necesidades Emocionales Básicas.

Los EDTs, constituyen el foco de la TE y están en el núcleo de los TP, de las dificultades relacionales y algunos trastornos como la depresión y la ansiedad (Rafaeli et al., 2011). Son definidos por Young como estructuras estables y duraderas que se desarrollan en la infancia y cristalizan durante la vida del sujeto. Se caracterizan por ser patrones emocionales y cognitivos no adaptativos, que tienden a perpetuarse a lo largo de la vida, dando forma a diversos tipos de funcionamiento de personalidad que nortean la interacción del sujeto con la realidad (Young et al., 2013). En otras palabras, los esquemas son patrones amplios y generalizados, constituidos por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, que conforman la visión que cada sujeto tiene sobre sí mismo y la relación con los demás y que son disfuncionales en un grado significativo. Cordero y Tiscornia (2008) mencionan que los EDTs, comprenden elementos que se desarrollaron con una función adaptativa y funcional para la supervivencia del individuo en las primeras interacciones con las personas más significativas, pero que luego resultan desadaptativos debido a su carácter inflexible, rígido e invariable. Estos esquemas se activan cuando los individuos se encuentran en situaciones que les recuerdan a cuando el esquema se originó (Young et al., 2013). Los mismos autores mencionan que estos EDTs son difíciles de cambiar porque se apoyan en elementos tanto cognitivos, conductuales como emocionales. De acuerdo a la definición de EDTs, la respuesta conductual al esquema no hace parte del mismo. A estas conductas, producidas en respuesta al esquema cuando éste es activado, las llamaremos *estilos de afrontamiento* y se abordarán como mayor profundidad más adelante.

Los esquemas, como mencionamos con anterioridad, se originan en la infancia. Emergen de experiencias tempranas tóxicas, donde las necesidades básicas del niño, resultan insatisfechas, especialmente en el contexto más cercano que es la familia nuclear, aunque

pueden también originarse en la relación con pares, en la familia extendida, en la escuela, en la comunidad y en el contexto cultural (Rafaeli et al., 2011). No obstante, los esquemas que tienen inicio en la familia nuclear, son más poderosos y persistentes que aquellos que se desarrollan en edades más avanzadas, debido a la mayor duración de contacto entre el niño y su familia de origen (Rafaeli et al., 2011).

Young (1999, 2003) formó una clasificación de las NEB, en cinco grupos: (1) Vínculos seguros con los demás que incluye seguridad, estabilidad, cuidados y aceptación (2) Autonomía, competencia y sentido de identidad (3) Libertad para expresar necesidades y emociones válidas (4) Espontaneidad y juego y (5) Límites realistas y auto-control. Es importante destacar que cuando Young ofrece esta lista de necesidades, no menciona como es que las selecciona y agrupa, probablemente es a través de la observación clínica (Flanagan, 2010). Las necesidades, son consideradas por el autor como universales, es decir, todos las tienen, aunque algunos las experimentan con mayor intensidad que otros. Un sujeto, psicológicamente sano, logra satisfacer esas necesidades de manera adaptativa, mientras que un sujeto psicológicamente impedido, no lo logra (Young et al., 2013).

El proyecto central del desarrollo de un niño es el de satisfacer sus necesidades básicas, el proyecto central de los padres/cuidadores debería ser ayudar a que sus hijos satisfagan sus necesidades y el proyecto central de la TE es ayudar a que los adultos logren satisfacer sus propias necesidades, aun cuando estas no hayan sido satisfechas adecuadamente en su infancia (Rafaeli et al., 2011). La TE, reconoce la existencia, además de las necesidades originarias en la infancia, necesidades que emergen en la etapa adulta como son la necesidad de trabajar y de cuidar de otros. Estas necesidades son también importantes para la salud psicológica, aunque tienden a no ser el foco de atención para la terapia, ya que concibe que cuando las necesidades emocionales más fundamentales y tempranas se cumplen de manera adecuada, los individuos tienen la capacidad de manejarlas más adelante (Lockwood & Perris, 2012). Young y sus

colegas (1990) desarrollaron el concepto de *Dominio de esquema* que corresponden a las relaciones tempranas disfuncionales y al tipo de necesidades no contempladas durante la infancia y que dan origen a los EDTs actuales (Caro, 1997).

Las *experiencias tóxicas precoces*, constituyen el origen de los EDTs. Rafaeli et al. (2011), las han agrupado en cuatro. La primera es la *frustración tóxica de las necesidades*, lo que ocurre cuando el infante experimenta demasiado poco de algo bueno, como puede ser estabilidad, comprensión o amor. Esto genera un recuerdo permanente en el niño de la privación, lo que se reproduce en la adultez cuando el esquema es activado en una situación similar. El segundo tipo de experiencia es el *trauma*, y se produce cuando el niño es perjudicado y victimizado, lo que hace que se desarrollen esquemas que reflejan la presencia de peligro, dolor o amenaza. La necesidad básica no satisfecha es la de seguridad, lo que conduce a esquemas marcados por la desconfianza, hipervigilancia, ansiedad y desesperanza. En la tercera experiencia, el niño experimenta *mucho de algo bueno*. Se engendra en un contexto de sobreprotección o en un contexto donde se le otorga demasiada libertad y autonomía, sin límites. No se satisfacen las necesidades de autonomía o de límites realistas, y se desarrollan esquemas relacionados a la dependencia/incompetencia o derecho.

La última experiencia tóxica, refiere a la *internalización selectiva o identificación con otras personas significativas*. El niño se identifica selectivamente con sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas de los padres, generalmente con experiencias negativas (e.g el rol de víctima o el de agresor). En síntesis, no todos los esquemas tienen origen en experiencias traumáticas, sin embargo, todas las experiencias han sido destructivas y han sido vividas de forma repetitiva durante la infancia y la adolescencia (Young et al., 2013).

Además del contexto de la primera infancia, existen otros factores que influyen significativamente en el desarrollo de esquemas. Kagan y sus colaboradores (Kagan, Reznick & Snidman, 1988) habían conducido un estudio sobre el temperamento y como éste, aunque

presentes en la infancia, permanecen durante toda la vida del individuo. El área del temperamento que más interesa a la TE es el *temperamento emocional*. Dice Young et al. (2013, p. 43) “el temperamento interactúa con las experiencias infantiles dolorosas en la formación de los esquemas”. En este sentido éste modelo apoya la idea que un contexto o bien favorable o bien aversivo podría quitarle valor al temperamento emocional. Por ejemplo: un contexto familiar estable, afectuoso y seguro, puede lograr que un niño vergonzoso sea amigable en muchas situaciones. Sin embargo, si el contexto no es afectuoso, hasta un niño sociable puede ser frío y distante con otros. De igual manera puede ocurrir que el temperamento emocional, sea tan fuerte que no necesite un ambiente hostil para producir psicopatología (Young et al., 2013).

El temperamento del niño, en combinación con los estilos parentales y las influencias sociales del medio al que está expuesto, son elementos que determinan que se satisfagan o no las necesidades y posteriormente que se desarrollen o no ciertos esquemas desadaptativos (Young et al, 2013).

El esquema es todo lo que el sujeto conoce y de alguna forma, aunque sea doloroso y lo conduzca al sufrimiento, siempre recurre a él. Esto es lo que hace que se perpetúe durante toda la vida. En otras palabras, la forma de pensar, sentir, actuar y de relacionarse con otros, está contenida en los esquemas, lo que lleva a que el individuo recree, paradójicamente, las experiencias tóxicas en las que se originaron esos esquemas (Young, et al, 2013). Cuanto más grave, rígido y más tiempo haya permanecido en ese esquema, mayor será el número de situaciones en que se active, por ende, mayor sufrimiento experimentará el sujeto (Cordero y Tiscornia, 2008)

3.1.4 El Modelo de las Necesidades Emocionales Básicas.

La TE en sus inicios, proponía un modelo donde destacaba cinco conceptos básicos: los EDTs, los Dominios de esquema, el Mantenimiento del esquema, la Evitación del esquema y la Compensación (Young, 1990). Las Necesidades básicas (Dominios) no representaban más que la forma de agrupar los esquemas, siendo éstos los mejor estudiados y detallados. A pesar de que los esquemas surgen a partir de las NEB, y que sin estas los EDTs no tendrían sentido, el modelo no se ha ocupado de estudiarlas en profundidad. Tanto es así que, en la primera lista propuesta (Young 1990), no hay justificación del origen y de la forma de selección de las NEB.

Lo mencionado se puede observar en las publicaciones de Young: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema- Focused Approach* en el año 1990 (Young, 1990), *An integrative schema-focused model for personality disorders* en el año 1992 (Young & Lindemann 1992), *Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems* en el año 1993 (Bricker et al., 1993) o en su libro *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* 10 años más tarde (Young et al., 2003).

El foco de atención durante muchos años ha sido estudiar la naturaleza reactiva (EDTs) más que el rol de los mecanismos motivacionales subyacentes (necesidades) del ser humano que hacen que esos esquemas se desarrollen (Flanagan, 2010) sin embargo recientemente la TE pasa a ser un modelo que pone en el centro a las NEB.

La primera publicación que avala este hecho, es la de Rafaeli y cols. en el año 2011 *Schema Therapy*, quienes incluyen un apartado dedicado a las NEB. Afirmando que el proyecto central de la terapia es el de lograr que las necesidades del adulto sean atendidas, aunque no se hayan atendido en estadios previos. Siendo que, la salud mental se corresponde con la habilidad de atender las propias necesidades en una forma adaptativa. Estos mismos estudiosos del tema, hablan de una característica esencial sobre la TE: la psicoeducación sobre las necesidades en general y sobre las necesidades satisfechas o no, propias del paciente. Ellos señalan que cuando

se le dice al paciente que es un necesitado y no un avaricioso y que la terapia tiene el fin de ayudarlo a satisfacer sus necesidades, entonces se le ayuda a mirar al pasado sin juicios y a tener una mirada optimista sobre el futuro, lo cual da mayores resultados en la psicoterapia.

“Cuanto más podemos entender lo que son las necesidades y como se atienden, más efectiva será la terapia” (Lookwood & Perris, 2012, p.41). Sobre este punto es que Lookwood y Perris en colaboración con Young (2012), crean un Modelo de Necesidades Emocionales Básicas. Los estudiosos, entendieron que para delinear y operacionalizar los pasos para atender las necesidades es necesario hablar de cuatro cuestiones (1) las inclinaciones naturales con las que nacemos, que provee la capacidad de ímpetu para encontrar e incorporar nutrientes naturales; (2) La necesidad en sí; (3) los nutrientes que satisfacen la necesidad y (4) los patrones sanos que resultan de la satisfacción de las necesidades incluyendo las representaciones internas resultantes (Esquemas Adaptativos Tempranos) y las inclinaciones conductuales (Disposiciones Conductuales Adaptativas).

La novedad del aporte del modelo es que propone el concepto de Esquemas Adaptativos Tempranos (EATs) con sus necesidades asociadas y las Disposiciones Conductuales Adaptativas (DCAs). Al contrario del marco de referencia en el que estaba basada la TE hasta el momento (EDTs). Lookwood y Perris, entienden que durante dos décadas se han concentrado en observar lo que puede ir mal en nuestra infancia o adolescencia para después observar las necesidades básicas y los patrones involucrados cuando las cosas van bien. Sin embargo, esto no se ha estudiado ni diseñado con claridad. Una vez que se proporciona un modelo claro, comprensivo, de todo este panorama es que el paciente puede desarrollar patrones de vida más positivos. “Tener conocimiento de los orígenes de lo negativo y de lo adaptativo, ofrece una ventana para adicionar una psicología positiva orientada a la profundidad, al actual modelo teórico” (Lookwood & Perris, 2012, p. 61).

Los autores (Lookwood, Perris & Young, 2011 en Lookwood & Perris, 2012), presentan, una lista de los 15 EDTs con mayor soporte científico (no aparecen Búsqueda de Aprobación/Reconocimiento, Negativismo/Pesimismo, Castigo como veremos más adelante), y las correspondientes necesidades, EATs y DCAs (ver anexo 4).

El modelo de NEB pone en práctica necesidades hipotéticas asociados con cada uno de los EDTs, lo cual se mide a través de diversos inventarios creados para el modelo. El *Inventario de Necesidades Emocionales Básicas* (Perris, Young, Lookwood, Arntz & Farrell, 2008a, en Lookwood & Perris, 2012), es una medida del grado en que la gente percibe que sus necesidades están siendo satisfechas.

A través del *Inventario de Reparentalización Limitada* (Perris, Young, Lookwood, 2010, en Lookwood & Perris, 2012) se puede medir el grado en que el paciente percibe que su terapeuta está atendiendo sus necesidades y respondiendo adecuadamente a los déficits encontrados en el Inventario de NEB. Por su parte el *Inventario de Disposiciones Conductuales Adaptativas* (Perris, Young, Lookwood, Arntz & Farrell, 2008b, en Lookwood & Perris, 2012), fue creado para acceder al grado en que un individuo desarrolla las DCAs de acuerdo a lo esperado en el resultado obtenido por el Inventario de Reparentalización Limitada.

Se puede acceder a este material, contactándose con el *Schema Therapy Institute Midwest* (www.schematherapymidwest.com).

Futuras investigaciones serán necesitadas para confirmar que las necesidades, los EATs y las DCAs son elementos irreductibles y únicos (segundo criterio de jerarquía), y que a su vez se corresponden con los EDTs de la forma en que estos autores lo proponen. A su vez se necesitará investigar, si los EDTs y las NEB serán mejor entendidas como constructos independientes o constructos independientes que forman grupos de esquema o dominios significativos (Lookwood & Perris, 2012).

3.1.3 Evolución en la clasificación de Esquemas Desadaptativos Tempranos y Dominios.

La primera lista de esquemas fue basada en la propuesta teórica de Young y representaba un intento por crear un sistema de clasificación de los mismos (Oei & Baranoff, 2007). El mismo creó el CEY (en inglés Young Schema Questionnaire) con el fin de evaluar los EDTs (Castrillon, et al, 2005).

La primera versión del cuestionario (Young, 1990) identificaba 15 esquemas a través de 123 ítems. En 1989 Young (1990) presenta una revisión, donde se mencionan 16 EDTs y seis dimensiones relacionadas a las necesidades básicas previamente descriptas (ver Tabla 1). Esta primera versión no se sometió a ningún estudio empírico (Castrillón et al., 2005)

Tabla 1

Dominios y Esquemas desadaptativos tempranos (Young 1991)

Dominios	Esquemas Desadaptativos Tempranos
1. Inestabilidad/ Desconexión (<i>Inestability/ disconnection</i>)	1. Abandono (Abandonment) 2. Abuso/desconfianza (Abuse/mistrust) 3. Privación emocional (Emotional deprivation)
2. Autonomía deteriorada (<i>Impaired autonomy</i>)	4. Dependencia funcional (Functional Dependence) 5. Vulnerabilidad al daño/enfermedad (Vulnerability to Harm/Illness) 6. Entrampamiento (Enmeshment)
3. Indeseabilidad (<i>Undesirability</i>)	7. Defectuosidad (Defectiveness) 8. Indeseabilidad social (Social Indesirability) 9. Incapacidad de logros (Failure to achieve)
4. Autoexpresión restringida (<i>Restricted self- expression</i>)	10. Subyugación (Subjugation) 11. Inhibición emocional (Emotional Inhibition)
5. Satisfacción restringida (<i>Restricted Gratification</i>)	12. Autosacrificio (Self-sacrifice) 13. Estándares inflexibles (Unrelenting Standards) 14. Negatividad/Pesimismo (Negativity/Pessimism)
6. Límites Insuficientes (<i>Impaired Limits</i>)	15. Derecho (Entitlement) 16. Autocontrol Insuficiente (Insufficient self-control)

Desde entonces se han llevado a cabo investigaciones que no solamente dieron fiabilidad y validez al cuestionario sino también ha desencadenado modificaciones en la clasificación de los esquemas (Oei, 2007; Castrillón et al. 2005).

El primero estudio global fue conducido por Schmidt, Joiner, Young y Telch en el 1995. Éste pretendía medir las propiedades psicométricas y la estructura jerárquica del cuestionario. En esta investigación los autores realizaron tres estudios con muestras clínicas y no clínicas. No es el objetivo de este trabajo, detenernos en aspectos estadísticos. En el primer análisis, emergieron 17 factores, incluyendo 15 de los 16 hipotetizados por Young (1991, citado por Schmidt et al., 1995). El factor de *Indeseabilidad social* no emergió; sus ítems se repartieron entre los factores de *Incapacidad de logro* y *Defectuosidad*. También se produjeron dos factores adicionales: *Preocupaciones Económicas* (comprendido en ítem de la escala de *Vulnerabilidad al daño/enfermedad*) y *Miedo a la Pérdida de Control de Impulsos* (compuesto por ítems provenientes de la escala de *Inhibición Emocional*).

El mismo cuestionario de esquemas se aplicó a la segunda muestra. El resultado mostró que el número de factores se había conservado, tal y como se determinó en la primera muestra. Luego se compararon estos resultados con los de la primera muestra aplicando el mismo análisis estadístico y el resultado demostró que de los 17 factores producidos en el primer análisis, 13 aparecían en la segunda muestra. El factor Incapacidad de logro mantuvo sus ítems, pero se volvió a nombrar como *Incompetencia/inferioridad*, pensando que este nombre describía mejor los ítems conservados.

A partir del análisis factorial, algunos nombres de los factores fueron modificados, tratando de destacar el aspecto esencial del esquema. Los cuatro factores que Young hipotetizó y que no emergieron, se agruparon en otros factores con similitudes conceptuales. Específicamente (1) los ítems de Indeseabilidad social se depositaron en Defectuosidad (2) los de Aislamiento social en Privación Emocional (3) los de Subyugación en Dependencia (4) los

de *Derecho* en *Autocontrol Insuficiente* (e). También se replicó un factor que Young no hipotetizó: Miedo a perder el control.

Después de esto, los autores exploraron la estructura de los factores, cada uno de estos, asume los propuestos por Young en categorías aún más amplias

- El primero de ellos fue denominado como *Desconexión*. Este factor es similar al de *Inestabilidad/desconexión* de Young, pero también incluye Defectuosidad, Inhibición emocional y Miedo a perder el control. Incluye temas como el abuso, la negligencia, la vergüenza, adquiridos en el ambiente familiar en el que se produjeron (Castrillón et al., 2005).
- El segundo factor denominado *Sobre conexión*, incluye los factores de *Autonomía Deteriorada* de Young, además de Incompetencia/inferioridad. Este factor se relaciona con tema como la dependencia y la vulnerabilidad, que debilitan al individuo (Castrillón et al., 2005).
- El tercer factor es nombrado como *Estándares Exagerados* e incluye *Autosacrificio* y *Estándares Inflexibles* del factor de Satisfacción Restringida de Young. Los temas que caracterizan a este factor son el de la auto privación y el perfeccionismo (Castrillón et al., 2005).
- Existe un cuarto factor, el de *Autocontrol Insuficiente*, que cargó de un modo equitativo en los tres dominios anteriores (Castrillón et al., 2005).

En líneas generales, El trabajo de Schmidt et al (1995) mostró la validez del instrumento CEY y señaló que las subescalas del mismo eran medidas predictoras significativas de angustia psicológica, auto-estima, vulnerabilidad cognitiva a la depresión, sintomatología del TP y ansiedad (Castrillón et al., 2005). Así mismo, revelaron que las series de factores primarios coincidían con los esquemas desarrollados por Young y con las relaciones entre los mismos (Young et al., 2013).

Un estudio posterior fue realizado por Lee, Taylor y Dunn (1999), con el fin de replicar lo investigado por Schmidt y cols. (1995). En él se examinaron las propiedades psicométricas del CEY a través de análisis factoriales, en una muestra de 433 pacientes australianos de la práctica clínica privada. Los resultados arrojados del mismo fueron:

1. De los 16 EDTs planteados por Young (1999), solamente el de *Indeseabilidad Social* no apareció como un emergente.
2. Los factores de orden superior coinciden estrechamente con las dimensiones de esquemas propuestos por Young.
3. Se observaron los datos desprendidos de las diferentes escalas del CEY para aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico de TP y se encontró que estos pacientes poseen puntuaciones significativamente más elevadas en todas las escalas del CEY a excepción de la de Subyugación y Vulnerabilidad.

Cabe destacar que a raíz de las investigaciones de estos autores, Young y cols. (2003) han eliminado el factor Indeseabilidad social como un factor independiente y lo han incluido en el factor imperfección (Young et al., 2013).

Los estudios previamente mencionados han sido considerados como los que más aportes han hecho a la clasificación de los EDTs tanto en población clínica (Lee et al. 1999) como no clínica (Schmidt et al. 1995) (Calvete, Estevez, Lopez de Arroyabe & Ruiz, 2005) lo que se puede comprobar en la gran mención que se hace de los mismos en diversos artículos (Soygut, Karaosmanoglu & Cakir, 2009; Rijkeboer, van de Berg & van de Bout, 2005; Waller, Shah, Ohanian & Elliot. 2001; Baranoff, Oei, Seong & Seok-man, 2006). Sin embargo, se han conducido estudios en diferentes países como: Australia, España, Corea, Francia, Turquía, y Holanda (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan, 2002; Cecero, Nelson & Gillie, 2004; Hoffart et al., 2006; Soygut et al., 2009, en Lookwood & Perris, 2012) importantes para la modificación en la clasificación de EDTs y Dominios. Más adelante se mencionan.

Castrillón et al. (2005) señala que, a consecuencia de las investigaciones de Schmidt et al., 1995 y Lee et al., 1999, Young publica una nueva edición de su libro *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a Schema-focused Approach* (Young, 1994), en la que edita de manera oficial su nuevo cuestionario YSQ (Young & Brown, 1994). Young y First (1996) revisan esta misma clasificación y se publica en la tercera edición de su libro que corresponde a la versión *Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition* (YSQ-LF2) y evalúa 16 esquemas y cinco Dominios (Young, 1999)

El mismo año, Young y Brown desarrollan la versión corta del cuestionario (YSQ-SF) con el objetivo de facilitar la aplicación del mismo. Este cuestionario evaluaba 15 esquemas correspondientes a la versión del año 1999 (Calvete et al. 2005). Otra revisión se lleva a cabo en el año 2003, por Young y Brown para ambas versiones larga y corta (YSQ-LF3 y YSQ-SF3). Esta revisión evalúa 15 esquemas de los 18 esquemas que plantea Young en la actualidad y cinco dominios. Los tres esquemas que no aparecen en dicha versión son: Negativismo/Pesimismo, Búsqueda de aprobación/ reconocimiento y Castigo (Cordero y Tiscornia, 2002).

En el año 2003, Young et al., adapta su teoría y formula un modelo de 18 esquemas, donde añade los tres EDTs antes mencionados: Negativismo/Pesimismo, Búsqueda de aprobación/ reconocimiento y Castigo.

En la teoría más reciente, Young (2016) agrupa 15 de los 18 esquemas en cuatro Grupos de Esquema, basados estudios de análisis factoriales del YSQ (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999; Welburn, et al., 2002; Cecero, Nelson & Gillie, 2004; Hoffart et al., 2006; Soygut et al., 2009, en Lookwood & Perris, 2012). Y menciona: "estos cuatro grupos de primer orden no son considerados suficientes para categorizarlos como factores, pero ellos representan los resultados de la mayoría de las investigaciones" (Young, 2016, p. 52). Lookwood y Perris aclaran que estos grupos reemplazarían a los Dominios de Esquema originales. Los 3 esquemas

sin clasificar: Negativismo/Pesimismo, Búsqueda de aprobación/ reconocimiento y Castigo, fueron adicionados en la 3era edición del CEY, sin embargo, no hay suficientes investigaciones aún sobre cómo estos se agrupan con los demás esquemas (Lookwood & Perris, 2012).

Se extrae de las investigaciones que:

- Tres grupos de esquema aparecen en cinco estudios: Desconexión y Rechazo (*Disconnection/Rejection*) y Deterioro en Autonomía y Ejecución (*Impaired Autonomy and Performance*), Esfuerzos extremos (*Extreme Efforts*).
- Solo un grupo de esquema aparece en cuatro estudios: Limites deficitarios (*Impaired Limits*)
- Los EDTs que aparecieron en el grupo de Desconexión y Rechazo, en tres o más estudios, son: Desconfianza/abuso (*Mistrust/abuse*), Privación emocional (*Emotional Deprivation*), Inhibición emocional (*Emotional Inhibition*), Imperfección (*Defectiveness*) y Aislamiento social (*Social Isolation*).
- Los EDTs que aparecieron en el grupo de Deterioro en Autonomía y Ejecución, en tres o más de los estudios, son: Fracaso (*Failure*), Vulnerabilidad al daño/enfermedad (*Vulnerability to harm/illness*), Dependencia (*Dependence*), Apego confuso (*Enmeshment*), Abandono (*Abandonment*), Subyugación (*Subjugation*) y Autocontrol Insuficiente (*Insufficient self- control*).
- Los EDTs que aparecieron en el grupo de Esfuerzos extremos, en cuatro estudios, fueron: Normas excesivas (*Unrelenting standards*) y Autosacrificio (*Self sacrifice*).
- Los EDTs que cargaron para Limites deficitarios fueron: Derecho en cuatro estudios (*Entitlement*) y Autocontrol insuficiente en dos estudios (*Insufficient Self control*).

En la Tabla 2 se pueden apreciar los resultados de los estudios sintetizados. En negrita se marcan los nombres de los EDTs que permanecen en el mismo grupo en la clasificación actual, y en cursiva aparecen los nombres que se mantienen en la clasificación actual pero no quedan en el mismo Dominio.

Young, viendo los resultados obtenidos en los estudios de análisis factorial antes mencionados, presenta la nueva clasificación de los EDTs y los Grupos a los que pertenecen.

La clasificación más reciente (Young, 2016) trajo consigo modificaciones en la clasificación publicada en el año 2003 por Young. Al ser uno de los objetivos planteados para esta memoria, pasaremos a precisarla.

El primer Grupo de Esquema es *Desconexión y Rechazo* y contiene 5 esquemas: Privación emocional, Desconfianza/abuso, Inhibición emocional, Imperfección/vergüenza y Aislamiento social/alienación. La modificación en este grupo se encuentra en el esquema de Inhibición emocional que se encontraba en el Dominio Hipervigilancia e Inhibición y en el esquema Abandono que pasa al grupo de Deterioro en autonomía y ejecución.

El segundo Grupo de Esquema se denomina *Deterioro en Autonomía y Ejecución* y contiene seis esquemas: Dependencia/Incompetencia, Abandono/Inestabilidad, Vulnerable al daño o a la enfermedad, Apego confuso y/o inmaduro, Fracaso y Subyugación/Invalidéz (Subyugación de necesidades e invalidación de los otros). Este grupo, anteriormente tenía solamente 4 esquemas y se le adicionan 2 más: Abandono/inestabilidad, que se encontraba en *Desconexión y Rechazo* y Subyugación/Invalidación, que se encontraba en el grupo Dirigido a las necesidades de los demás.

Tabla 2

Comparación de los Dominios (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999; Cecero et al., 2005; Hoffart et al., 2006; Soygut et al., 2009)

<i>Dominios de Esquema</i>	<i>Schmidt et al. (1995)</i>	<i>Lee et al. (1999)</i>	<i>Cecero et al. (2005)</i>	<i>Hoffart et al. (2006)</i>	<i>Soygut et al. (2009)</i>
Desconexión y Rechazo	Desconfianza/abuso Privación emocional Inhibición emocional Imperfección <i>Abandono</i> Miedo a perder el control Control Insuficiente	Desconfianza/abuso Privación emocional Inhibición emocional Imperfección Imperfección Aislamiento Social <i>Abandono</i>	Desconfianza/abuso Privación emocional Inhibición emocional Imperfección Aislamiento social	Desconfianza/abuso Privación emocional Inhibición emocional Imperfección Aislamiento social	Desconfianza/abuso Privación emocional Inhibición emocional Imperfección Aislamiento social
Deterioro en Autonomía y Ejecución	Fracaso Vulnerabilidad al daño/enfermedad Dependencia Apego confuso <i>Autocontrol</i> <i>Insuficiente</i>	Fracaso Vulnerabilidad al daño/enfermedad Dependencia Subyugación	Fracaso Vulnerabilidad al daño/enfermedad Dependencia Abandono Subyugación	Fracaso Vulnerabilidad al daño/enfermedad Dependencia Apego confuso Abandono Subyugación <i>Autocontrol Insuficiente</i>	Fracaso Vulnerabilidad al daño/enfermedad Dependencia Apego confuso Abandono Pesimismo
Esfuerzos Extremos	Normas excesivas Auto sacrificio <i>Autocontrol</i> <i>Insuficiente</i>	Normas excesivas Auto sacrificio	Normas excesivas Auto sacrificio <i>Dependencia/Incompetencia</i> <i>Autocontrol Insuficiente</i> <i>Apego confuso</i>	Normas excesivas Auto sacrificio	Normas excesivas Búsqueda de aprobación
Limites deficitarios		Derecho Miedo a perder el control	Derecho	Derecho Autocontrol insuficiente	Derecho Autocontrol insuficiente

Nota: Texto extraído de Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (Eds.), The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice (pp. 41-66). Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781119962830.ch3

El tercer Grupo de Esquema se llama *Límites deficitarios* y permanece igual que en la clasificación previa, con 2 esquemas: Grandiosidad/Derecho e Insuficiente auto-control/auto-disciplina.

El último Grupo se denomina *Excesiva Responsabilidad y Estándares* y contiene 2 esquemas: Auto sacrificio y Estándares implacables/ Hipercriticismo. Este Grupo de esquema es nuevo en la clasificación por lo que contiene 2 esquemas que se encontraban en otros dominios: Auto sacrificio (estaba en Dirigido a la necesidad de los demás), y estándares implacables/hipercriticismo (pertenecía a Hipervigilancia e Inhibición).

De manera general, dos dominios desaparecen con la actualización de la lista, ellos son: Dirigido por las necesidades de los demás e Hipervigilancia e Inhibición.

Como afirmamos con anterioridad, existen 3 esquemas que se encontraban en la clasificación anterior, que al no haber suficiente investigación quedan en el grupo de los “sin clasificar”. Ellos son: Búsqueda de aprobación/ reconocimiento, Negativismo/Pesimismo y Castigo. Se puede observar con más detalle cada esquema en anexos (1).

En la Tabla 3 se puede observar la evolución teórica de la clasificación de los EDTs y Dominios hasta la actualidad.

Tabla 3

Cuadro comparativo que sintetiza las diferentes versiones de Esquemas Desadaptativos Tempranos y Dominios/Grupos de Esquema

Young, 1991	Young, 1999	Young et al., 2003	Young, 2016
<i>Inestabilidad/ Desconexión</i> 1. Abandono 2. Abuso/desconfianza 3. Privación emocional	<i>Desconexión y Rechazo</i> 1. Privación emocional 2. Abandono 3. Desconfianza/abuso 4. Aislamiento Social/Alienación 5. Defectuosidad/Vergüenza 6. Indeseabilidad Social	<i>Desconexión y Rechazo</i> 1. Abandono/inestabilidad 2. Desconfianza/abuso 3. Privación emocional 4. Imperfección/vergüenza 5. Aislamiento social/alienación	<i>Desconexión y Rechazo</i> 1. Privación emocional 2. Desconfianza/abuso 3. Inhibición emocional 4. Imperfección/vergüenza 5. Aislamiento social/Alienación
<i>Autonomía deteriorada</i> 4. Dependencia funcional 5. Vulnerabilidad al daño/enfermedad 6. Entrampamiento	<i>Perjuicio en Autonomía y Desempeño</i> 7. Fracaso 8. Dependencia/Incompetencia 9. Vulnerabilidad al daño 10. Entrampamiento	<i>Deterioro en autonomía y ejecución</i> 6. Dependencia/incompetencia 7. Vulnerabilidad al peligro/enfermedad 8. Apego confuso y/o inmaduro 9. Fracaso	<i>Deterioro en autonomía y ejecución</i> 6. Dependencia/incompetencia 7. Abandono/ inestabilidad 8. Vulnerabilidad al daño/enfermedad 9. Apego confuso y/o inmaduro 10. Fracaso 11. Subyugación/ invalidación
<i>Indeseabilidad</i> 7. Defectuosidad 8. Indeseabilidad social 9. Incapacidad de logros	<i>Focalización en otros</i> 11. Subyugación 12. Autosacrificio	<i>Limites deficitarios</i> 10. Grandiosidad/autorización 11. Insuficiente autocontrol/autodisciplina	<i>Limites deficitarios</i> 12. Grandiosidad/autorización 13. Insuficiente autocontrol/autodisciplina
<i>Autoexpresión restringida</i> 10. Subyugación 11. Inhibición emocional	<i>Sobrevigilancia e Inhibición</i> 13. Inhibición emocional 14. Estándares Inflexibles	<i>Dirigido por las necesidades de los demás</i> 12. Subyugación 13. Auto-sacrificio 14. Búsqueda de aprobación/reconoc.	<i>Responsabilidad y normas excesivas</i> 14. Auto sacrificio 15. Metas inalcanzables/hipercrticismo
<i>Satisfacción restringida</i> 12. Autosacrificio 13. Estándares inflexibles 14. Negatividad/Pesimismo	<i>Limites Insuficientes</i> 15. Derecho 16. Autocontrol y disciplina insuficientes	<i>Hipervigilancia e inhibición</i> 15. Negatividad/pesimismo 16. Inhibición emocional 17. Metas inalcanzables/hipercrticismo 18. Castigo	<i>Sin clasificar</i> 16. Búsqueda de aprobación/reconocimiento 17. Negatividad/pesimismo 18. Castigo
<i>Limites Insuficientes</i> 15. Derecho 16. Autocontrol Insuficiente			

3.2 Estilos de afrontamiento

Hasta ahora, se ha hecho hincapié en cómo se originan los EDTs, qué son, cómo se clasifican, sin embargo, aún no sabemos porque los EDTs son tan difíciles de cambiar. Los esquemas tienden a auto perpetuarse. Esto quiere decir que, las personas tienden a confiar en sus esquemas para dar sentido a la nueva información a través de un proceso que Piaget llamo *asimilación* (Piaget, 1955 citado en Rafaeli et al., 2011). Sólo cuando la información es tan discrepante que no puede ser asimilada en esquemas existentes es que la persona se ve obligada a modificar sus esquemas a través del proceso de *acomodación* (Rafaeli et al., 2011). Las personas se focalizan en la información que es consistente con sus esquemas y tiende a ignorar o rechazar lo que no es consistente, en este sentido los esquemas filtran la información que recibimos (Beck et al., 2005; Young et al., 2003).

Cuando los esquemas se activan provocan emociones fuertes como miedo, enojo, tristeza, por tanto, las personas enfrentan esto a través de tres estilos de respuesta: rendición, evitación y sobre compensación (Young et al., 2013).

Estas respuestas alivian a corto plazo, sin embargo, a largo plazo generan grandes dificultades en diferentes áreas esenciales de la vida del sujeto. Por ejemplo, una persona, que tiene el esquema de Abandono y utiliza la Evitación como respuesta al esquema, probablemente tienda a aislarse de cualquier relacionamiento profundo y eso le provoque a largo plazo dificultades en el área social (Young et al., 2013).

Los estilos de afrontamiento son reacciones automáticas al esquema, solamente en el sentido que representan reacciones que se mantuvieron por mucho tiempo y ocurren sin la conciencia como mediador (Young et al., 2013).

No se debe confundir el esquema con el estilo de afrontamiento. El esquema contiene recuerdos, emociones, sensaciones corporales, pero no la respuesta conductual del individuo: "La conducta no forma parte del esquema; es parte de la respuesta de afrontamiento" (Young

et al., 2013, p. 72). Aunque la respuesta sea mayoritariamente comportamiento, una persona puede responder a un esquema utilizando las cogniciones y emociones (eg. para evitar una situación: no pensar en aquello que me hace mal).

van Genderen, Rijkeboer y Arntz (2012), distinguen para cada uno de los tres estilos de afrontamiento, la conducta, los pensamientos y los sentimientos correspondientes (ver Figura 1).

Rendición	Evitación	Sobrecompensación
☐ Conducta: repetir patrones conductuales de la infancia buscando personas o situaciones similares que las circunstancias en las que se formó en esquema	☐ Conducta: evitación activa y pasiva de todo tipo de situaciones que pueden desencadenar el esquema	☐ Conducta: mostrar el comportamiento opuesto al esquema
☐ Pensamiento: Procesamiento selectivo de la información (ver solo el esquema)	☐ Pensamiento: Negación de los eventos o memorias. Despersonalización o Disociación	☐ Pensamiento: pensamientos opuestos al esquema. El paciente niega que tiene el esquema
☐ Sentimiento: el dolor emocional de los esquemas es sentido directamente	☐ Sentimiento: Calma los sentimientos o se siente nada	☐ Sentimiento: el paciente muestra sentimientos opuestos. A veces los sentimientos desconfortables regresan si la sobrecompensación falla

Figura 1. Estilos de afrontamiento con sus conductas, pensamiento y sentimientos característicos

Fuente: van Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012, pp. 30-31

No se hallaron cambios específicos en los estilos de afrontamiento, pero si algunas modificaciones y adiciones que merecen atención. Cuando Young propone su Terapia centrada en Esquemas, ya hablaba de los tres estilos de afrontamiento (1994). En este sentido, nada se ha modificado. Sin embargo, en su publicación del año 2003, propone una distinción entre los estilos de afrontamiento y las respuestas de afrontamiento. Estas últimas refieren a las respuestas específicas mediante las cuales se manifiestan los estilos globales antes

mencionados. Así, por ejemplo, si el estilo es Evitación, una respuesta específica podría ser evitar las relaciones íntimas. Refiere al *cómo*.

En misma publicación, los autores afirman que la modificación en los estilos de afrontamiento, tiene que ver con un mayor énfasis en dos de los estilos: Evitación y Sobrecompensación, esto se ve reflejado en los Inventarios desarrollados sobre los procesos de esquema. El primer Inventario fue el Inventario de Evitación de Young-Rygh (*Young-Ryghm Avoidance Inventory*, Young and Rygh, 1994) y el segundo el Inventario de Compensación de Young (*Young Compensation Inventory*, Young, 1995), ambos correspondientes a los estilos de evitación y sobre compensación respectivamente.

Otro punto esencial a destacar, es en énfasis que se le comienza a dar a los estilos de afrontamiento propios del terapeuta que pueden inferir en el proceso terapéutico. Para ello Young (2003), propone ejemplos de escenarios en los que los esquemas del paciente pueden tener impacto negativo en la relación terapéutica (1) los esquemas del paciente entran en conflicto con los esquemas del terapeuta: los esquemas de ambos chocan y entran en un círculo vicioso; (2) existe un desajuste entre las necesidades del paciente y los esquemas y estilos de afrontamiento del terapeuta: el terapeuta no está dispuesto a satisfacer necesidades del paciente; (3) la sobre identificación se produce cuando los esquemas del paciente y del terapeuta se solapan: el terapeuta se identifica con el paciente y pierde objetividad; (4) las emociones del paciente activan la conducta evitativa del terapeuta: el terapeuta se abrumba con las emociones del paciente y evita; (5) el paciente activa los esquemas del terapeuta y éste sobre compensa: el terapeuta responde al esquema del paciente sobre compensando; (6) el paciente activa el modo padre/madre disfuncional del terapeuta: el terapeuta reprende al paciente como un padre recriminador, (7) el paciente satisface las necesidades activadas por el esquema del paciente: el terapeuta utiliza al paciente para satisfacer sus propias necesidades insatisfechas; (8) los esquemas del paciente se activan cuando la paciente “no progresa suficientemente”: los

terapeutas con esquemas de fracaso, imperfección responden de manera inadecuada ante pacientes que no mejoran; (9) los esquemas del terapeuta se activan ante las crisis y ante la posibilidad de suicidio del paciente: la crisis activa los esquemas del terapeuta.

Otro cambio relevante, fue el de adaptar los estilos de afrontamiento al Modelo de Modos de Esquema (que profundizaremos a continuación). Los modos se definen como “los estados emocionales y respuestas de afrontamiento -adaptativas y desadaptativas- que experimentamos todas las personas” (Young et al., 2013, p. 79). Young desarrolla este concepto para diferenciar los estilos de afrontamiento de los esquemas y dice que los modos refieren a las emociones, esquemas y estilos de afrontamiento predominantes en un momento específico (Rafaeli et al., 2011). Existen cuatro tipos fundamentales de modos, que veremos el detalle a continuación, sin embargo, uno de ellos se denomina “Estilos desadaptativos de Modos” y corresponden a los tres estilos de afrontamiento de esquema: evitación, rendición y sobre compensación. En contraste con las respuestas de afrontamiento de esquemas que tienen relación a las conductas, estos últimos refieren a estados emocionales que involucran emociones, cogniciones y conductas de respuesta que están activados en un momento, cuando los esquemas se han activado.

Por último, en el año 2016, Young propone una lista de los estilos de afrontamiento en la que adiciona una sub-clasificación para cada una de las respuestas. A continuación, se pueden observar en la Tabla 4. En anexos se encuentran los estilos de afrontamiento con su respectiva descripción (ver Anexo 2).

Tabla 4

Estilos de afrontamiento desadaptativos de Esquema

Rendición (<i>Surrender</i>)	Evitación (<i>Avoidance</i>)	Sobrecompensación (<i>Overcompensation</i>)
1. Conformidad, Dependencia (<i>Compliance, Dependence</i>)	2. Retraimiento Social (<i>Social Withdrawal</i>), Autonomía Excesiva (<i>Excessive Autonomy</i>)	6. Agresión, Hostilidad (<i>Aggression, Hostility</i>)
	3. Búsqueda compulsiva de estimulación (<i>Compulsive Stimulation seeking</i>)	7. Dominancia, Asertividad excesiva (<i>Dominance, Excessive Self-assertion</i>)
	4. Autotranquilizante Adictivo (<i>Addictive Self-soothing</i>)	8. Búsqueda de reconocimiento/estatus (<i>Recognition-seeking, Status-seeking</i>)
	5. Retraimiento Psicológico (<i>Psychological Withdrawal</i>)	9 Manipulación, explotación (<i>Manipulation, Exploitation</i>)
		10. Pasividad-agresividad, Rebelión (<i>Passive-aggressiveness, Rebellion</i>)
		11. Disciplina Excesiva, Obsesividad (<i>Excessive orderliness, Obsessionality</i>)

Fuente: Young, J.E. (2016). Schema Therapy Inventories & Related materials, version 2.5. Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>

*Los nombres en cursiva representan los nombres originales

3.3 Modelo de Modos de Esquema (Schema Mode Model)

3.3.1 Antecedentes del concepto de Modos

El concepto de modo surge en la TE, en el trabajo clínico con pacientes con el TPL, donde Young y cols. (2013) percibieron que los pacientes, presentaban múltiples esquemas y estilos de afrontamiento (confirmado a través del CEY), lo que hacía que no se pudiera trabajar con todos los esquemas al mismo tiempo. Esto hizo que fuese necesario un ajuste en el protocolo de intervención.

Sin embargo, el concepto de modos no fue una innovación de Young. Hay antecedentes desde la antigüedad que demuestran que este concepto no es nuevo.

En el siglo XIX, la hipnosis y los estados disociativos eran temas de interés para varias disciplinas (ficción, psiquiatría, psicología, filosofía). En el año 1868, Duran (citado en Edwards & Arntz) un hipnotista francés, uso el término “poli psiquismo”, refiriéndose a sub-egos que conforman nuestra vida inconsciente.

En el siglo XX, una multitud de psicoterapias se dirigían de alguna manera a la multiplicidad de ego. Freud, por ejemplo, hablaba de los conflictos generados entre el Yo, el Superyó y el ello; Adler decía que las personas tenemos un conjunto de creencias y actitudes inconscientes y que en determinados momentos domina uno sobre otro; otros autores, como Jung, hablaban de *personalidades subconscientes* (Edwards & Arntz, 2012).

3.3.2 Evolución del concepto de Modos

Young y cols. (2003) desarrollaron el concepto de modos derivado del trabajo con pacientes con TPL. Estos pacientes experimentaban un estado de ánimo lábil, por lo que pasaban constantemente de un estado afectivo a otro, aparte de presentar puntuaciones altas en todos o casi todos los esquemas y estilos de afrontamiento. Este hecho hacía difícil el trabajo con estos pacientes, ya que la se TE centraba en el constructo rasgo (esquema o estilo de afrontamiento) y no era suficiente para explicar el fenómeno de los estados cambiantes. Por esta razón, deciden acercarse a un modelo de estado, colocando a los *Modos de esquema* como el constructo principal.

Los modos, se definen como: “estados emocionales y respuestas de afrontamiento momento a momento que experimentamos todas las personas” (Young et al., 2013, p.79), sin embargo, un modo de esquema disfuncional “se activa cuando los esquemas o repuestas de afrontamiento disfuncionales generan emociones angustiosas, respuestas de evitación o conductas contraproducentes que superan o controlan el funcionamiento de un individuo” (Young et al., 2013, p. 79). Mientras los EDTs son estables, los modos son situacionales, y mientras los esquemas representan una dimensión, los modos representan una constelación de esquemas y

estilos de afrontamiento activados en un solo momento (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007). Todas las personas tienen la capacidad de transitar por un número variado de modos durante un día o una semana, o toda su vida. La diferencia con los modos desadaptativos, reside en la manera en que el sujeto transita entre uno y otro. Al extremo los modos pueden estar totalmente disociados unos de otros, lo que indica un grado elevado de patología. En el otro extremo, las personas sanas, mantienen un sentido unificado de sí y pueden experimentar diversos modos, pero éstos son graduales y no abruptos, y a su vez conocen que disparador los activa (Rafaeli et al., 2012). Así como los esquemas, están presentes en todos los seres humanos, con patología o sin patología, los modos no solo son estados presentes en las personas que cursan un TP. Cuanto más complejos los problemas de personalidad, los pacientes se reconocen en diversos esquemas y con diversos estilos de afrontamiento. Por tanto, los cambios de humor ocurren en un tiempo muy corto.

Lo anteriormente mencionado, ha hecho que se desarrolle el “Modelo de Modos de Esquema”. Originalmente, Young propuso diez diferentes modos de esquema divididos en cuatro categorías diferentes. Esta clasificación, al igual que con los EDTs, es creada mediante observación clínica (ver en detalle en la Tabla 5). Esta misma clasificación es mantenida por el autor, sin modificaciones, hasta la actualidad, ya que los denomina como los “diez modos principales”, esto quiere decir que, existen otros modos, que se verán más adelante y que también son utilizados por Young.

Tabla 5

Modos de esquemas

Categoría	Modo
<i>Modos infantiles</i>	Niño vulnerable Niño enojado Niño impulsivo e indisciplinado Niño feliz
<i>Modos desadaptativos de afrontamiento</i>	Cómplice rendido Protector distanciado Sobre compensado
<i>Modos desadaptativos de padre</i>	Padre punitivo Padre demandante/crítico
<i>Modos de Adulto Sano</i>	Adulto sano

Fuente: Young, J.E. & First (2014). Schema Mode Listing. In Young J.E. (2016) *Schema Therapy Inventories & Related materials*, versión 2.5. Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>

A continuación, se describen en detalle estos modos según Young (2016):

- El modo de *Niño Vulnerable*, se compara a un niño que se siente solo, aislado, triste, incomprendido, sin apoyo, defectuoso, privado, abrumado, incompetente, que duda de sí mismo, que es necesitado, está indefenso, desesperanzado, asustado, ansioso, preocupado, victimizado, sin valor, no amado, no amable, perdido, desorientado, frágil, débil, derrotado, oprimido, sin poder, dejado de lado, exhausto y pesimista.
- *El Niño enojado* se siente intensamente enojado, enfurecido, frustrado, impaciente, debido a que la necesidad emocional (o física) básica no fue satisfecha.
- El modo de *Niño Impulsivo e Indisciplinado*, actúa por deseos secundarios o impulsos, de manera egoísta y descontrolada para obtener su propio camino y habitualmente tiene dificultades para atrasar una gratificación a corto plazo; generalmente se siente

intensamente enojado, furioso, frustrado e impaciente cuando estos deseos o impulsos no se pueden satisfacer; puede parecer “malcriado”.

- El *Niño contento*, se siente amado, contento, conectado, satisfecho, completo, protegido, aceptado, valioso, maduro, guiado, entendido, validado, con autoconfianza, competente, autosuficiente, con autonomía apropiada, seguro, resiliente, fuerte, con control, adaptado, incluido, optimista y espontáneo.
- El modo de *Rendidor Sumiso*, actúa de una manera pasiva, servicial, sumisa, en busca de aprobación, o humilde frente a otros, por miedo al conflicto o el rechazo; tolera el abuso y/o el maltrato; no expresa saludablemente sus deseos o necesidades a los otros; selecciona a las personas o se compromete en otros comportamientos que mantienen directamente su patrón de esquema de auto-derrota.
- El *Protector Distanciado* suprime las necesidades y los deseos; se desapega emocionalmente de las personas y rechaza su ayuda, se siente retraído, distante, distraído, desconectado, despersonalizado, vacío o aburrido; busca la distracción, auto-tranquilizarse, o auto-estimularse en actividades de manera compulsiva o excesiva; puede mostrarse cínico, distante, o pesimista para evitar relacionarse con personas o en actividades.
- El *Sobre compensador* se siente o se comporta de manera desmesurada, agresiva, dominante, competitiva, arrogante, condescendiente, superior, sobre controlado, controlador, rebelde, manipulador, explotador, buscando la atención o estatus. Estos sentimientos o comportamientos, se deben haber desarrollado en su origen para compensar o gratificar las necesidades no satisfechas.
- El *Padre Castigador* siente que él mismo o los otros merecen castigo o culpa y habitualmente actúa en pos de este sentimiento, culpando, castigando, o abusando de sí

mismo (automutilación) o de otros. Éste modo, refiere al estilo en donde las reglas son reforzadas en vez de la naturaleza de las reglas.

- El *Padre Critico y Demandante* siente que la manera “correcta” de ser, es siendo perfecto o consiguiendo un muy alto nivel, para mantener todo en orden, para esforzarse por el alto estatus, ser humilde, poner las necesidades de los otros antes que las suyas propias, o ser eficiente evitando perder tiempo; la persona siente que está mal expresar los sentimientos o actuar espontáneamente. Este modo refiere a la naturaleza de los altos estándares internalizados y de las reglas estrictas, en vez del estilo en el que esas reglas son reforzadas; esas reglas no son compensatorias en su función.
- *El Adulto Sano* es el que nutre, valida y afirma el modo de niño vulnerable; pone los límites para los modos de niño enojado e impulsivo; promueve y apoya el modo de niño saludable; combate y eventualmente reemplaza los modos de afrontamiento desadaptativos; neutraliza o modera los modos de padre desadaptativos. Este modo, también se apropia de funciones adultas como trabajar, ser padre, asumir responsabilidades y compromisos, busca actividades adultas placenteras como el sexo, lo intelectual, la estética, y los intereses culturales; mantener la salud y las actividades atléticas.

Young y cols. en el año 2003, cuando crean el modelo, formulan el concepto para el trabajo con dos tipos de pacientes: pacientes con TPL y pacientes con TPN. Actualmente, el modelo de modos se utiliza en una amplia variedad para Trastornos (Trastorno Antisocial de la personalidad; TOCP, Trastornos alimenticios); en diversos formatos (individual, grupal o de pareja) y poblaciones (clínica, hospitalaria, forense) (van Vreeswijk et. al., 2012; Young et al., 2013). Esto quiere decir que, el modelo de modos no sólo se utiliza para el tratamiento de TP, sino también en otras patologías (e.g Trastornos alimenticios).

La innovación de los modos en la TE, generó debate dado que existe una distinción entre aquellos que se adhieren al modelo de esquemas y quien utilizan el modelo de modos de esquema. Generalmente el último se utiliza para pacientes con TPL Y TNP, llamados *pacientes difíciles*, mientras que el primero se utiliza con paciente con quienes se puede trabajar con esquemas y estilos de afrontamiento (Edwards & Arntz, 2012). Aunque, como ya está mencionado, el modelo de modos está siendo utilizado para otros trastornos, pero esto está aún en una etapa experimental (Bernstein, Arntz & Vos, 2007; Lobbestael et al., 2007; Arntz, 2010).

Sólo unos pocos estudios han probado empíricamente la validez del concepto de modo de esquema. En la mayoría de los casos, estos estudios se centran en los modos hipotetizados para TPL (Young et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2006; Arntz, 2007; Arntz & van Genderen, 2009) y TP Antisocial (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005).

A partir de estos resultados es que la TE comienza a ser reconocida y pasa a ser un modelo *basado en evidencia* (Edwards & Arntz, 2012).

Rápidamente, el término *Terapia de Esquema*, se fue extendiendo e institucionalizando en la *Sociedad Internacional de Terapia de Esquema* (International Society of Schema Therapy), donde se entrena y certifica terapeutas de esquema (Edwards & Arntz, 2012).

Dos inventarios fueron creados inicialmente para medir los modos. Al igual que con los EDTs, el inventario influyó en la modificación de la cantidad de modos. El primer inventario fue el *Cuestionario de Modo de Esquema* (SMQ, Schema Mode Questionnaire). Este cuestionario, medía siete de los diez modos propuestos por Young (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005).

El segundo cuestionario desarrollado, fue el Inventario de Modos Young-Atkinson (Young, Atkinson, Engel & Weishaar, 2004) y en él se agregan los tres modos que faltaban (Niño impulsivo, Niño feliz y Padre Castigador), por lo que pasa a medir 10 modos de esquema.

Mientras tanto, en el año 2006, Arntz y Young (citado en Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz, 2011) presentan una lista de los modos de esquema relacionados a cada TP: Paranoide, Histriónico, Narcisista, Evitativo, Dependiente y Obsesivo-compulsivo. Estas asociaciones son el resultado de la combinación de supuestos teóricos.

Young, Arntz, Lobbestael, Weishaar y van Vreeswijk en el año 2007, desarrollaron un nuevo cuestionario, Inventario de Modos de Esquema (SMI) ya que existía la necesidad de un cuestionario que midiera la cantidad de modos que se había descubierto hasta el momento (14 modos). Por ejemplo, el modo *Auto-Engrandecido*, característico del TNP, no lo medía ninguno de los inventarios existentes al momento. Inicialmente el SMI, medía 16 modos, sin embargo, Young et al. (2007) decidieron unir las escalas *Niño solitario* y *Niño abandonado/abusado* y formaron la escala *Niño Vulnerable*, y eliminaron los ítems de *Modo Sobre compensado* ya que estaban cargados en otros ítems. Finalmente se comprimieron en 14 escalas.

Más tarde, en el año 2008, Lobbestael, van Vreeswijk, y Arntz, llevan a cabo una investigación en la que relacionan los 14 modos hallados en ese momento con todos los TP. En anexo 5, se encuentra unan los resultados Teóricos de Arntz y Young (2006) y los empíricos de Lobbestael, van Vreeswijk, y Arntz (2008).

Una segunda versión del SMI (SMI-2) fue creada en el año 2011 (Bamelis et al.) desarrollada para medir los modos de esquema para TP específicos (cluster-C, Paranoico, histriónico y narcisista). Los autores seleccionaron dieciocho modos para estos TP en bases a los hallazgos teóricos de Arntz y Young del año 2006 y empíricos de Lobbestael y cols. en el año 2008. En dicha versión se eliminaron los modos de esquema irrelevantes (Modo Niño Feliz y Modo ataque e intimidación) y adicionaron 7 nuevas subescalas (Niño solitario, Niño abandonado/ abusado, Niño dependiente, Protector evitativo, Buscador de atención y aprobación, Sobre-controlador perfeccionista y Sobre-controlador sospechoso). Los ítems de

las nuevas escalas se obtuvieron a partir de la reagrupación de Modos previamente agrupados, a partir de los ítems recientemente desarrollados y de los cuestionarios que evalúan los conceptos del esquema (e.g el YSQ).

Más recientemente, Bamelis y cols. (2011), presentan una nueva investigación. El objetivo del estudio holandés, fue investigar el modelo de modo de esquema recién formulado para TP del cluster-C (TP Evitativo, TP Dependiente y TP Obsesivo-compulsivo), TP paranoide, TP histriónica y TPN. Con el fin de evaluar los 18 modos hipotetizados. Los nuevos modos demostraron ser apropiados para los TP histriónica, evitativa y dependiente. La modificación del modo *Sobre controlador* al modo *Sobre controlador Perfeccionista* y *Sobre controlador Sospechoso* fue adecuado para caracterizar paranoides y obsesivos-compulsivos.

En general, los resultados indican que la extensión del Modelo de Modo de Esquema con nuevos modos para este subgrupo específico de TP es muy útil. Los modos recién formulados resultaron corresponder al TP Histriónica (Buscador de atención y aprobación), TP Dependiente (Niño dependiente) y TP Evitativa (Protector evitativo). El modo *Sobre controlador* se dividió (como se hipotetizaba) en el modo *Sobre controlador perfeccionista* (para TP Obsesiva-compulsiva) y *Sobre controlador sospechoso* (para TP Paranoide).

Estos resultados sugieren que el SMI-2 es útil para evaluar los modos correspondientes para los subgrupos específicos de TP. En Clínica, también el SMI-2 puede ser una herramienta útil en la detección de modos específicos al inicio de la terapia.

van Genederen et al. (2012) por su parte, agrega siete modos, basados en pacientes con TP del cluster-C y problemas forenses que aún no han sido investigados. Ellos son: Protector enojado; *Sobre controlador obsesivo*; Paranoico; Manipulador y Estafador; Predador; Buscador de atención. Este hecho, hace pensar que, sin duda, en el futuro, se generaran cambios en la clasificación de modos. En el anexo 3 se pueden ver en detalle las descripciones de dichos modos.

En la Tabla 6 se observa la evolución de las diferentes clasificaciones relacionadas a las versiones del cuestionario de modos. No se incluyen los siete modos planteados por van Genderen y cols. (2012), debido a su falta de validez empírica.

Cabe destacar que Young en la publicación en su página original (www.Schematerapy.org) la primera versión del SMI (SMI 1), dado que la segunda versión (SMI 2) al encontrarse en una etapa experimental, hacen falta más estudios, como el de Bemelis et al. (2011), que confirmen su efectividad (Lyraeos, 2014).

En el año presente, Young conserva su clasificación original de diez modos, como los principales, lo que no quiere decir que no reconozca la existencia de modos específicos para cada TP.

Es importante mencionar, que el trabajo de modos de esquema continúa en crecimiento. Si bien ya existen numerosas investigaciones que demuestran la eficacia del trabajo con modos para distintos TP, aún se siguen hallando nuevos modos de esquema que explican mejor algunos TP específicos, lo que es más enriquecedor para el trabajo con dichos pacientes. Por ejemplo, los nuevos modos descriptos para los TP del cluster C y con dificultades forenses, aún no tienen suficiente evidencia para considerarlos parte de la clasificación de modos.

Tabla 6

Evolución de la clasificación de modos de acuerdo a las versiones de los cuestionarios de Modos.

SMQ* <i>Arntz, Klokman & Sieswerda (2005)</i>	YAMI* <i>Young, Atkinson, Engels & Weishaar, (2005)</i>	SMI-1* <i>Young et al. (2007)</i>	SMI-2* <i>Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz (2011)</i>
1. Niño abandonado/abusado	1. Niño Vulnerable	1. Niño vulnerable	1. Niño Solitario
2. Niño enojado	2. Niño enojado	2. Niño enojado	2. Niño abandonado/abusado
3. Rendidor sumiso	3. Niño impulsivo	3. Niño rabioso	3. Niño rabioso
4. Protector aislado	4. Niño feliz	4. Niño impulsivo	4. Niño impulsivo
5. Sobre-compensador	5. Rendidor sumiso	5. Niño indisciplinado	5. Niño indisciplinado
6. Padre exigente	6. Protector aislado	6. Niño feliz	6. Niño dependiente
7. Adulto Sano	7. Sobre-compensador	7. Cómplice rendido	7. Cómplice rendido
	8. Padre Castigador	8. Protector aislado	8. Protector aislado
	9. Padre exigente	9. Auto-tranquilizador distanciado	9. Auto-tranquilizador distanciado
	10. Adulto sano	10. Auto engrandecido	10. Protector evitativo
		11. Modo de ataque e intimidación	11. Auto-engrandecido
		12. Padre punitivo	12. Sobre controlador Perfeccionista
		13. Padre demandante	13. Sobre controlador sospechoso
		14. Adulto sano	14. Buscador de aprobación/reconocimiento
			15. Padre punitivo
			16. Padre demandante
			17. Buscador de aprobación/reconocimiento
			18. Sobre controlador Perfeccionista y sospechoso

*

SMQ: Schema mode Questionnaire

YAMI: Young-Atkinson Mode Inventory

SMI.1: Schema Mode Inventory versión 1

SMI.2: Schema Mode Inventory versión 2.

Consideraciones Finales

El objetivo principal de la presente memoria de grado, refería a la actualización de los conceptos básicos teóricos que constituyen a la TE: EDTs, NEB, Estilos de afrontamiento y Modos de esquema. A fin de cumplir con los objetivos planteados, se llevó a cabo una revisión de la literatura no sistemática, sobre la TE.

El origen de la TE, nace de la observación clínica de un profesional, que viendo lo que ocurría mayor frecuencia en sus pacientes, lo sintetiza. Esta formulación inicial, no se basaba en hallazgos de investigaciones científicas, sino en la mirada clínica.

He aquí un elemento fundamental a destacar: el trabajo de los profesionales. El trabajo de los investigadores de la TE, evidentemente es trascendental, sin embargo, no debe olvidarse la contribución de los terapeutas a la evolución del modelo. Por detrás de la labor del investigador, existe un clínico, que ha puesto en práctica la teoría y ha comprobado o refutado la hipótesis inicial, con pacientes reales, no hipotéticos. Y a su vez ha confiado en el modelo e incluso ha propuesto que el mismo, puede ser aplicado en casos distintos.

¿Es acaso más importante el marco teórico que el beneficio del propio paciente? esta fue la cuestión que se planteó Young cuando creó su modelo. No podemos pensar que, si el modelo no se ajusta al paciente, entonces es el paciente quien no tiene posibilidades de cambio. No tendría sentido que existiera por tanto la terapia. El trabajo del autor referente, fue ver que esos pacientes tenían ciertas necesidades que no eran atendidas por las terapias actuales. Por eso reunió ideas y técnicas de varios modelos. La mayor innovación, se podría decir, fue el integrar modelos que hasta el momento se veían contradictorios, porque tenían objetos distintos. Un buen terapeuta, es el que, viendo las necesidades del paciente individual, con su propia historia personal, está abierto a adicionar nuevos conocimientos e ideas de intervención. Lo que no quiere decir que no sea difícil. Menciona Young (en Falcone y Ventura, 2008), que muchas veces el paciente se pierde una parte del tratamiento porque a ciertos terapeutas les

cuesta incorporar nuevos elementos (como el trabajo experiencial) o mismo pierden el foco en el beneficio del paciente. La TE, no ha hecho más que dirigirse por este principio.

Cada vez más existen terapias que integran aportes de diversos marcos teóricos, lo que hace pensar que aún existen cosas por ser descubiertas. Un ejemplo claro, en la TE, es la innovación en los modos. En el origen de la terapia, el trabajo era únicamente basado en rasgos de personalidad (esquemas), mediante se fue conociendo con mayor precisión la naturaleza de otro tipo de trastornos como el TPL y el TPN, los terapeutas de esquemas, fueron entendiendo necesario desarrollar una nueva modalidad que contemple los estados emocionales, así se crea el modelo de modos de esquema. No podemos pensar, que lo que existe actualmente, va a permanecer en los próximos 10 años, ni pensar que un modelo creado en determinado momento, es la única respuesta a todo, porque, en definitiva, luego te das cuenta que es solamente una parte de la respuesta.

El proceso de conversión de un modelo sin fundamentos a un modelo basado en evidencia empírica, es otro aspecto importante. El autor (en Falcone y Ventura, 2008) relata que al querer conseguir investigadores que invirtieran en una terapia a largo plazo, que aún no se conocía, se le hizo casi imposible. A pesar de la falta de esperanza, consiguió un grupo de holandeses quienes se mostraron interesados. Gracias a esto, la terapia comienza su camino para convertirse en un modelo científico. Este proceso aún está vigente, no como lo estaba como cuando se inició la terapia, por supuesto. A medida que se descubren que otros trastornos, no contemplados, puede tratarse con la TE, o se descubre que ciertas técnicas se adaptan a determinados trastornos, se efectúan nuevas investigaciones que dirán o no, que efectivamente es así.

Otra contribución del modelo de esquemas, fue el no ver a los trastornos sino como un espectro dentro de los problemas de personalidad. Más aun, la TE, asume que todos tenemos esquemas y estilos de afrontamiento, la diferencia radica en el grado de severidad de los

misimos y la manera en que los manejamos en la vida cotidiana. Esto permite tener una mirada más humana con quien consulta. Se deja de lado el lenguaje categorizador para comenzar a usar un lenguaje comprensivo y compasivo. Un ejemplo de esto es el cambio de foco en las NEB. En principio, se creía que el trabajo debía basarse en las consecuencias de no haber atendido una necesidad básica, con el paso del tiempo se creyó mejor conocer la naturaleza de esas necesidades y optar por focalizar en las consecuencias que tienen las necesidades básicas cuando estas efectivamente son satisfechas.

La percepción del que el paciente es necesitado, como todos los somos, y que el terapeuta puede atender esas necesidades dentro de la relación terapéutica, estableciendo límites adecuados, permite al paciente ya desde el comienzo del proceso sentirse esperanzado, lo que conducirá a una mejoría sustancial. Esta también puede verse como una gran contribución.

A este respecto, debemos pensar que, la formulación actual de Young, es obra de las generaciones anteriores también, ya que gracias a que los profesionales de otros modelos han experimentado determinadas técnicas y conocimientos, y han descartado o mantenido algunas de ellas, es que la TE, se desarrolla, tomando en cuenta el no reincidir en errores anteriores y adicionar elementos que tuvieron resultados efectivos.

No podemos afirmar que el modelo de Young, es únicamente de Young. El presente trabajo lo demuestra, todos los conceptos: esquemas, modos, estilos de afrontamiento, necesidades básicas emocionales, tienen antecedentes en otros autores o modelos. El trabajo de Young, fue el adaptar esos conceptos y formar una conjunción armoniosa en la que todos los elementos tienen relación con todos. Con esto, no estamos diciendo que el modelo de esquemas no sea innovador, de hecho, lo es, sino que deben darse los créditos que merecen a los modelos que influyeron en el desarrollo de la terapia en cuestión.

Como reflexión final, resta decir que, las terapias psicológicas siempre van a encontrarse en proceso de evolución. Sobre todo, porque los individuos cambian a medida que la sociedad avanza, no solo respecto a los conocimientos sobre las diversas patologías, sino en relación lo social y cultural, que en todas las épocas no es igual. Así como la teoría de Sigmund Freud, estaba fuertemente influida por el contexto de represión sexual y que los conceptos desarrollados apuntaban a las personas de esa época, podemos pensar que lo que es actual va a actualizarse de aquí a unos años. No decimos “dejar de existir”, sino actualizarse. Los terapeutas actuales, entonces, tienen una tarea fundamental en esto, de ellos depende actualizarse y permitirse conocer otras miradas, o bien esperar a que sus pacientes ya no respondan a sus tratamientos.

Una de las limitaciones presentadas en el trabajo en cuestión, fue de poder abarcar únicamente la evolución de los aspectos teóricos. Al haber surgido cambios conceptuales, hubo un movimiento importante en la práctica clínica. Por ejemplo, al descubrir nuevos modos de esquema que explican mejor ciertos trastornos, se modifica el tratamiento para dicho trastorno.

Por su parte, otra limitación fue el idioma. En la presente memoria se utilizaron publicaciones y libros del idioma inglés, español y portugués. Sin embargo, existen muchas investigaciones en idioma holandés que no cuentan con traducción a alguno de los idiomas anteriores.

Otra dificultad que se presentó es que, al haber infinidad de información sobre la TE, se podría también tomar cada uno de los conceptos teóricos y realizar una revisión sistemática. Por motivos de tiempo y espacio, se optó por mostrar todos los cambios surgidos y no detenerse en profundidad en uno de ellos.

Como sugerencia para trabajos posteriores, se recomienda hacer una actualización de las técnicas de intervención de la TE, así como también, cómo afectó la actualización conceptual a nivel clínico, es decir, como eso modificó la forma de trabajo de los terapeutas.

Así mismo, en relación a los inventarios de esquemas, al realizar la memoria de grado, nos encontramos con que, existen nuevas versiones, que no fueron abordadas ya que excedían a la presente memoria, y que a su vez no todas las últimas versiones han sido traducidas y adaptadas a la lengua castellana y a nuestro continente.

Esperamos que la memoria de grado referente, sea especialmente de utilidad para estudiantes o profesionales que no conozcan el modelo, para que puedan comprender los antecedentes de la terapia, de dónde surge, cómo fue el proceso de consolidación, cuáles fueron las etapas por las que atravesó y como han ido evolucionando sus conceptos teóricos.

Referencias Bibliográficas

- Arntz, A. (2007) *New insights from therapy. Borderline trial*. Paper presented at the 2nd Congress of the International Society of Schema Therapy, Delft, September, 15-16.
- Arntz, A. (2010). Schema therapy for cluster-C personality disorders. In E. Roediger & G. A. Jacob (Eds.), *Fortschritte der Schematherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 36, 226–239.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). Schema therapy for borderline personality disorder. Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 16, 397–438. <http://dx.doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Arntz, A., & Young, J. E. (2006). *Schema mode inventory 2*. Internal document. Unpublished manuscript, Maastricht.
- Bailey, G. J. (1998). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Psychological Practice*, 4(1), 51-59.
- Ball, S.A. (1998) Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviour*, 23, 883-891
- Ball, S.A (2007) Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-321.
- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C. & O'Neill, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.

- Ball, S. & Young J.E (2000) Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281.
- Bamelis, L. L. M., Renner, F., Heidkamp, D., &Arntz, A. (2011). Extended Schema Mode Conceptualizations for Specific Personality Disorders: An Empirical Study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41-58. doi:10.1521/pedi.2011.25.1.41
- Baranoff, J., Oei, T., Seong, H.C., Seok-man, K. (2006) Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in a Korean and Australian sample. *Journal of Affective Disorders*, 93, 133-140.
- Bartlett, F.J. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529. doi: 10.1037/0033- 2909.117.3.497
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 169–183.
- Bricker, D., Young, J. E., and Flanagan, C. M. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In K. T. Kuehlwein, H. Rosen, K. T. Kuehlwein, H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 88-125). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

- Calvete, E., Estevez, A., Lopez de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form; structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90-99.
- Caro, I. (1997) *Manual de Psicoterapia Cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., ... Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ - L2) en población Colombiana. = Psychometric properties and structural validity of the Young Schema Questionnaire. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 37(3), 541-560. Recuperado de <file:///C:/Users/TEMP/Downloads/641-7741-1-PB.pdf>
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 344-357.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012) *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. New York: The Guilford Press
- Clark, D.M., Beck A.T. (1997) An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 49-58.
- Cordero, S., Tiscornia, M. (2008). Esquemas desadaptativos tempranos y Trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta*, 1.
- De Vega, M. (1984) *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

- Echeburúa E., de Corral P. (1999) Avances en el tratamiento Cognitivo conductual de los Trastornos de Personalidad. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 25(102) 585-614. Recuperado de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 3-26). Wiley-Blackwell.
- Falcone, E. M. O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1), 1-7. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a10.pdf>
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (1994) Emotional awareness training: a prerequisite to effective cognitive-behavioural treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioural Practice* 1(1), 72-92.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2010) Schema Therapy groups for borderline personality disorder patients: the best of both worlds for group psychotherapy: In *Fortschritte der Schematherapie [Advances in Schema Therapy]* (eds. E. Roediger and G. Jacobs), Gottingen: Hogrefe.
- Farrell, J., Shaw, I., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317–328. doi:10.1016/j.jbtep.2009.01.002
- Flanagan, C. M. (1993). Treating neurotic problems that do not respond to psychodynamic therapies. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(9), 824-826.
- Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 1–36. doi:10.1037/a0018815

- Gevezier, M. (2014) *Uma Análise Comparativa entre a Terapia Cognitiva De Aaron Beck e a Terapia Do Esquema de Jeffrey Young* (Tesis de Mestria) Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Recuperada de <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Melissa-Gevezier-Fioravante.pdf>
- Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., ... Arntz A. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized controlled trial of schema focused therapy vs. Transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
doi:10.1001/archpsyc.63.6.649
- Glaser, B., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35, 2 – 13.
- Glasser, W. (1969) *Reality Therapy*. New York: Harper & Row.
- Gluhoski, V.L. y Young, J.E. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En I. Caro (ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 223-234). Barcelona. Paidós
- Haaga, D.A., Dyck, M.J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215–236
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H., Haugum J.A., ...Holte, A. (2006) The structure of maladaptive schemas: a confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 627–644
- Horowitz, M. J. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: University of Chicago Press.

- James, I.A., Southam L. & Blackburn I.M. (2004) Schemas Revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11, 369–377. doi: 10.1002/cpp.423
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). *Biological bases of childhood shyness. Science*, 240, 167-171.
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal Of Clinical Psychology*, 35(3), 325-340. doi:10.1111/j.2044-8260.1996.tb01188.x
- Knapp, P., Beck A.T. (2008) Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451. doi: 10.1023/a:1018712202933
- Lindorff, D. (2001) a lecture by Barbara Hannah. *The Society of Analytical Psychology*, 46, 371-373.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Sieswerda, S. (2005) Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(3), 240-53. Doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.006
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76–85.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behavior Research and Therapy*, 46, 854–860.

- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437–458.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 41-66). Wiley-Blackwell.
- Lyraeos, D. G. (2014). The validity of Young Schema Questionnaire 3rd version and the Schema Mode Inventory 2nd version on the Greek population. *Psychology*, 5(5), 461-477. doi:10.4236/psych.2014.55056
- Maier, S. & Seligman, M. E. (1976) Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Masley S.A, Gillanders D.T, Simpson S.G. y Taylor M.A (2012). A Systematic Review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*. 41 (3) 185-2002.
- Maslow, A. (1962) *Toward a psychology of being*. New York: Van Norstrand.
- McGinn, L. K., Young, J. E., & Sanderson, W. C. (1995). When and how to do longer term therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 187-212. doi:10.1016/S1077-7229(05)80010-0
- Minsky. M. (1975) A framework for representing knowledge. In P. Winston (Ed.). *The psychology of computer vision*. New York: McGraw-Hill.

- Morrison, N. (2000) Cognitive Therapy for complex long-standing problems: a single case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 269-283.
- Nadort M., Arntz A., Smit J.H., Giesen-Bloo J., Eikelenboom M., Spinhoven P., ... van Dyck R. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behavior Research and Therapy* 47(11), 961-973.
doi:10.1016/j.brat.2009.07.013
- Newman, C. F. (1998). Cognitive therapy for borderline personality disorder. In L. Vande Creek, S. Knapp, T. L. Jackson, L. Vande Creek, S. Knapp, T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book*, 16, 17-38. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Nordahl, H.M & Nysaeter, T.E (2005) Schema Therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.007
- Oei, T. S., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal Of Psychology*, 59(2), 78-86.
doi:10.1080/00049530601148397
- Perris, C. (1997). Schema-focused integrative treatment of patients with schizophrenic disorder. In H. D. Brenner, W. Böker, R. Genner, H. D. Brenner, W. Böker, R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 94-105). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
- Perris, P., Young, J., Lookwood, G., Arntz, A. and Farrell, J. (2008a) Emotional Core Needs Inventory. Recuperado de www.cbti.se
- Perris, P., Young, J., Lookwood, G., Arntz, A. and Farrell, J. (2008b) Adaptive Behavioral Dispositions Inventory. Recuperado de www.cbti.se

- Perris, P., Young, J.E., and Lookwood, G. (2010) Reparenting Inventory. Recuperado de www.cbti.se
- Piaget, J. (1955) *The Child's construction of reality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rafaeli, E., Bernstein, D.P., & Young, J.E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Rijkeboer, M.M, Berg, H. van de, & Bout, J. van de (2005) Stability and discriminative power of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Rodríguez Vílchez, E. (2009) La Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17(1) 59-74. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/edgarrodriguez.pdf>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Personality Theory & Personality Measurement*, 261-295.
- Safran, J.D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105
- Salkovskis, P. M. (2012). *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (A. M. Serra, Trans. 2ª edição ed.). São Paulo: Casa Do Psicólogo.
- Schank R.C. & Abelson R.P. (1977). *Scripts, Plans, Goals and Understanding: An Inquiry into Human Knowledge Structures*, NJ: Erlbaum.
- 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, 295-321.
- Segal, Z.V. (1988) Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162

- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 188(1), 19-25.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (6), 787-802.
doi:10.1007/s10608-005-4291-6
- Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A. and Cakir, Z. (2009) Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20, 75-84.
- Sue D., Sue, D. y Stanley, S. (1996) Trastornos de personalidad y trastornos del control de impulsos. En *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Tiscornia, M. (2009) El modelo de la Terapia de Esquemas en el abordaje de pacientes difíciles. *Revista de la Sociedad uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC)*, 2.
- Valdés, M. (1998) Trastornos de Personalidad. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (ed. Vallejo J.) Barcelona: Masson.
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 27-40). Wiley-Blackwell.
- van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (Eds.) (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy, theory, research, and practice*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V. & Elliot, P. (2001) Core beliefs in bulimia nervosa and depression: the discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32, 139-153.
- Weissman, A.W., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Chicago, IL.
- Welburn, K., Coristine, M; Dagg, P; Pontefract, A & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519-530.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1994a). *Cognitive Therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E. (1994b) *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J.E. (1995) *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Disponible en <http://www.schematherapy.com/id54.htm>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E. (2016). Schema Therapy Inventories & Related materials, version 2.5. Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., Vreeswijk, M. F., van, (2007). *The Schema mode inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.

- Young, J. E., Arntz, A., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., & van Vreeswijk, M. F., (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York, USA: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Atkinson, T., Arntz, A., Engels, & Weishaar, M. (2005). *The Young Atkinson mode inventory (YAMI-PM,1B)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. and Brown, G. (1994a). Young Schema Questionnaire (2a ed.). En J. E. Young (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (ed. rev.). Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange.
- Young, J., & Brown, G. (1994b). *Young Schema Questionnaire – S1*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., and Brown, G. (2001) *Young Schema Questionnaire; Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E., and Brown, G. (2003a) *Young Schema Questionnaire; Long Form*. Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J.E., and Brown, G. (2003b) *Young Schema Questionnaire; Short Form, Version 3*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. & First, M. (1996). *Schema mode listing*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E. & First (2014). *Schema Mode Listing*. In Young J.E. (2016) *Schema Therapy Inventories & Related materials*, version 2.5. Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>
- Young, J., & Flanagan, C. (1998). Schema-focused therapy for narcissistic patients. *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. (ed. Ronningstam E.F), Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 239–268.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E (2003) *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E (2013) *Terapia de Esquemas: Guía Práctica*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Young, J.E. & Lindemann, M.D. (1992) An integrative schema focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 6, 11-24
- Young, J.E. & Rygh, J. (1994). Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI). New York: Cognitive Therapy Center. New York.

Anexos

Anexo 1: Esquemas Desadaptativos Tempranos

Desconexión y Rechazo (Disconnection & Rejection)

La expectativa de que las necesidades de uno de amor, seguridad, estabilidad, empatía, expresión de sentimientos, pertenencia social, espontaneidad, elogio y respeto no van a ser satisfechas en una forma consistente. La familia típica de origen es emocionalmente distante y restringida, es fría, carente de empatía, es crítica, es solitaria o abusiva y rechaza.

1. Privación emocional (Emotional Deprivation)

Expectativa de que los deseos de uno de un grado normal de soporte emocional y conexión no va a ser satisfecho por otros. Las tres formas principales de privación son:

- Privación de cuidados: ausencia de atención, afecto, calor o compañía.
- Privación de empatía: ausencia de comprensión, escucha, auto revelación o intercambio mutuo de sentimientos por otros.
- Privación de guía y protección: ausencia de fuerza, dirección o guía de otros.

2. Desconfianza/abuso (Mistrust/Abuse)

La expectativa que otros van a lastimar, abusar, humillar, engañar, mentir, manipular o tomar ventaja de uno. Normalmente involucra la percepción de que el daño es intencional, o el resultado de una negligencia extrema e injustificada. Puede tener la sensación de que uno siempre va a terminar siendo engañado por otros.

3. Inhibición emocional (Emotional Inhibition)

Inhibición excesiva de la acción, sentimientos o comunicación espontáneas, normalmente para evitar la desaprobación de los otros, los sentimientos de vergüenza, o la pérdida de

control de los impulsos de uno. Las áreas más comunes de inhibición envuelven: (a) inhibición de la ira o agresión; (b) dificultad de mostrar afecto o amor; (c) dificultad de compartir sentimientos privados o discutir temas emocionales; (d) inhibición de impulsos positivos (e.g., disfrute, excitación sexual, juego); (e) dificultad de expresar vulnerabilidad, o comunicar los sentimientos y necesidades a los otros, o (f) énfasis excesivo en la racionalidad mientras se desatienden las emociones.

4. Imperfección/vergüenza (Defectiveness/Shame)

Sentimiento de que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en muchos aspectos importantes; o que uno no sería digno de ser amado por otros significativos si se expone. Puede involucrar hipersensibilidad a la crítica, rechazo y culpa; autoconciencia, comparación, e inseguridad alrededor de otros; o el sentido de vergüenza respecto a los defectos de uno. Estos defectos pueden ser privados (eg., egoísmo, impulsos agresivos, deseos sexuales inadmitidos) o públicos (eg., apariencia física no atractiva, torpeza social).

5. Aislamiento social/Alienación (Social Isolation/Allienation)

El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás, y/o no parte de ningún grupo o comunidad. Puede incluir la sensación de que uno es un marginado, no encaja, o ha sido excluido por un grupo, comunidad, o el mundo en general.

Deterioro en Autonomía y Ejecución (Impaired Autonomy & Performance)

Expectativas sobre uno mismo y del ambiente que interfieren en la habilidad percibida

de funcionar independientemente todos los días de la vida, realizarse con éxito en áreas de logro, y expresar libremente las propias necesidades y sentimientos. Generalmente envuelve el miedo a ser abandonado y dejado solo, y una fuerte sensación de que el mundo es peligroso. La familia típica de origen debilita la auto-confianza del niño, es sobreprotectora, enmarañada, falla en reforzar el éxito, es altamente controladora, está focalizada extraordinariamente en un peligro irreal e invalida cuando el niño expresa sus propios sentimientos y necesidades.

6. Dependencia/Incompetencia (Dependence/Incompetence)

Creencia de que uno no es capaz de manejar las responsabilidades de todos los días en una manera competente, sin una ayuda considerable de otros (e.g., cuidar de uno mismo, resolver los problemas diarios, ejercitar un buen juicio, lidiar con tareas nuevas, tomar buenas decisiones). Frecuentemente presenta impotencia o ansiedad, especialmente en situaciones nuevas.

7. Abandono/Inestabilidad (Abandonment/Instability)

Un miedo exagerado de que las personas en las que uno se basa para obtener seguridad, conexión y ayuda, de repente va a abonarme por siempre, dejarme solo por un largo tiempo, o que no va a estar disponible cuando lo necesite. El miedo al abandono puede ser exacerbado por el sentimiento de que uno no va a poder sobrevivir o funcionar en la vida sin la ayuda de otro significativo. A menudo envuelve la expectativa de que los otros no va a estar disponibles para darme soporte emocional, fuerza o protección de forma continua y consistente. Otros pueden ser vistos como inestables emocionalmente, impredecibles, poco confiables o no disponibles consistentemente.

8. Vulnerable al daño o a la enfermedad (Vulnerability to Harm or Illness)

Miedo exagerado a que una catástrofe inminente ocurra en cualquier momento, y que uno va a estar imposibilitado a prevenirla. El miedo se focaliza en uno o más de los siguientes: (a) catástrofe médica: e.g., ataques al corazón, SIDA; (b) catástrofes emocionales: e.g., volverse loco, perder el control emocional; (c) catástrofes externas: e.g., colapso del ascensor, victimización por criminales, choque de aviones, terremotos.

9. Apego confuso/ yo inmaduro (Enmeshment/ Undeveloped Self)

Excesiva implicación y proximidad emocional con una o más personas significativas (a menudo padres o compañeros) a expensas de la individualización plena y del normal desarrollo social. A menudo conlleva la creencia de que, como mínimo, uno de los individuos a los que se siente unido no podrá sobrevivir ni ser feliz sin el constante apoyo del otro. También puede incluir sentimientos de asfixia o fusión con los demás, o también de insuficiente identidad individual. Muchas veces se experimenta como un sentimiento vacío o fracaso como de carecer de sentido o, en casos extremos, de cuestionar la propia existencia.

10. Fracaso (Failure)

La creencia de haber fracasado, de fracasar en el futuro o de ser, básicamente, un compañero inadecuado para los propios amigos en áreas de logro (académico, profesional, deportivo, etc.). Muchas veces conlleva creencias relativas a que uno es estúpido, inepto, de un estatus inferior, con menos suerte que los demás, etc.

11. Subyugación/Invalidéz (Subjugation/Invalidation)

Excesiva rendición al control de los otros por sentirse cohesionado y por el miedo

irracional a las consecuencias negativas de afirmar los propios derechos o expresar sentimientos (como ira, crítica, represalias, o abandono por el subyugador). Muchas veces conlleva la percepción de que los deseos, sentimientos u opiniones propias no son válidos o importantes para los otros. Las dos formas principales de subyugación son:

- a. Subyugación de necesidades: supresión de las propias preferencias, derechos, necesidades y deseos.
- b. Invalidación de emociones: supresión de las propias emociones, porque se espera que los sentimientos propios serán descontados, ignorados, criticados, o no tomados en serio por los demás; o que habrá alguna especie de castigo o rechazo de los otros por expresar los sentimientos.

Frecuentemente se presenta a modo de un excesivo cumplimiento, combinado con hipersensibilidad a sentirse atrapado o controlado. Generalmente lleva a sentir ira, manifestada en síntomas desadaptativos (e.g., comportamiento pasivo-agresivo, estallidos incontrolados de malhumor, síntomas psicósomáticos, retirada del afecto, “acting out” o abuso de sustancias).

Limites deficitarios (Impaired limits)

Deficiencia en límites internos, responsabilidad con otros, u orientación a metas a largo plazo. Conlleva a dificultades en respetar los derechos de los otros, en cooperar con otros, en comprometerse, en controlar los propios impulsos y emociones, o establecer y realizar metas personales realistas. Algunos de estos individuos se sienten con derechos especiales y otros pueden carecer de control de impulsos o ser indisciplinados. La familia típica de origen se caracteriza por ser permisiva, ser indulgente en exceso, carecer de determinación, falta de aplicación de normas adecuadas, o de tener una sensación de superioridad. Los padres típicos no proveen suficiente confrontación, disciplina, consecuencias negativas, y puesta de límites

en lo concerniente a tomar responsabilidades, cooperar en una forma recíproca, restricción de impulsos y establecer objetivos, seguir reglas sociales y posponer recompensas a corto plazo a fin de lograr metas a largo plazo. En algunos casos, el niño puede no haber sido animado a tolerar niveles normales de malestar o ha podido carecer de supervisión, dirección o normas adecuadas.

12. Grandiosidad/Autorización (Entitlement/ Gradiosity)

La creencia de que uno es superior a los demás, le corresponden determinados derechos y privilegios y está autorizado a no seguir reglas de reciprocidad que guían las interacciones sociales normales. Muchas veces conlleva la insistencia de que uno debería ser capaz de hacer o tener lo que quiere, independientemente de que sea o no realista, o de que para los demás sea razonable o socialmente aceptable, o a costa del sufrimiento de los demás. Frecuentemente se caracteriza por un foco exagerado en superioridad (e.g., permanecer a los más exitosos, famosos, ricos) normalmente para alcanzar poder, control, atención o admiración. A veces incluye excesiva competencia, con, envidia hacia los otros. Estos individuos muchas veces dominan y controlan el comportamiento de los otros en línea con los propios deseos, sin empatía o preocupación por las necesidades y deseos del otro.

13. Insuficiente auto-control/auto-disciplina (Insufficient self-control/self-discipline)

Incapacidad generalizada y negativa a ejercer suficiente autocontrol, autodisciplina, e intolerancia a la frustración por alcanzar las metas de uno mismo de retener las propias emociones inadecuadas y los deseos inmediatos. Estos individuos generalmente son impulsivos y tienen dificultades en posponer placeres inmediatos. Pueden también, perder el control de sus emociones y expresarlas inadecuadamente. A veces conlleva la dificultad de permanecer focalizado en una sola tarea, especialmente si es aburrida o desagradable, a pesar

de los beneficios a largo plazo. (Este esquema, no incluye comportamiento adictivo o compulsivo, a no ser que estén acompañados de una incapacidad generalizada con la autodisciplina en una amplia gama de situaciones)

Excesiva Responsabilidad y Estándares (Excessive Responsibility & Standards)

Excesivo énfasis en cumplir normas estrictas e internalizadas y expectativas acerca de la propia actuación en muchos aspectos de la vida. Esto puede incluir el foco excesivo en la responsabilidad con otros, en el orden, en el deber, o en el comportamiento propio, muchas veces a expensas de la propia felicidad, la autoexpresión, relajación o salud. La familia típica de origen es crítica demandante, y algunas veces punitiva, con muy altos estándares; o la expectativa de que el niño debe sacrificar sus propias necesidades la mayoría del tiempo para cuidar a otros. Puede conllevar a sentirse culpable o egoísta cuando participa en actividades positivas y que disfruta solamente para sí mismo. Logros excepcionales, cumplimiento de reglas, perfeccionismo, cuidado de otros a expensas de sí mismo, adherencia rígida a principios éticos y morales, seguimiento de reglas, "estoicismo", evitación de problemas por encima del placer, el disfrute y el placer. Algunos individuos esperan que otros satisfagan sus propios sentidos demandante de responsabilidad y estándares irreales.

14. Autosacrificio (Self-sacrifice)

Foco excesivo en, voluntariamente, satisfacer las necesidades de los otros en situaciones diarias, a expensas de la propia gratificación. Las razones más comunes son: para prevenir causar daño a los otros; para evitar la culpa de sentirse egoísta; o para mantener conexión con los demás percibida como necesidad. Muchas veces resulta de altos estándares relacionados a

la sobre responsabilidad con los otros, a pesar del costo que eso tiene en uno mismo. A veces resulta de la sutil sensibilidad al sufrimiento de los otros, o de una creencia implícita de que cuidar a otros es más importante ética y moralmente que el autocuidado. algunas veces lo lleva a sentir que sus propias necesidades no están siendo adecuadamente satisfechas, y el resentimiento con aquellos a los que están siendo cuidados.

15. Estándares implacables/ Hiper criticismo (Unrelenting Standards/Hypercriticalness)

La creencia subyacente de que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altamente internalizados de comportamiento y actuación, usualmente para evitar críticas y vergüenza. Típicamente resulta en sentimientos de presión; dificultad en reducir la velocidad; y la hipercritica hacia uno mismo y hacia los demás. Para ser considerado un esquema desadaptativo, el individuo debe demostrar incapacidad significativa en: placer, relajación, salud, autoestima, sensación de logro, actuación, sensación de bienestar, o relaciones satisfechas con otros.

Estándares implacables se presenta típicamente con:

(a) **perfeccionismo**, atención extraordinaria a los detalles, o la subestimación sobre cuán buena es la propia actuación en relación a la norma; (b) **reglas rígidas** y "deberías" en muchas áreas de la vida, tal como principios altamente irreales morales, éticos, culturales o religiosos; o (c) preocupación por el **tiempo y la eficiencia**, por lo que se puede lograr más, o (d) una sensación de ser **conducido por lograr y alcanzar** en un nivel muy alto, muchas veces en varias áreas de la vida.

Esquemas sin clasificar*

16. Búsqueda de aprobación/reconocimiento (Approval-Seeking/ Recognition-Seeking)

Énfasis excesivo en ganar aprobación, reconocimiento, o atención de los demás, o en encajar, a expensas del desarrollo personal de la seguridad y el sentido común. Sensación de que la estima depende primeramente de las reacciones de los demás antes que las propias inclinaciones. A veces incluye un sobre énfasis en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero y los logros, para ganar aprobación, admiración, o atención (no primariamente para tener control o poder). Muchas veces conlleva la alta preocupación en la aprobación de los otros que lo lleva a cambiar en consecuencia para complacer. Frecuentemente influye en la toma de decisiones fundamentales de la vida que se vuelven no auténticas e insatisfechas; o una hipersensibilidad al rechazo.

17. Negativismo/ Pesimismo (Negativity/ Pessimism)

Un foco profundo y permanente en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdidas, decepción, conflictos, culpa, resentimiento, problemas sin resolver, errores potenciales, traición, cosas que pueden salir mal, etc.), mientras se minimizan los aspectos positivos u optimistas. Normalmente conlleva a exagerar las expectativas (en una amplia gama de trabajos, finanzas o situaciones interpersonales) de que las cosas van a salir mal seriamente, o que las cosas que parecen ir bien eventualmente van a fracasar. Usualmente envuelve un miedo exagerado a cometer errores que pueden llevar a: colapso financiero, pérdida, humillación, o estar atrapado en una situación mala. Ya que los resultados potencialmente negativos están exagerados ("catastrofizados") estos pacientes están caracterizados frecuentemente por preocupación crónica, ansiedad constante, vigilancia permanente, queja e indecisión.

18. Castigo (Punitiveness)

La creencia de que uno debe ser duramente castigado por cometer errores. Conlleva a la tendencia a estar enojado, intolerante, punitivo, e impaciente con aquellas personas (especialmente uno mismo) que no cumplen con altas expectativas o estándares.

Normalmente incluye la incapacidad para perdonar errores en uno mismo o en los otros, porque la reticencia a considerar las circunstancias extenuantes, permitidas por las imperfecciones humanas, o empatizar con los sentimientos. Los individuos demuestran típicamente un tono de voz degradante, desdeñoso, o insignificante hacia la persona que parece merecer el castigo, incluyéndose a sí mismos. (El autocastigo es probablemente la forma más común de este esquema, especialmente en cuestiones de salud mental).

*Hemos agrupado 15 de los esquemas en 4 "grupos de esquema", basados primariamente en estudios de análisis factoriales del YSQ. Estos 4 grupos de primer orden no son considerados suficientes para categorizarlos como factores, pero ellos representan los resultados de la mayoría de las investigaciones. En nuestra teoría más reciente, los 4 grupos de primer orden reemplazan los Dominios de Esquema originales.

Estos 3 esquemas sin clasificar, fueron adicionados en la 3era edición del YSQ. No hay suficientes investigaciones todavía sobre como estos, se agrupan con los demás esquemas.

Fuente: Young, J.E. (2016). Schema Therapy Inventories & Related materials, version 2.5.

Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>

Anexo 2: Estilos de Afrontamiento Desadaptativos

Rendición

1. Dependencia, Conformidad

Depende de otros, se rinde, busca afiliación, es pasivo, sumiso, evita conflictos y es complaciente.

Evitación

2. Retracción social, Autonomía Excesiva

Afronta a través del aislamiento social, la desconexión y la retracción. Prefiere demostrar un foco exagerado en la independencia y autosuficiencia antes que tener que involucrarse con los otros. A veces se retrae a través de actividades privadas excesivas como ver televisión, leer, jugar a la computadora o trabajar solo.

3. Búsqueda compulsiva de Estímulo

Busca emoción o distracción, a través de compras compulsivas, sexo compulsivo, juego, actividades de riesgo, actividad física, novedad, etc.

4. Adictivo

Evita a través de adicciones que involucran al cuerpo, como alcohol, drogas, comida, masturbación excesiva, etc.

5. Retracción psicológica

Afronta mediante la disociación, el entumecimiento, la negación, la fantasía u otras maneras internas de escape psicológico.

Contra-ataque (Sobre compensación)

6. Agresión, Hostilidad

Sobre compensa desafiando, abusando, culpando, atacando o criticando a otros.

7. Dominancia, Autoafirmación

Controla a otros utilizando medios directos para lograr objetivos.

8. Búsqueda de reconocimiento y de estatus

Sobre compensa mediante impresión, altas expectativas, estatus, búsqueda de atención, etc.

9. Manipulación, Explotación

Satisface sus necesidades a través de la manipulación encubierta, seducción, deshonestidad o engaño.

10. Pasividad-Agresividad, Rebeldía

Se muestra abiertamente conforme mientras castiga a otros, o se rebela encubiertamente por medio de procrastinación, retraso, quejas, no actuación, etc.

11. Orden excesivo, Obsesividad

Mantiene un orden estricto, un fuerte auto-control, un alto nivel de predicción por medio del orden y la planificación, excesiva adherencia a la rutina o rituales, o precaución indebida.

Fuente: Young, J.E. (2016). Schema Therapy Inventories & Related materials, version 2.5.

Schema Therapy Institute. Recuperado de <http://www.schematherapy.org/>

Anexo 3: Modos de esquema

Modos de Niño

1. Niño Vulnerable

El paciente cree que nadie puede satisfacer sus necesidades y que todos eventualmente lo van a abandonar. Desconfía de los otros y cree que van a abusar de él. Se siente desvalorado y espera rechazo. Esta avergonzado d sí mismo y se siente excluido. Se comporta como un niño pequeño y vulnerable que depende del terapeuta para que lo ayude porque se siente solo y cree que está en peligro

2. Niño enojado

Se siente intensamente enojado, enfurecido e impaciente porque sus necesidades no están siendo satisfechas. Se puede sentir abandonado, humillado o traicionado. Expresa su ira en manifestaciones extremas, verbales, y no verbales. Como un niño pequeño que tiene un berrinche

3. Niño enfurecido

Se siente enfurecido por la misma razón que el niño enojado, pero pierde el control. Se expresa en acciones ofensivas y perjudiciales hacia personas y objetos de la misma forma que un niño pequeño lastima a sus padres.

4. Niño impulsivo

Quiere satisfacer sus deseos en una forma egoísta y descontrolada. No puede controlar sus sentimientos e impulsos y se enfurece cuando sus deseos e impulsos no son satisfechos. Se comporta como un niño malcriado.

5. Niño indisciplinado

No tiene tolerancia a la frustración y no se puede forzar a terminar rutinas o tareas aburridas. No soporta insatisfacción o desconfort (dolor, conflicto, sobreesfuerzo). Se comporta como un niño malcriado.

6. Niño contento

Se siente amado, satisfecho, protegido, entendido, validado, tiene autoestima y se siente competente, autónomo, y controlado. Puede reaccionar espontáneamente, aventurero y optimista. Se comporta como un joven contento.

Modos de afrontamiento desadaptativos

7. Rendidor sumiso

El paciente se rinde a los deseos de otros para evitar consecuencias negativas. Suprime sus necesidades o emociones y agresiones. Se comporta como subordinado y pasivo y espera ganar aprobación por ser sumiso. Tolerancia el abuso de otros.

8. Protector aislado

Suprime sentimientos fuertes porque cree que esos son peligrosos y se le pueden ir de las manos. Se aísla de contactos sociales y trata de cortar con esos sentimientos (a veces genera disociación). Se siente vacío, aburrido, despersonalizado. Adopta una actitud cínica o pesimista.

9. Auto tranquilizador aislado

Busca distracción para no sentir emociones negativas. Lo logra a través de conducta calmante (dormir, abuso de sustancias) o actividades auto estimulantes (fanático del trabajo, sexo o deporte)

Modos de sobre compensación

10. Auto engrandecido

Se siente superior a otros y merecedor de un trato especial. Insiste en que debería tener y hacer lo que quiera, por encima de lo que los otros piensen. Denigra a los otros para aumentar su autoestima.

11. Intimida y ataca

Quiere prevenir ser controlado o lastimado por otros, tratando de controlar. Usa amenaza, intimidación, agresión, y fuerza. Dominante. Siente placer sádico lastimando a otros.

Modo desadaptativos de padre

12. Padre punitivo

Es agresivo, intolerante, impaciente y no se perdona a si mismo. Es autocrítico y se siente culpable. Se siente avergonzada y cree que debe ser castigado. Es un reflejo de lo que unos de los padres o educadores solían decirle al paciente para desvalorizarlo o castigarlo.

13. Padre demandante

Se siente que debe seguir reglas rígidas, normas o valores. Estas normas son internalizadas por los padres. Debe ser extremadamente eficiente en cumplir esto. Siente que lo que hace nunca es suficiente y se debe esforzar duro. Persigue un estándar muy alto hasta que sea perfecto. A expensas del placer y otras cosas nunca está satisfecho.

Modo Adulto

14. Adulto Sano

El paciente tiene pensamientos y sentimientos positivos y neutros sobre sí mismo. Piensa que son buenos para él, y lo conducen a relacionamiento y actividades sanas. El modo de adulto sano no es desadaptativo.

Modos no investigados aún

15. Protector enojado

El paciente usa una pared de enojo para protegerse de los otros, considerados como amenaza. Se mantiene distante segura de los otros con una gran pantalla de rabia. Sin embargo, la ira está más controlada que en los modos de niño enojado y niño enfurecido.

16. Sobre controlador obsesivo

El paciente trata de protegerse de amenazas reales o supuestas, teniendo todo bajo control extremo. Recurre a repeticiones o rituales para alcanzar esto.

17. Paranoide

El paciente trata de protegerse de amenazas reales o supuestas, conteniendo a otros y exponiendo sus intenciones reales.

18. Estafador y manipulador

El paciente, engaña, miente o manipula a los otros para conseguir un objetivo específico, el propósito de esto es victimizar a otros o evitar el castigo.

19. Depredador

El paciente elimina amenazas, rivales, obstáculos o enemigos en una forma despiadada, calculada y fría.

20. Buscador de atención

El paciente trata de buscar atención y aprobación de los otros, mediante conductas exageradas, erotomanía o grandiosidad.

Fuente: Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012, pp. 33-35

Anexo 4:

Tabla de Esquemas Desadaptativos Tempranos, Necesidades Emocionales Básicas en las relaciones, Esquemas Adaptativos Tempranos y Disposiciones Conductuales Adaptativas

Esquemas Desadaptativos Tempranos	Necesidades Emocionales Básicas en las relaciones	Esquemas Adaptativos Tempranos	Disposiciones Conductuales Adaptativas
Abandono/ Inestabilidad	Apego a una figura estable y predecible emocionalmente	Apego estable	Encontrar y mantener relación con otros que estarán allí cuando lo precise de manera predecible, y no se irán.
Desconfianza/abuso	Honestidad, Confianza, Lealtad y ausencia de abuso	Confianza básica	Confía en las intenciones de los otros y les da el beneficio de la duda, y lo balancea con un nivel razonable de precaución
Privación Emocional	Calidez y afecto, empatía, protección, guía y compartir mutuamente las experiencias personales	Satisfacción Emocional	Desde las relaciones íntimas, con otros significativos, que incluye revelar necesidades privadas, sentimientos y pensamientos, y compartir amor y afecto.
Inhibición Emocional	Un otro significativo, que puede ser juguetón y espontáneo, que te invita a ser igual a ti y a otros, y te alienta a expresar las emociones y hablar sobre los sentimientos	Apertura emocional y espontaneidad	Expresa y discute las emociones libremente; se comporta y responde espontáneamente, sin inhibición cuando sería apropiado
Defectuosidad/Vergüenza	Aceptación incondicional y amor, por el yo público y privado en la cantidad necesaria y la ausencia de crítica o rechazo continuo. Se anima a compartir la duda de sí mismo y no lo oculta a los otros	Auto aceptación/ capacidad de amar	Se acepta a sí mismo y es compasivo consigo mismo y genuino y transparente con los otros
Aislamiento social/Alienación	Inclusión y aceptación a la comunidad con intereses y valores comunes	Pertenencia social	Busca y se conecta con grupos sociales que comparten los mismos intereses y

Fracaso	Apoyo y guía desarrollando dominancia y competencia en áreas de logro (educación, vocación y recreación)	Éxito	valores y tienen la habilidad de encontrar similitudes y gustos comunes con los otros Logro de metas significativas (educación, trabajo y recreación)
Vulnerabilidad al daño/enfermedad	Un otro significativo y reconfortante quien equilibra la preocupación razonable por el daño y la enfermedad con un sentido de manejabilidad del riesgo, y modela actuando apropiadamente sin excesiva preocupación o sobreprotección	Seguridad básica y salud	Tiene un sentido realista de seguridad y resiliencia física, y entra en situaciones libremente si no involucran daño físico y responde con calma a los síntomas físicos menores. Es confidente y proactivo respecto a los riesgos relacionados al daño y la enfermedad
Dependencia/ Incompetencia	Desafío, apoyo y guía en el aprendizaje de la toma de decisiones del día a día, en el quehacer y en los problemas de uno mismo, sin la ayuda excesiva de otros.	Autosuficiencia sana/ Competencia	Maneja los quehaceres del día a día y decisiones, sin depender excesivamente de otros, junto con la habilidad de buscar ayuda cuando la necesita (siendo “independiente pero conectado”)
Apego confuso y/o inmaduro	Otro significativo que acepta y promueve que uno tenga una identidad propia y dirección en la vida propia, y que respete los límites personales	Asertividad/ Autoexpresión	Expresa necesidades, sentimientos y deseos en las relaciones con otros, incluso cuando difiera o esté en conflicto con los de otros significativos, al mismo tiempo permanece abierto al compromiso
Autosacrificio	Balance en la importancia de las necesidades de cada uno. La culpa no es utilizada para controlar las expresiones y consideraciones de las necesidades de uno mismo.	Autointerés/ Autocuidado sanos	Trata las necesidades propias como no menos importantes que las de otros, y encuentra el balance perfecto entre satisfacer sus necesidades y ayudar a otros
Estándares implacables/ Hipercriticismo	Guía en el desarrollo de estándares e ideales apropiados (no tan bajos, rígidos o extremos) balanceando metas de desempeño con la satisfacción de las necesidades de los otros (salud, intimidad, relajación) junto con una	Estándares y expectativas realistas	Adopta estándares flexibles a las habilidades de uno y a las situaciones, y se perdona sus propias fallas e imperfecciones

Derecho/ Grandiosidad	actitud de perdón hacia los errores e imperfecciones Guía y pone límites empáticos, para aprender de las consecuencias que tiene en los otros sus acciones, y empatizar con las perspectivas, derechos y necesidades de otros. No está hecho para sentirse superior o hacer demandas poco realistas.	Respeto y consideración empática por los otros	Tiene en cuenta la perspectiva de los otros, muestra consideración y respeto por sus necesidades y sentimientos, y se siente con el mismo valor que los otros
Autocontrol/ autodisciplina insuficiente	Guía y firmeza empática en postergar placer a corto plazo, en completar las rutinas, responsabilidades del día a día y cumple metas a largo plazo. Fija límites en la expresión de las emociones que están fuera de control, son inapropiadas o impulsivas	Autocontrol y disciplina sanos	Posterga gratificaciones de corto plazo e impulsos inmediatos por el bien de las responsabilidades propias y de los otros y las metas a largo plazo propias.

Texto extraído de Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, M. van Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 41-66). Wiley-Blackwell.

Anexo 5

Relaciones entre modos y los Trastornos de personalidad según resultados teóricos de Arntz y Young (2006) y los resultados empíricos de Lobbestael, van Vreeswijk, y Arntz (2008).

Trastorno de Personalidad	Modos relacionados según resultados Teóricos	Modos relacionados según resultados empíricos
Paranoide	Niño abandonado/abusado	Niño enfurecido
	Niño enojado	Intimidar y atacar
	Sobre controlador sospechoso	
	Protector evitativo	
Histriónico	Niño impulsivo	
	Niño indisciplinado	
	Niño abandonado y abusado	
	Buscador de atención y aprobación	
Narcisista	Niño enojado	Intimidar y atacar
	Niño enfurecido	
	Niño solitario	
	Auto engrandecido	
	Auto tranquilizador aislado	
Evitativo	Niño solitario	Niño indisciplinado

	Rendidor complaciente	
	Protector evitativo	
	Protector aislado	
	Padre punitivo	
Dependiente	Padre dependiente	Niño abandonado/abusado
	Rendidor complaciente	Niño indisciplinado
	Padre punitivo	
Obsesivo compulsivo	Niño solitario	Auto tranquilizador aislado
	Sobre controlador perfeccionista	Auto engrandecido
	Padre demandante	
	Padre punitivo	

Fuente: Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz, 2011, p.42