



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

**Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Facultat de Medicina**

**El Esquema como organizador de la personalidad y sus
trastornos: Estudio Psicométrico de la Adaptación Española del
*Young Schema Questionnaire-Short Form***

**Tesis doctoral presentada por
Jordi Cid Colom**

Director: Dr. Rafael Torrubia Beltri

Barcelona, Diciembre 2015

.....Dicho esto, debo decir que me cuesta comprender cómo un hombre que se respeta a sí mismo puede evitar durante mucho tiempo la responsabilidad de las acciones cometidas. Aunque no sea fácil, reconciliarse con los errores que hayamos podido cometer a lo largo de nuestra vida siempre produce satisfacción y orgullo. Mucho más si se trata de errores que cometimos de buena fe. Lo que de verdad es vergonzoso es no poder o no querer reconocerlos.

Kazuo Ishiguro. Un artista del mundo flotante.
Compactos anagrama (Londres.1986)

AGRADECIMIENTOS

Un agraïment molt especial a totes aquelles persones que de manera directa i indirecta han fet que cada cop em planteji millorar dia a dia no sols en la meva professió, si no com a persona.

Comencem pels protagonistes, aquells pacients que van donar fer confiança participant a l'estudi.

En l'àmbit professional, he de començar per en Toni Tejero, per ser el meu mestre en la pràctica clínica, e introduir-me en aquests món de la Teràpia d'Esquemes.

A en Jeff Young per creure en mi, pel seu suport incondicional, i per aquell càlid consell "be patient".

A tots els companys/es de la Unitat de Conductes Addictives, del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Sant Pau, de la Universitat de Barcelona, de l'Institut Pere Mata, de la Universitat Autònoma de Barcelona, del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, i de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona que m'han acompanyat i que han donat suport en aquests i altres projectes que he plantejat. Especialment, a en Claudi Camps.

A l'Albert Bonillo, Maria Luisa Roderó i Carlos Garcia per ajudar-me en els anàlisis de dades, en el mètode, en fer que aquest estudi tingui més qualitat i rigor.

A en Rafa Torrubia pel seus ànims constants, paciència, guia, i sobretot per aquest estil tan humà i cordial d'ensenyar i de trasmetre't el coneixement.

Per últim, un record molt carinyós per aquelles persones que formen part de la meva intimitat com a ésser humà, que m'han donat suport, estimat, aguantat, ajudat i m'han fet riure en els moments de defalliment. Coses com "és com la Sagrada Família, mai s'acaba", "que faràs sense tesis", "no sé si et coneixerem ara que aquest projecte ha arribat al seu destí". Gràcies als meu pares, en Manel i la Rosa perquè sóc qui sóc gràcies al que van sembrar, a la Yolanda i a les meves nenes, la Júlia i la Maria.

ÍNDICE GENERAL

Abreviaturas

I. MARCO TEÓRICO

1. Trastornos de Personalidad: Conceptos y Controversias	2
1.1. Los sistemas de clasificación de los Trastornos de la Personalidad	2
1.2. Los modelos dimensionales	13
1.3. El modelo alternativo DSM-5 para los TP	18
2. Terapia psicológicas para los Trastornos de la Personalidad	20
3. La Modelo Teórico de la Terapia de Esquemas	25
3.1. Introducción	25
3.2. Concepto de Esquemas Precoces Desadaptativos	28
3.4. Las Dimensiones de Esquemas Precoces Desadaptativos	35
3.5. Estilos de Afrontamiento Desadaptativos	40
3.6. Los Modos de Esquemas	42
3.7. La conceptualización de los T Personalidad con la Terapia Esquemas	42
3.8. La evaluación esquemas mediante cuestionarios	43
4.Estado de la investigación empírica de los esquemas utilizando el Cuestionario de Esquemas de Young	47
4.1. Introducción	47
4.2. Resumen de las Propiedades Psicométricas de la la versión original del Cuestionario de Esquemas de Young. CEY-L	49
4.3. Estudios de las Propiedades psicométricas de la versión reducida del Cuestionario de Esquemas de Young. CEY-VR	53
4.3.1. Análisis Factorial Exploratorio del CEY-VR	54
4.3.2. Análisis Factorial confirmatorio del CEY-VR	56
4.3.3. Consistencia Interna del CEY-VR	64
4.3.4. Estabilidad temporal del CEY-VR	65
4.4. Resumen de las Propiedades psicométricas de la tercera versión del Cuestionario de Esquemas de Young. CEY-S3	66

4.5. Estudios del uso de las versiones del CEY en población clínica	68
4.5.1. Estudios de diferencias de género	69
4.5.2. Estudios en síntomas psiquiátricos y psicológicos	71
4.5.3. Estudios en trastornos depresivos	72
4.5.4. Estudios en trastornos ansiedad	79
4.5.5. Estudios de trastornos por uso de sustancias	82
4.5.6. Estudios de personalidad y trastornos de la personalidad	87
4.6. Estudios de Sensibilidad al Cambio	101
4.7. Propiedades Psicométricas de los Cuestionarios de Esquemas de Young: Resumen crítico y aspectos de mejora.	104

II. PLAN EXPERIMENTAL

1. Introducción Planteamiento Experimental	105
2. Objetivos e Hipótesis	109
3. Método	113
3.1. Participantes	113
3.2. Material	114
3.3. Procedimiento	123
3.4. Análisis de Datos	127

III. RESULTADOS

1. Características clínicas y sociodemográficas de la muestra	135
2. Estadísticos Descriptivos del CEY-VR	140
3. Análisis de la fiabilidad	
3.1. Consistencia interna (Alfa)	141
3.2. Test-retest	141
4. Análisis de Validez	
4.1. Validez estructural	143
4.1.1. Correlaciones entre escalas	143
4.1.2. Análisis factorial confirmatorio	146
4. 2. Validez externa	
4. 2. 1. Validez de Criterio	

4. 2.1.1. CEY-VR y trastornos de la personalidad	152
Diagnóstico clínico	153
Los esquemas como predictores PDQ-4+	155
Los esquemas como predictores TP	156
4.2.1.2. CEY-VR en función de la gravedad del los TP (Tyrer)	162
4.2.1.3. Validez incremental del CEY-VR en la predicción de trastorno de la personalidad	165
4.2.1.4. Sensibilidad al cambio	173
4. 2. 2. Convergente y discriminante	178
4. 2. 2. 1. CEY y variables de personalidad	178
Escala de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa	178
Escala de Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la recompensa	180
Escala de Personalidad de Karloninksa	182
Escala de Impulsividad de Barrat	184
4. 2. 2. 2. CEY y variables psicopatológicas	186
Síntomas depresivos:	
Inventario Depresión de Beck	186
Síntomas clínicos: Escala SCL-90-R	187
Actitudes disfuncionales:	
Escala Actitudes Disfuncionales	188
Autoestima:	
Escala de Autoestima de Rosenberg	189
Deseo de consumir:	
Escala Multidimensional de Craving De alcohol	190
4. 2. 2. 3. CEY y variables sociodemográficas	
Edad	193
Diferencias género	193
Estado Civil	194
Estudios	194
Situación Laboral	194

4. 2. 2. 4. CEY y variables clínicas, funcionales.	
Tratamiento farmacológico	195
Antecedentes personales psiquiátricos	196
Antecedentes familiares psiquiátricos	198
Resultados e impacto de Trastorno Mental: <i>Health of National Outcome Scales.</i>	198
Funcionalismo: EEAG y EEALS	199
4. 2. 2. 5. Perfiles de esquemas en psicopatología del Eje I	202
4.3.2. Validez incremental incremental del CEY-VR en la predicción de las variables psicopatológicas con respecto a variables de personalidad	205
V. DISCUSIÓN	211
VI. CONCLUSIONES	251
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	254
VIII. ANEXOS	275

Abreviaturas

T	Trastorno Mental
TE	Terapia de Esquemas
TP	Trastorno de la Personalidad
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
CEY	Cuestionario de Esquemas de Young
CEY-L	Cuestionario de Esquemas de Young versión original
CEY-VR	Cuestionario de Esquemas de Young versión reducida
CEY-S3	Cuestionario de Esquemas de Young tercera versión
CEY-L3	Cuestionario de Esquemas de Young tercera versión-extensa
PANAS	Escala de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa
SCSR	Escala de Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la recompensa
KSP	Escala de Personalidad del Karloniksa
PDQ-4+	Personality Diagnostic Questionnaire -4+
BIS	Escala de Impulsividad de Barrat
EMCA	Escala Multidimensional de craving de Alcohol
BDI	Inventario de Depresión de Beck
SCL-90-R	Ínventario SCL-90-R
EEAG	Escala de evaluación de la actividad global
EEASL	Escala de evaluación de la actividad social y laboral

I. MARCO TEÓRICO

1. Los Trastornos de la Personalidad: Conceptos y Controversias

Toda persona tiene una carga genética y, una historia de aprendizajes y experiencias que a lo largo de su desarrollo ontogénico y biográfico se traducen en un patrón idiosincrático de percibir, vivenciar las emociones y de relacionarse con los demás. Este patrón le hace a la vez, único y le diferencia de los demás. En la vida adulta, la configuración de este estilo personal y particular de vivenciar e interactuar con el entorno y con los demás se presupone estable y consistente, y constituye lo que denominamos la personalidad (Millon, 1996). Esta consistencia la dan los rasgos de personalidad que son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás (Echec y Echeburúa, 2011).

Una de las funciones más importantes de la personalidad es proporcionar una adaptación óptima y saludable al medio (Mischel, Eysenck, 1985; Livesley, 2001). Cuando los rasgos se vuelven inflexibles y desadaptativos es cuando la personalidad fracasa en su función adaptativa, con un fracaso en el ajuste con el entorno, o en el contexto sociocultural (Allport, 1963; Millon y Davis, 1996, Livesley, Schroeder, Jackson y Jang, 1994), sino también es cuando los patrones de percibir, pensar, sentir, actuar y relacionarse generan consecuencias adversas a uno mismo o a los demás.

Millon y Escovar (2000) describen que los individuos poseen una personalidad normal, sana, cuando manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal. Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones, interpretaciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces podemos hablar de un patrón patológico o desadaptativo. Livesley (1994) introduce los aspectos funcionales en la definición, donde la función de la personalidad es ayudar a solventar las principales tareas de la vida (Cantor, 1990), que se resumen en

desarrollar un sentido de identidad coherente, en la capacidad para establecer unas relaciones satisfactorias resolviendo los problemas de dominancia y sumisión que surgen con las jerarquías sociales, en el desarrollo del sentido de pertenencia o territorialidad, en resolver los problemas de temporalidad que ocurren cuando hacemos frente a la pérdida y separación y por último en definir unos objetivos significativos (Livesley, 2001; 2003).

De ambos razonamientos se deducen que el estudio de la patología de la personalidad empieza en la ruptura de la función adaptativa y se caracteriza por identificar los patrones de cognición, emoción y conducta que conducen a la desadaptación (Millon y Escovar, 2001). Cuando la personalidad está afectada en su globalidad y no de manera parcial, configura lo que denominamos trastornos de la personalidad (TP) que se caracterizarían por patrones (cognición, emoción y conducta) estables independientemente de las situaciones, inflexibles o no se modifican con el paso del tiempo, que causan sufrimiento en las personas y en los demás, (Schneider, 1893), y además con la característica añadida de que la persona no los identifica como causantes de su malestar (egosintonía). Además, las personas con TP se caracterizarían por el fracaso para conseguir las soluciones adaptativas de las tareas de la vida Livesley (1994). Estos fracasos en la adaptación implican (a) fracasos a la hora de establecer una representación estable e integrada de uno mismo y de los demás, (d) una disfunción interpersonal definida como fracaso para la capacidad de intimar, para funcionar de manera adaptativa con figuras de apego y la incapacidad de establecer relaciones filiales o de paternidad, y (e) en un fracaso en el funcionamiento adaptativo a nivel de grupo social, indicado por la incapacidad de desarrollar conductas prosociales y las relaciones cooperativas (Livesley, 2003).

La epidemiología de los TP está mal descrita en comparación a los otros Trastornos Mentales (Tyrer, Read, Crawford, 2015), existen problemas metodológicos en el diseño y la realización de encuestas epidemiológicas nacionales que impiden obtener una evaluación precisa y datos de calidad de los TP. (Mattia y Zimmerman, 2001; Pérez Urdániz 2004; Roca y Arroyo, 1998). Los datos epidemiológicos de los TP nos indican que son un problema de salud en términos de prevalencia (Livesley, 2001), que en población general es de un 4% a un 15 % (Weissman 1993; Torgersen, Kringlen y Cramer,

2001; Coid, Yang, Tyrer, Robert y Ullrich, 2006), con diferencias en las tasas de prevalencia de un 6% a un 1 % entre los cinco continentes, más bajas en Europa y más altas en el Norte y el Sud de América (Huang, Grant, Dawsan, Stinson, Hasin, Ruan, Saha, Smith, Goldstein, Grant; 2006). Las encuestas muestran que los hombres obtienen tasas más altas de prevalencia que las mujeres (Coid, Yang, Tyrer, Robert y Ullrich, 2006), en cambio las prevalencias por diagnósticos de TP varían en función del estudio. Tal como se muestra en la Tabla 1, la prevalencia oscila entre el 0,4% para el TP Esquizoide y el 2 % en el TP Histriónico (Pérez Urdániz 2004).

Tabla 1. Epidemiología de los TP

Trastornos de la Personalidad	Tasa Prevalencia
Paranoide	0,6
Esquizoide	0,4
Esquizotípico	0,6
Antisocial	1,9
Límite	1,6
Histriónico	2,0
Narcisista	0,2
Por evitación	0,7
Por dependencia	0,7
Obsesivo-compulsivo	1,7

(Adaptado de Perez Urdaniz, 2004)

Estas prevalencias de TP se incrementan en las personas que entran en contacto con servicios de salud cuando se comparan con las que no utilizan estos servicios. En muestras de atención primaria se encuentra que un 25 % de las personas reciben un diagnóstico de TP, que se incrementan a un 50 % cuando se realizan en muestras clínicas comunitarias (Beeckwith, Moran, Relly, 2014). Las tasas de prevalencia medias de TP serían de un 56 % en alcoholismo y abuso de sustancias, de un 57% en los trastornos afectivos, de un 41 % Trastornos de ansiedad y de un 50 % para cualquier categoría diagnóstica del Eje I (Pérez Urdániz, 2004). Los estudios en población clínica española se sitúan entre el 3,7 y el 91 % (Chiclana, 2010). Las tasas de prevalencia se incrementan de manera notable en los estudios que se realizan en el sistema de justicia con personas que han cometido delitos y

crímenes, donde dos terceras partes de los prisioneros reciben un diagnóstico de TP (Fazel y Danesh, 2002).

Desde la perspectiva clínica, si nos centramos en las formas de sufrimiento y las consecuencias en las personas que las padecen y en los demás tal como apuntan Livesley (2004) y Paris (2004) se pueden considerar un problema serio de salud. Los datos de los estudios confirman esta afirmación, las personas que presentan un TP tienen altas tasas de morbilidad y mortalidad (Harris y Barraclough, 1998), con una disminución en la esperanza de vida de 18 años para las mujeres y de un año más para los hombres en comparación con la población general (Fok, Hayes, Chang, Stewart, Callard y Moran, 2012). Esta alta mortalidad en parte puede explicarse por alta tasa de intentos de suicidio, suicidios consumados y homicidios en personas con TP (Simeon, Stanley, Frances, Mann, Wichel y Stanley, 1992; Sodeberg, 2001), y también por las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En este sentido no se debe olvidar de los factores de riesgo asociados a estas enfermedades como el tabaquismo, consumo de drogas y alcohol son altamente frecuentes en los TP y además sabemos que la patología de la personalidad afecta a la salud en general, a la recuperación de las enfermedades orgánicas (Valdes 1993, 2001). También sabemos la disfunción de las relaciones interpersonales propia de los TP afecta a la relación profesional de la salud-paciente, y por lo tanto interfiere en que se pueda prestar los niveles de asistencia esperados. Las personas con un diagnóstico de TP presentan en mayor o menor medida un deterioro funcional que se caracterizaría por un pobre desempeño psicosocial (Reich y Vasile, 1993) y una menor frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, y una mayor frecuencia de estrategias desadaptativas (Peris, 2003). Estos problemas funcionales darían cuenta de los problemas familiares, incluyendo separaciones afectivas y divorcios, pérdidas del empleo o cambios frecuentes de trabajo, y alta tasa de desempleo (Reich, Cloninger, Van Eedeweh, Rice et al. 1988), y en definitiva una reducción importante de la calidad de vida (Bockian, 1999).

No sin ciertas controversias, la presencia de un TP, afecta e interfiere en el tratamiento de los grandes síndromes englobados en el Eje I del DSM (Cloninger, 1990, Loranger, 1990), responden peor al tratamiento, ya sea farmacológico y/o psicológico o psicoterapéutico

(Tyrer y col. 1993) y son un factor de riesgo a las recaídas en la mayor parte de grandes síndromes psiquiátricos. Los hallazgos muestran que las personas con TP son proclives a consumir más servicios de salud (Moran, Rendin, Jenkins, Tylee y Maan, 1999; Bender, Dolan, Skodol, Sanislow, Dyck, McGlashan y Gunderson, 2003), y con un coste económico de 11.200 euros anuales entre utilización de servicios y pérdidas de productividad en personas que buscaban tratamiento para TP (Stoejman y col.)

En conclusión estamos ante un problema de salud grave, con consecuencias directas en las personas que lo padecen, en la sociedad, en los sistemas nacionales de salud y en los costes que se derivan de una insuficiente atención sanitaria especializada. En estos momentos podemos afirmar que no existe una organización de la atención a la salud mental que de respuesta a las necesidades de estos usuarios. Los responsables de la sistemas de planificación y atención a la salud mental no tienen guías claras para desarrollar estrategias de tratamiento efectivo. El motivo es que desde hace años existen una serie de controversias o factores en relación al diagnóstico y tratamiento de los TP que no se han resuelto y que impide definir de manera clara estas estrategias. Para definir las se necesita disponer de los siguientes aspectos: (a) un sistema de clasificación diagnóstico con validez científica que indique como de manera fiable y valida se realiza la evaluación, (b) un diagnóstico ayude a la planificación de la intervención y oriente en la elección de tratamientos, (c) tratamientos disponibles basados en pruebas y las indicaciones de su aplicación, (d) la percepción por parte de los profesionales de qué se pueden tratar y el interés de estos por desarrollar estrategias de intervención basadas en el conocimiento científico.

Todos estos aspectos están todavía sin resolver, a pesar de tener argumentos sólidos para poder definir estrategias de atención e intervención a los TP. Estos argumentos giran principalmente en torno a la validez del sistema de clasificación de los TP, y la controversia de cuál de las dos aproximaciones, la categorial o la dimensional, es la más adecuada. La ambivalencia de cómo organizar la personalidad y sus trastornos se da desde el origen del concepto, viene acompañada de una visión peyorativa de las personas que reciben un diagnóstico de TP por parte de los profesionales clínicos y de la comunidad

científica (Lewis y Apellby, 1998; Carrasco, 1993). Tradicionalmente, de manera estereotipada se ha considerado que estas personas con TP no pueden cambiar, que no se pueden beneficiar de un tratamiento y por lo tanto que no se pueden tratar (Wills & Sanders, 1999). Sin embargo, los estudios de resultados de las terapias psicológicas para los TP contradicen esta idea por primera vez desde la publicación del libro "*Psychotherapy what's Works for whom*" de Bateman y Fonagy (2004). En estos momentos podemos y debemos afirmar que los TP se pueden tratar (Roy y Tyrer, 2001; Tyrer 2001, Belloch, 2003; Livesley, 2003). A continuación vamos a revisar brevemente, con un cierto componente histórico, los aspectos que en estos momentos dificultan la generalización de los tratamientos y que hace que exista una distancia entre el conocimiento acumulado y su traslación a la práctica clínica.

1.1. Los sistemas de clasificación de los Trastornos de la Personalidad

El concepto de TP es una construcción de la ciencia que se va gestando de manera discontinua a partir de las propuestas que realizan autores en el seno de dos disciplinas científicas, la psiquiatría y la psicología¹. No existe un continuidad histórica en el desarrollo del concepto de los TP, las fuentes teóricas son poco homogéneas y no comparten un corpus de conocimiento común (Berrios, 1993; Ferguson y Tyrer, 2000; Livesley, 2001, Millon y Escovar, 2002). Destacamos como precursores a Pinel (1801) con la descripción de "la manía sin delirio", que se empieza a interesar por la patología de la personalidad. Después, Pritchard (1835) con el termino "insanidad moral" que por primera vez se hace referencia a los aspectos morales y a las consecuencias del enfermar en la sociedad. Emile Kraepelin (1907), describe una serie de tipologías de personalidad, como formas atenuadas de la psicosis. Posteriormente la teoría de biotipos de Krechmer (1925),

¹ Véase las excelentes revisiones de Livesley (2000) de las tres etapas históricas del estudio de los TP, la pre-DSM-III, la fase del DSM-III y la post-DSM-III/IV. Pueden consultarse las revisiones de TP (Baca 2001; Berrios, 1993, 2003; Gabbard, 2000; Livesley 2001; Millon, 1997, 1999, 2001; Tyrer 1993; 2001; Moreno, 2000).

que siguiendo la línea constitucionalista, realiza dos aportaciones importantes, la primera delimitar las dimensiones de personalidad en función de constituciones físicas, con lo que establece un punto de unión entre la psicología y la psiquiatría. La segunda establece un continuum entre los estados mentales y las entidades nosológicas. Aunque fue Kurt Schneider en *Las personalidades psicopáticas* (1923) quien pone las bases del concepto de TP tal como contemporáneamente se entiende (Berrios 1993). Define los dos aspectos que serán cruciales en el estudio posterior de los TP: (a) los TP son una desviación estadística (de un término medio imaginado por nosotros, y lo que da la medida no es la norma del valor, si no el termino medio), (b) Hay dos tipos de TP, aquellos que hacen sufrir a la sociedad o personalidades psicopáticas y aquellos que sufren por su anormalidad y que no pueden ser consideradas enfermedades o personalidades neuróticas (Baca, 1999).

Para finalizar los precursores, no podemos olvidar la influencia del psicoanálisis que introduce el concepto de patología del carácter basado en su teoría sobre el desarrollo psicosexual, y los primeros trabajos empíricos acerca de los TP de Gringer en Estados Unidos y Walton en Europa. En los años 80, con la publicación del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales III (DSM-III), el concepto de TP se consolida. Widiger (1985) describe lo que ocurrió a partir de la publicación del DSM en el área de la personalidad y de sus trastornos, parafrasenado *"la investigación psicológica y psiquiátrica de las enfermedades mentales corre de manera paralela y disociada, sin haber concordancia en sus esfuerzos"*. La psicología se ha encargado tradicionalmente del estudio de los criterios de normalidad de la personalidad, (Allport, 1937; Murray, 1938) y la psiquiatría de los aspectos patológicos de la personalidad, salvando algunas excepciones, Leary (1957) y Murray (1938). De aquí nace la controversia entre los modelos de clasificación categoriales y dimensionales, que describimos brevemente.

1.1.1. La clasificación oficial DSM: Su evolución y controversias

La clasificación oficial de la psiquiatría descrita en el DSM-III, establece la diferenciación en dos ejes, en el Eje I pasaban a estar los Síndromes Clínicos y los TP configuran el Eje II. Con la adopción del esquema multiaxial, el diagnóstico clínico se bifurcaba en dos

aspectos. En primer lugar, la posibilidad de diagnosticar un síndrome clínico caracterizado por un conjunto de síntomas, y en segundo lugar la posibilidad de delimitar y diferenciar una serie de estilos de funcionamiento emocional y de estrategias de afrontamiento que conformarían la personalidad del individuo. En otros términos, se empieza a considerar el efecto del estilo de personalidad de los pacientes en la presentación, curso y tratamiento de los síndromes clínicos del Eje I (Tyrrer y Simonsen, 2003).

La publicación del DSM-III tiene una gran significación en lo que al intento de clarificar los conceptos claves de los grandes síndromes psiquiátricos ya que por primera vez define *los trastornos mentales* y *TP*. En lo que respecta a los TP, se agrupan en tres cluster: Cluster A (TP paranoide, esquizoide y esquizotípico), Cluster B (TP Límite, Histriónico, Antisocial y Narcisista” y Cluster C (TP Dependiente, Evitativo y Obsesivo-Compulsivo) en base a las conductas “excéntrico, errático y ansioso”. El constructo que los define son los “los rasgos”, que son perdurables (cronicidad), inflexibles (no cambian) y desadaptativos (causan un deterioro social, o laboral y un sufrimiento emocional). En el DSM-IV, se definen a los TP como: “Patrón de experiencias propias y conductas que se desvían marcadamente de las expectativas individuales para cada cultura, se añade que este patrón conductual se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Siendo el patrón estable, inflexible y manifestarse en situaciones sociales y personales, no limitados a episodios concretos; creando una incapacidad significativa funcional, social o laboral”. (APA, 1995).

En la Tabla 2, podemos observar la evolución de la taxonomía de los TP y la propuesta de agrupación en forma de tres cluster del DSM. Hablaremos de la clasificación del DSM-5 más adelante. Hasta el DSM-IV, las categorías del DSM eran monotéticas, es decir claramente diferenciadas entre los distintos trastornos, para recibir un diagnóstico clínico debían de cumplir todos los criterios que se definen. Este DSM-IV se diferencia de sus predecesores en que introduce la concepción politética de los criterios, lo que significa que para cada trastorno se especifica el número de criterios mínimo para configurar un diagnóstico.

Tabla 2. Evolución de los diagnósticos de los TP en el DSM (Adaptado de Coolidge y Segal, 1997)

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV-TR y DSM-5 (1994; 2000)
Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial
Emocionable	-----	Límite	Límite	Límite
Compulsivo	Obsesivo- compulsivo	Compulsivo	Obsesivo- compulsivo	Obsesivo- compulsivo
Pasivo	Pasivo	Pasivo	Pasivo	-----
Agresivo	Agresivo	Agresivo	Agresivo	-----
Ciclotímica	Ciclotímica	-----	-----	-----
Inadecuada	Inadecuada	-----	-----	-----
Disocial	-----	-----	-----	-----
Desviación Sexual	-----	-----	-----	-----
Adicciones	-----	-----	-----	-----
-----	Explosiva	-----	-----	-----
-----	Histérica	-----	-----	-----
-----	Asténica	-----	-----	-----
-----	-----	Esquizotípico	Esquizotípico	Esquizotípico
-----	-----	Narcisista	Narcisista	Narcisista
-----	-----	Evitativo	Evitativo	Evitativo
-----	-----	Dependiente	Dependiente	Dependiente
			Apéndice	Apéndice
			Auto-destructiva	Pasivo-Agresivo
			Sádica	Depresiva

Hay que reconocer al sistema DSM que ha facilitado la organización del estudio de los TP, y tiene algunas ventajas, desde la perspectiva clínica permite un rápido y relativamente fácil diagnóstico, los criterios diagnósticos son fácilmente memorizables, facilita la comunicación entre profesionales y proporciona una consistencia con las decisiones clínicas que se toman. Así mismo facilitan el diseño de ensayos clínicos, y responden mejor a la exigencia de la organización de los Centros Sanitarios (Lorr, 1986). No obstante, la clasificación diagnóstica ha generado muchas controversias sobretodo por la falta de validez (Widiger & Trull, 2007). La investigación constata que la organización de las agrupaciones o cluster no se ajusta al DSM (Blais y Norman, 1997; Livesley y Jackson, 1992; Morey 1998; Tyrer *et al.*, 2003) si no más bien a un consenso. Los estudios que

intentan definir los rasgos subyacentes a los criterios, corroboran que no existe una bimodalidad de rasgos de personalidad y apuntan a un continuum de rasgos (Morey, 1997) donde la diferencia entre personalidad normal y trastornada es puramente cuantitativa (Haslam, Holland y Kuppens, 2012). En este sentido, la imposición de umbrales diagnósticos es arbitraria y produce falsas dicotomías e importantes pérdidas de información (Gutierrez y Vilar, 2014). Las entidades diagnósticas del DSM no recogen la realidad diagnóstica, y el resultado son frecuentes solapamientos diagnósticos múltiples (Krueger Eaton, Clark, Watson, Markon, Derringer y Livesley, 2011; Western y Arkowitz-Westen, 1998; Western y Schedler, 2001; Widiger y Trull, 2007) y heterogeneidad de los diagnósticos (Newton, Clark y Chanen, 2015) que no resuelve en el caso de la alta comorbilidad entre los TP y Trastornos del Eje I (Véase Tabla 2).

El diagnóstico de TP no es una tarea fácil para el clínico, que se magnifica porque no existe un instrumento rápido y fiable para su evaluación. Las entrevistas y los cuestionarios, tienen problemas de fiabilidad y no cumplen los criterios de validez de constructo tal como marcan los estándares psicométricos (Zimmerman, 1992). Existe poca concordancia entre las distintas entrevistas para evaluar a los TP y también entre las entrevistas y cuestionarios (Emmelkamp, 1992; Tyrer 2003). Desde la perspectiva clínica, el diagnóstico no es fiable y válido, ya que no se dispone de un “estándar de oro” que indique la presencia clínica de un TP (Roca, 2000). En esta línea el modelo DSM no facilita el estudio de la personalidad, sólo se ha centrado en el estudio de los aspectos patológicos, en los casos que clínicamente presentan comportamientos desajustados, e ignora los aspectos del desarrollo de los rasgos de la personalidad en el curso de la vida (Newton-Howes, Clark y Chanen, 2015). Por último, es un modelo que a mostrado poca utilidad clínica, ya que el diagnóstico no orienta al tratamiento. Western (2000) habla de divorcio entre el diagnóstico categorial y la formulación del caso. Los modelos de psicoterapia se han tenido que distanciar del diagnóstico DSM y generar modelos donde asentar las intervenciones (Livesley, 2003).

Tabla 2. Comorbilidad entre los TP y los Trastornos del Eje I Millon, (1996). Adaptado por Medina (2000).

Trastornos Eje II	Trastornos del Eje I								Abuso Tóxicos	
	Afectivo	Distímico	Maníaco	Esquizofrénico	Ansiedad	Fóbico	Ob-Comp	Disociativo		Somatoforme
Paranoide	++			++	+		+			
Esquizoide			++	+++	+		+	++	+	
Esquizotípico				+++						
Antisocial					+					+++
Límite	+++			+	++			+	+	+++
Histriónico	+			+	+	++	++		+++	+++
Narcisista	+++			+	+				+++	
Evitativo	+	+++		+	+++	+	++	+	++	
Dependiente	+++			+	+++	++	+	+	++	
Compulsivo	+++			+	+		+++		+++	

1.1.2. La formulación de los Modelos Dimensionales

La psicología con el desarrollo del paradigma psicométrico ha estudiado la personalidad y la ha definido como *"aquellas conductas que se pueden predecir"* (Cattell, 1950), o *"La organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento del intelecto y del físico de un individuo que determinan su adaptación singular al ambiente"*, (Eysenck 1967). Es bien conocido que los estudios iniciales de la personalidad y de las diferencias individuales buscan la consistencia de las conductas en situaciones parecidas y a lo largo del tiempo (estabilidad temporal) a través del uso del análisis factorial como método. Esta concepción de la metodología nomotética, tiene como objeto de estudio las dimensiones básicas que conformarían la personalidad normal de los individuos y la diferenciación con los rasgos "patológicos" (Pervin, 1990). Los primeros modelos de rasgos de personalidad fueron la teoría dimensional-biológica de Eysenck con las dimensiones de Extroversión, Neuroticismo y Psicoticismo (Eysenck, 1967) y los 16 Factores de Cattell (Cattell, 1976).

La importancia de estos modelos viene porque a) definen estructuras estables (rasgos y tipos) de la personalidad, b) señalan la importancia de los fenómenos de aprendizaje en la explicación de la conducta, c) buscan un sustrato biológico a estos rasgos u dimensiones d) construyen instrumentos psicométricos de medida para evaluar e identificar las dimensiones de la personalidad, e) formulan hipótesis y d) utilizan la metodología estadística, concretamente el análisis factorial para contrastar estas hipótesis.

Los modelos dimensionales asumen un continuum de personalidad, donde la normal y patológica estaría en ambos extremos. Estos modelos asumen la continuidad sindrómica, o lo que es lo mismo, la existencia de un punto de corte cuantitativo que indicaría clínicamente un nivel significativo de daño funcional o *impairment*. Esta es la manera de diferenciar entre la personalidad y la patología de la personalidad. Además todos estos modelos, definen una estructura de rasgos jerárquicos. El diagnóstico de la personalidad se hace en base a un conjunto de rasgos dimensionales que se combinaría en forma de un perfil único para cada individuo y característico para cada uno de los diferentes TP. El rasgo se define como dimensiones "duraderas" de diferencias individuales que tienden a mostrar patrones consistentes de pensamientos, sentimientos y acciones (Costa y McCrae, 1990). La evaluación para cada individuo consiste en determinar el perfil de rasgos característico para cada individuo. Estos modelos parten de la observación de una serie de

variables continuas y que se combinarían para formar dimensiones por medio de ecuaciones lineales. El método utilizado para delimitar los rasgos de personalidad estables y duraderos sería el análisis factorial. En la tabla 3, están descritos los principales modelos dimensionales, detallándose los constructos (rasgos y dimensiones) que proponen. Estos se pueden agrupar,

(a) desde la perspectiva estadística, en el modelo biológico-factorial de Eysenck (1947) y los Cinco Grandes de Costa y McRae (1992). El modelo de Cattell de los 4 factores de segundo orden no ha recibido una adecuada valoración por parte de los profesionales (Pelechano, 2000) y ha quedado en un segundo plano en el estudio de los TP. No así el modelo Biológico Factorial de Eysenck (1947). Este modelo se considera paradigmático por el interés en encontrar el sustrato subyacente (bases biológicas) de la personalidad y de sus rasgos mediante un enfoque de evaluación psicométrico. La metodología que utiliza, en la construcción de las distintas versiones del cuestionario, Cuestionario de Personalidad de Eysenck o EPQ (Eysenck, 1967), y el enfoque de los estudios marcó un antes y un después en la comprensión de la personalidad. Las bien depuradas dimensiones de extraversión, neuroticismo y psicoticismo, tienen una clara influencia en los otros modelos que utilizan los cuestionarios para la evaluación de la personalidad y la patología de la personalidad.

En el modelo de Gray (1985) con las dimensiones ortogonales de ansiedad o susceptibilidad al Castigo y de impulsividad o susceptibilidad a la recompensa. Zuckerman-Kuhlman plantean un modelo de cinco factores alternativos: neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad, actividad, sociabilidad y búsqueda de sensaciones impulsiva no socializada. La propuesta de Afectos de Watson y Tellegen (1985) con dos dimensiones la afectividad positiva y afectividad negativa, y con una posterior reformulación añadiendo un tercer factor de constricción (Tellegen, Watson, Clark, 1999).

Por último, nos encontramos con el modelo de los Cinco Grandes de Costa y McRae (1992), que proponen rasgos y dimensiones parecidas al de Eysenck (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad). Este modelo muestra unas propiedades psicométricas fuertes y explica una parte importante de la variancia de la personalidad de rango normal y de los trastornos de la personalidad, (Samuel y Widiger, 2008), y donde las dimensiones de Neuroticismo (puntuaciones altas) y de Amabilidad

(puntuaciones bajas) estarían asociadas a la presencia de TP.

(b) desde la perspectiva biológica y/o temperamental, el modelo de 7 factores de Cloninger (2000) y las dimensiones de Siever y Davis (1999). El modelo de los siete factores de Cloninger, es un modelo neurobiológico guiado por la búsqueda del sustrato biológico con dimensiones temperamentales (evitación del daño, búsqueda de la novedad, dependencia de la recompensa y persistencia) y caracteriales (autotrascendencia, cooperación y autodirección). La dimensión caracterial de Autodirección se ha encontrado un predictor de presencia de TP. En cambio, el temperamento ha mostrado tener un factor diferencial en los distintos TP (Scravick, 1999) baja búsqueda novedad en cluster A, evitación del daño B y dependencia a la recompensa en cluster C.

Respecto a los ejes diagnósticos, Siever y Davis (1991) proponen un modelo psicobiológico que sirva de guía para el tratamiento farmacológico de los TP, en base a un continuo entre los ejes I y II, con tres dimensiones la organización/cognitivo/perceptiva, la inestabilidad/agresividad y la ansiedad/inhibición.

(d) desde la perspectiva de los rasgos desadaptativos, el modelo de Livesley (2005) y de Clark. Estos modelos buscan identificar los rasgos desadaptativos de la personalidad subyacentes a los criterios categoriales del DSM, se basan en el estudio de estos a través de cuestionarios, *Dimensional Assessment of Personality Pathology* o DAPP-BQ (Livesley y Schoereder;) con los rasgos que se agrupan en cuatro factores: disregulación emocional (neuroticismo), comportamiento antisocial, introversión-inhibición, y compulsividad. Uno de los resultados más interesantes ha sido encontrar que estas cuatro dimensiones tendrían un componente genético relevante, tanto en muestras patogénicas como de población sana. En cambio, las influencias ambientales se encuentran en rasgos de problemas conductuales, sumisión, y apego inseguro (Livesley y Jang, 2008).

Por último destacar que ambos modelos han encontrado importantes solapamientos con el modelo de personalidad de los cinco grandes, en los análisis factoriales de segundo orden que se han descrito (Clark, Lee, 2001;2003).

Tabla 3. Modelos Dimensionales de Conceptualización de la Personalidad y sus trastornos

Teorías clásicas de los rasgos y dimensiones de la personalidad			Biológicos/temperamentales	Rasgos desadaptativos DSM	
Cattel	Eysenck y modelos similares	Costa y McRAe	Cloninger	Livesley	SNAP Clark
4 Factores de 2ª orden de 16	Neuroticismo	Neuroticismo	Evitación Daño	Ansiedad	Desconfianza
Ajuste vs. Ansiedad	Extraversión	Extraversión	Dependencia Recompensa	Falta Afectividad Interpersonal	Manipulación
Introversión vs. Extraversión	Psicoticismo	Agradabilidad	Búsqueda Novedad	Búsqueda Sensaciones	Impulsividad
Pasividad vs. Dependencia	Gray	Apertura Experiencia	Persistencia	Distorsión cognitivo Perceptual	Percepciones Excentricas
Poca vs. Mucha Socialización	Susceptibilidad Castigo	Concienciación	Autodirección	Problemas conductuales	Agresividad
Realismo frío vs. Subjetividad	Susceptibilidad Recompensa	Zuckerman	Cooperación	Problemas Identidad	Dependencia
	Watson Tellegen	Neuroticismo	Autotranscendencia	Problemas Intimidad	Exhibicionismo
	Afecto Negativo	Sociabilidad	Siever y Davis	Sumisión	Desapego
	Afecto Positivo	Búsqueda Sensaciones	Ansiedad	Labilidad Afectiva	Propiedad
	Constricción	Agresión-hostilidad	Inestabilidad Emocional	Expresividad Restringida	Autoagresión
		Actividad	Impulsividad/Agresividad	Conductas auto-lesivas	Adicción trabajo
			Organización Cognitivo perceptual	Compulsividad	
				Timidez	
				Rechazo	
			Narcisismo		
			Oposición pasiva		
			Apego Inseguro		
			Susplicacia		

Los modelos dimensionales son más sólidos con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad, están más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica, permiten un diagnóstico y una evaluación más fiable, y resuelven la comorbilidad mediante la combinación de rasgos de personalidad (Esbec y Echeburúa, 2011). Además los modelos dimensionales han mostrado una mayor utilidad clínica en comparación con el modelo catetorial, aportan flexibilidad, mayor especificidad en el diagnóstico de los TP y consiguen una mejora de la comorbilidad en la clasificación de los TP. A pesar de no resolver por completo el planteamiento del tratamiento de los TP, la posibilidad de poder describir dimensiones de personalidad y rasgos (adaptativos y desadaptativos) son una guía de gran utilidad para poder planificar los tratamientos de los TP. Tal como afirma Gutierrez (1998) en las conclusiones acerca de las aportaciones del modelo de Cloninger en relación a la la psicoterapia, pero extrapolable a todos los modelos dimensionales, “estos pueden ser una buena alternativa para el clínico al ser complementarios al análisis topográfico y funcional de la conducta ya que realizan una descripción de los hábitos por exceso y por defecto que caracterizan al sujeto e intenta una explicación, basada en el conocimiento actual basado sobre las bases cerebrales del comportamiento, de los mecanismos de acción y del aprendizaje”.

No obstante, más allá de la clínica, en lo que concierne a investigación salvo algunas excepciones las investigaciones que se han realizado con los modelos dimensionales se han centrado en resultados que demuestren la capacidad de estos de ser una alternativa diagnóstica al modelo categorial, por lo que la mayoría de investigaciones buscan definir los rasgos y dimensiones característicos de los TP. Existen algunas investigaciones que muestran como influyen los rasgos y dimensiones de la personalidad en el tratamiento de los trastornos sintomáticos (Eje I s/ DSM-IV). Como por ejemplo, aquellas que asocian el rasgo de neuroticismo a una peor respuesta de tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de ansiedad, depresivos y la apertura a la experiencia y extraversión a buena respuesta al tratamiento (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum y Rosie, 2003). No se disponen de investigaciones de resultados de psicoterapia en los TP, donde los modelos dimensionales sirvan como base al criterio de selección de muestras, ni tampoco donde se utilicen para organizar el tratamiento de los TP, ni tampoco se evalúen los resultados de la intervención en Eje II, mediante la modificación de los rasgos y/o dimensiones de personalidad. En cambio, si que empieza a surgir alguna propuesta como la de Livesley

(2015) quien ha desarrollado un modelo integrador de tratamiento (cognitivo, interpersonal, dinámico y farmacológico) en base a las cuatro dimensiones de la personalidad que se derivan de su modelo: Búsqueda Estimulación Suspiciacia, Compulsividad, Ansiedad Distorsión Cognitiva, aunque no se ha testado empíricamente.

1.1.3. El modelo alternativo DSM-5 para los TP

El DSM-5 mantiene las 10 categorías diagnósticas categoriales específicas del DSM-IV, en un mismo eje y con la misma configuración de tres cluster. Sin embargo le añade en la Sección III un modelo alternativo dimensional para la evaluación y el diagnóstico de los TP. Este modelo está basado en el daño causado por el **funcionamiento** de la personalidad y en los **rasgos** de personalidad patológicos. Este enfoque limita el número de TP, a antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Además define un trastorno de personalidad-rasgo, en el caso de que el TP no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos.

Un primer criterio para la definición de un TP son los elementos del funcionamiento de la personalidad, serían dos personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad). Este funcionamiento se evalúa a través de la Escala de funcionamiento de la Personalidad. Esta escala permite evaluar el nivel de deterioro en una escala de 5 puntos (0: poco o ningún deterioro a 4 Deterioro extremo). Una vez evaluado el funcionamiento y sólo en el caso de que el nivel de funcionamiento sea moderado (puntuación 2 en la escala) para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

En el criterio B están los rasgos patológicos de personalidad que se organizan en 5 grandes ámbitos: afecto negativo, desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Estas cinco dimensiones o dominios están compuestas de 25 facetas de rasgos que surgen de la revisión de los modelos existentes de rasgos (cinco grandes de Costa y Mcrae, modelo de Cloninger, modelo de 4 factores de Livesley, modelo de 3 factores de Clark y Watson, y el modelo de tres polaridades de Millon). La evaluación de estos dominios se realiza con el Inventario de Personalidad del DSM-5, que ha mostrado unas propiedades

psicométricas, de fiabilidad y validez (Hopwood, Wright, Krueger, Shade, Markon y Morey, 2013, Keeley, Flanagan, y McCluskey, 2014; Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012; Gutierrez, Aluja, Peri, Calvo, Ferrer, Baillés, Gutiérrez-Zotes, Gárriz, Caseras, Markon y Krueger, 2015).

Existen dos criterios más, el C y D de generalización y estabilidad, y 3 más E,F y G de diagnóstico diferencial o explicaciones alteranativas de la patología de la personalidad. Estos ayudan a matizar y a dar seguridad al diagnóstico de TP.

En conclusión, este modelo híbrido con el enfoque categorial y con la definición del enfoque alternativo, debe permitir una transición hacia que en futuro los profesionales se adapten al modelo alternativo o dimensional para el diagnóstico fiable y valido de los TP. Esta lenta transición se ve sustentada por qué el sistema de clasificación de las enfermedades de la OMS, CIE, se está también planteando un cambio de la clasificación de los TP basados en niveles de severidad de los TP, que está inspirado en la propuesta de niveles de severidad (Tyrer, 1999). Estos cambios son positivos y permiten superar las limitaciones antes comentadas, facilitan un diagnóstico más ajustado y que permite desarrollar orientaciones para el tratamiento de los TP. No obstante, también aportan una incertidumbre en el sentido que van a ser necesarios cambios importantes en las evaluaciones de los estudios de los resultados de las terapias psicológicas para los TP, y será necesario introducir en la agenda de los estudios de resultados la evaluación desde esta perspectiva.

2. Terapias psicológicas para los Trastornos de la Personalidad

A pesar de que todavía quedan muchos profesionales que piensan que todos las personas que presentan un trastorno de la personalidad no se pueden tratar, y que creen que en el caso de que se pudiera intervenir sería una intervención a largo plazo con resultado pobres y con numerosas conductas desadaptativas que forman parte del epifenómeno de los TP (Bateman, Gunderson, Mulder, 2015). El consenso actual desmiente esta perspectiva y además el tratamiento de elección para los trastornos de la personalidad es la terapia psicológica. Los resultados de la investigación de las terapias psicológicas indican que existe un suficiente evidencia disponible para afirmar que hay terapias eficaces para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (Bateman y Fonagy 2015;) y existen numerosos ensayos clínicos controlados y aleatorizados para los distintos trastornos de la personalidad del resto de Cluster B y C que permite tener la esperanza de tener tratamientos más consolidados en un futuro.

De manera breve, vamos a resumir el estado actual del conocimiento para identificar cuáles son los aspectos más relevantes de las terapias psicológicas para los TP y definir los nuevos retos a incorporar en la investigación futura para los modelos de terapia psicológica. Existen excelentes revisiones y meta-análisis de tipo general para todas las psicoterapias (Dixon-Gordon, Turner y Champman, 2011; Perry, Iannon y Bannon, 1999; Perry, 2001; Sanislow y McGlashan, 1998), estudios meta-analíticos donde se centran en las diferencias entre modalidades de psicoterapia, psicodinámica versus cognitiva (Leichsenring y Leibing, 2003) o el realizado para la Terapia de Esquemas (Masley, Gillanders, Simpson y Taylor, 2012), revisiones sistemáticas (Roy y Tyrer, 2001; Bateman y Fonagy, 2015; Jacob y Arntz, 2013). Además existen revisiones como la Cochrane para la psicoterapia del TP Límite, las Guías NICE y la Guía de la AATRM para el TP Límite. Primero resultados específicos por cluster de personalidad, segundo los argumentos a favor de las terapias psicológicas para los TP y las necesidades de investigación.

Cluster A: No evidencia suficiente para los TP de Cluster A, no existen ensayos clínicos y la eficacia viene de tratamientos realizados en servicios de rehabilitación psicosocial con

mejoras en sintomatología, funcionamiento global y calidad de vida (Perry, Iannon y Bannon, 1999; Dixon-Gordon, Turner y Champman, 2011).

Cluster B: Existen numerosas terapias indicadas para el TP Límite, la intervención más consistente es la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) terapia que enfatiza un balance entre la validación y la aceptación y el cambio conductual en diversas áreas. El análisis de la investigación es concluyente es el único tratamiento psicosocial que cumple los criterios de tratamiento bien establecido para el TP de la Asociación de Psicólogos Americanos (Chambless y Ollendick, 2001; Robins y Chapman, 2004), con niveles de cambio en relación a la disminución de las autolesiones, conducta suicida y ira (Kliem, Kroger y Kosfelder, 2010; Bateman y Fonagy, 2015). (e) existen otros tratamientos con una evidencia disponible para el TP Límite como es la Terapia de la Mentalización basada en la teoría del vínculo de Bateman y Fonagy, (1999) que se lleva a cabo en el marco de un hospital de día con resultados prometedores en relación a las conductas suicidas y una mejor utilización de recursos. La Terapia de la Transferencia de Clarkin basada en los principios de Kenberg que busca mejorar de percibir y responder a las relaciones interpersonales, con resultados relacionados con disminución conductas suicidad, disminución de síntomas e ira (Clarkin *et al.*, 2007), y la terapia de esquemas en su forma de modos de esquema hace referencia a un conjunto específico de esquemas y de estrategias de afrontamiento que se activan , y que pueden ser adaptativos o desadaptativos . El énfasis de la intervención está en la relación terapéutica (satisfacer de forma limitada las necesidades emocionales), el procesamiento de las experiencias negativas de la infancia (incluyendo trauma) con técnicas específicas tales como la reescritura de imágenes, el trabajo experiencial para activar emociones y facilitar el cambio emocional, las técnicas cognitivo- conductuales, y las técnicas de relación. Esta intervención se ha visto que es eficaz en la reducción de los síntomas y en la severidad, con reducciones importantes del nivel de síntomas de TP Límite y mejora de la calidad de vida (Masley, Gillanders, Simpson y Taylor, 2012). Por último destacar el programa psicoeducativos Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) con buenos resultados (Blum *et al.*, 2008; Bos *et al.*, 2010).

Para los otros TP de cluster B, existe poca evidencia disponible. En el TP Antisocial los pocos estudios que hay muestran mejorías en las modalidades de intervención (Salekin,

2008), en cambio tenemos pocos estudios en los TP narcisista y TP Histriónico.

Cluster C: No existen ensayos clínicos para el Trastorno obsesivo compulsivo y el TP Dependiente, los estudios agrupan distintos TP de cluster C, encontrando mejora de los síntomas sobretodo ansiedad y de la calidad de vida. En cambio para los TP Evitativos, existen ensayos clínicos donde los tratamientos psicodinámicos y cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia

Por último, destacar de este repaso que recientemente ha aparecido un ensayo clínico de Terapia de Esquemas para un grupo de distintos TP, donde hay TP Paranoide, Histriónico, Dependiente con buena respuesta global a la TE a nivel de síntomas, donde muestran tasas de recuperación medidas en no cumplir criterios para el diagnóstico de TP recibido de un 80 %, funcionamiento clínico y social y una menor tasa de abandonos en comparación a las dos modalidades de comparación (Bamelis, Evers, Sphinhoven y Arntz, 2014),

El resumen y análisis crítico de la investigación de resultados de terapias psicológicas para los TP nos indican que:

- a) La psicoterapia modifica síntomas como conductas sintomáticas en los TP, sin pruebas de volver al criterio de normalidad o remisión completa con diagnóstico de TP (Sanislow y McGlashan, 1998).
- b) Los tratamientos psicológicos son efectivos cuánto más largos sean (años y medio). Este hecho es independiente de la escuela psicoterapéutica, ya sea psicodinámica o cognitivo-conductual (Perry, Iani y Banon, 1999). Aunque empiezan a haber evidencias de formatos grupales más cortos con buenos resultados en terapia dialéctico-conductual y esquemas (Dixon-Gordon *et al.*, 2011; Farrell y Shaw, 2001)
- c) Las intervenciones son mucho más efectivas que el curso natural de la enfermedad (Paris, 1996).
- d) A mayor severidad del trastorno mayor tiempo de intervención, es coincidente en todas las revisiones sistemáticas.
- e) Duración del tratamiento. Perry, Iani y Banon (1999) presentan un modelo heurístico respecto al proceso de recuperación. Un 25 % de los pacientes se recuperaría a los 0,4 años, un 50 % de los pacientes se recuperan al año y tres meses o a las 92 sesiones; y

por último un 75 % de los pacientes se recuperarían a los dos años y 1 mes o a las 216 sesiones (Perry, 2001).

- f) Fuentes de variación respecto a la duración del tratamiento, tipo de intervención psicológica y tipo de marco terapéutico. Muchos estudios presentan tratamientos multimodales y con múltiples formatos. Por ejemplo, hospital de día, terapia individual
- g) Se desconocen los mecanismos de cambio de las psicoterapia y que ingredientes del tratamiento son responsables de estos cambios. Aunque las características de estas terapias efectivas son estructuradas (manualizadas), se motiva a asumir el control de uno mismo, terapeuta ayuda a conectar sentimientos con las situaciones y las acciones, terapeuta activo y valida al paciente y el fomento de la regulación emocional (Dixon-Gordon *et al.*, 2011; Gunderson y Links, 2014).
- h) Hasta lo que conocemos en la actualidad, y casi con independencia del trastorno en el que se intervenga, del modelo de terapia, del formato de intervención y marco donde se realice la intervención, la eficacia se ciñe a **modificaciones sintomáticas** o síntomas característicos de los TP tales como la depresión, ansiedad, malestar psicológico o severidad sintomática, **conductas problemáticas** distintivas características de los TP, como actos parasuicidas, intentos de suicidio, impulsividad, y también en el funcionamiento social, aparentemente se encuentran mejorías en la adaptación social y en el grado de autonomía de estos pacientes, en algunos casos mejoría episódica (se desconoce su mantenimiento) en **los problemas interpersonales** que serían elementos superficiales de uno de los rasgos de los TP, deterioro en las relaciones de larga evolución. Además estos datos se corroboran con medidas indirectas de mejor funcionamiento y de autonomía como son los **indicadores de gestión clínica** tales como disminución del número de días ingresados, disminución del número de ingresos psiquiátricos post-tratamiento. Pocos estudios sobre cambios en otros niveles como la calidad de vida y medidas de adaptación laboral y escolar, a excepción de los estudios de terapia de esquema que tienen una alta calidad metodológica y abarca niveles de cambio más amplio que el resto de estudios incluyendo de manera rutinaria estudios de coste-efectividad (Masley *et al.*, 2011). Para terminar, clarificar que salvo excepciones los estudios de resultados no miden los constructos en los que se fundamenta su modelo teórico de intervención, a excepción de la terapia de esquemas, y no en todos los casos (Masley *et al.*, 2011).

En resumen, y a raíz del análisis de estos resultados, los estudios de resultados de las terapias psicológicas para los TP, deben de introducir en su agenda, la selección de casos en base al modelo complementario de diagnóstico de los TM, evaluar los constructos en los que se fundamenta el cambio y elaborar mapas de cambio, en los que se indique cuál es el patrón esperado de cambio asociado a las intervenciones que define el modelo. Estos son los motivos por lo que en estos momentos existe una distancia entre el conocimiento científico en relación a los tratamientos de los trastornos de la personalidad y la adecuación en los sistemas de atención a la salud mental para proveer un tratamiento eficaz. A pesar de este robusto conocimiento está siendo difícil trasladarlo a recomendaciones de tratamiento (Bateman, Gunderson y Mulder, 2015). Si a pesar de estas limitaciones se considera que los TP no se pueden tratar se recomienda la lecura de las reflexiones éticas en relación a tratar a los trastornos de la personalidad guiándonos por el principio ético de riesgo-beneficio (Magnavita, Critchfield, Levy y Levow, 2010).

3. El Modelo Teórico de la Terapia de Esquemas

3.1. Introducción

Perry y Bannon (1999,2001), en las conclusiones del metanálisis acerca de los tratamientos de psicoterapia de los TP, recomiendan que para poder medir la efectividad del tratamiento en los TP, las terapias deben desarrollar instrumentos de medida para evaluar los constructos que proponen y en las que se basan para desarrollar las intervenciones. Estos autores recomiendan a la Terapia Cognitiva (cognitivo-conductual) tiene que evaluar las actitudes disfuncionales, los esquemas específicos y dar respuesta al paradigma de la activación de los esquemas patológicos. En pocas palabras, desde la perspectiva de la constatación empírica del beneficio de la psicoterapia como técnica de intervención en los TP, es necesario que se encuentren sistemas de evaluación de estos constructos y más concretamente de las cogniciones, actitudes, y esquemas que se asocian con la psicopatología.

Las nuevas clasificaciones diagnósticas el DSM-5 y la propuesta de CIE-11 de la OMS emplazan al reto de definir los estudios de intervención en base a las nuevas propuestas de rasgos y disfuncionalismo en el DSM-5 y base a la severidad en el CIE-11. Será necesario en los próximos años, como estas nuevas propuestas facilitan los elementos clave de la intervención.

Desde el campo de la psicopatología, y de los modelos dimensionales una estrategia útil y que puede ser relevante para la psicoterapia es el estudio de variables psicológicas relevantes en los TP, como pueden ser los rasgos de personalidad, las conductas de afrontamiento, la capacidad metacognitiva. Todas estas variables se miden mediante instrumentos de medida tipo cuestionario, test o entrevista. Por regla general estos instrumentos son medidas secundarias en la evaluación de los ensayos clínicos o investigación de resultados de los TP, en parte porque no se ha demostrado la capacidad de medir de manera fiable y válida la sensibilidad al cambio

Por este motivo los modelos que propongan instrumentos de medida para identificar y

evaluar los constructos que proponen, y puedan plantear estudiar la sensibilidad al cambio partirán con una ventaja importante, aún más cuando el foco de interés está en los aspectos interpersonales de los TP. No obstante, esto implica que definir empíricamente los constructos y operacionalizarlos. El modelo cognitivo conductual se caracteriza por un modelo que evalúa los constructos y las intervenciones que propone. Las conceptualizaciones cognitivo conductuales para los TP se han publicado en un libro de referencia “TC para los trastornos de personalidad”, donde se establecen las bases para el trabajo clínico con estos pacientes y que JP Sperry (2003) ha ido modelando y modificando cada año en función de los avances obtenidos en el campo estudio.

3.2. Definición y Orígenes de la Terapia de Esquemas

La Terapia de Esquemas (TE) es una forma de psicoterapia integrativa, que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales (Young, Klosko y Wheishar, 2003). La primera propuesta del modelo fue desarrollada por el Dr. Jeffrey Young, y colegas dentro del modelo de terapia cognitivo-conductual con el nombre de Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas (1990). En sus primeras formulaciones se propone como una extensión del modelo de psicoterapia cognitivo-conductual, y tenía como objetivo intentar dar respuesta terapéutica a aquellos pacientes resistentes al cambio o que no mejoraban con las técnicas de intervención de la terapia cognitiva clásica (Beck, 1985). Entre este grupo se encontraban aquellos que recibían un diagnóstico de trastorno de la personalidad, aquellos con problemas crónicos del Eje I, ya fuera por una no respuesta, por recaídas frecuentes, o aquellos con problemas caracterológicos (o rasgos desadaptativos) ya sea por problemas difusos o por problemas en las relaciones interpersonales (Young 1994, 1999, 2003).

Los motivos para la ampliación del modelo cognitivo es que según el autor los pacientes con estas características no cumplen requerimientos de Modelo Cognitivo (Young, 1990, 1994, 1999; Young, Klosko y Weishaar, 2003), por (a) las dificultades en identificar emociones y pensamientos, (b) dificultades delimitar sus problemas, (c) pueden no asumir tareas para casa, ni colaborar en su realización, (d) pueden resistirse a una relación terapéutica colaboradora, (e) dificultades para modificar creencias rígidas. Las soluciones que aportó la TE para ayudar a estos pacientes que tenían una vida caracterizada por

patrones de infelicidad y descontento fueron:

(1) Definir operacionalmente los constructos en los que se vertebra el modelo de intervención, estos serían los Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD), los Estilos de Afrontamiento Desadaptativos. Posteriormente se incorporaron los Modos o Estados de Ánimo de Esquemas.

(2) Añadir y expandir a la terapia cognitivo-conductual aspectos de otros modelos terapéuticos que podían ser útiles para la comprensión y el tratamiento de estos pacientes. Innova e integra desde la terapia cognitivo conductual conceptos, elementos y técnicas de otras modalidades terapéuticas tales tales como la terapia de gestalt, la teoría de relaciones objetales, la teoría del apego, el psicoanálisis, el constructivismo, unificándolo todo ello en modelo conceptual y de tratamiento entorno al constructo de esquemas.

(3) Organizar, estructurar y definir las fases de la intervención psicológica en dos fases: conceptualización y el tratamiento.

(4) Integrar: este es un enfoque integrador donde se organiza la intervención a través de los esquemas, lo cual permite al terapeuta, y al propio cliente, una visión profunda de los estilos de funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual que le causan malestar (distress) psicológico y le dificulta un crecimiento personal saludable (Young, 1995). Además, a las técnicas clásicas de evaluación y tratamiento de la terapia cognitivo-conducutual, incorporan técnicas experienciales para la exploración de las memorias de la infancia, y técnicas de tipo interpersonales, de análisis y comprensión de la relación terapéutica.

(5) Diferenciar: La TE se diferencia de otras intervenciones en psicoterapia porque realiza propuestas de cómo evaluar los constructos en los qué se fundamenta el proceso terapéutico (esquemas, estilos de afrontamiento desadaptativos y modos de esquemas). Esto se traduce en la construcción de cuestionarios que permiten identificar y evaluar a los esquemas, estilos de afrontamiento y modos de esquemas. A nivel de investigación, este modelo tiene un valor añadido al facilitar la testeabilidad de las hipótesis que propone. No sólo en relación a la evaluación de resultados, si no también en el papel de los esquemas en la organización de la personalidad y de sus trastornos.

3.3. Concepto de Esquemas Precoces Desadaptativos

El concepto de esquema tiene una larga trayectoria histórica como mecanismo cognitivo de la abstracción y la generalización se puede observar en Adler (1870–1937), en las teorías de la personalidad y la psicoterapia (Ansbacher y Ansbacher, 1958), en Barlett (1932) que lo introdujo en la psicología cognitiva con una influencia importantísima en el paradigma de procesamiento de la información (Ingram y Kendall, 1986; Mathew, 1997) y en Piaget (1979) que lo incorporó a la psicología evolutiva y contemporánea. Desde hace tiempo es central en las ciencias cognitivas (Pace, 1988; Stein, 1992; Stein y Young, 1992), y se utiliza para explicar el comportamiento humano normal y psicopatológico (Rijo, 2000; van Genderen, Rijkeboer y Arntz, 2007) tanto desde los modelos cognitivo-conductuales (Arnkoff, 1980; Goldfried y Robbins, 1983; Greenberg y Sagan, 1984; Turk y Speer, 1983), como en el interpersonal (Safran y Seagal, 1990) como desde los modelos psicodinámicos (Eagle, 1986; Watchel, 1982). No obstante, fueron Aaron Beck fundador de la terapia cognitiva y Horowitz desde la reformulación cognitiva de los modelos psicodinámicos quienes han desarrollado el concepto de esquema aplicado a los modelos de psicoterapia.

Jeff Young (1990) recibe la influencia de la definición de esquemas que realiza Beck “como un constructo de *screening*, codificación y evaluación de los estímulos”, del constructivismo de quien recoge la idea de una consistencia cognitiva relacionada con los significados personales e incluye los aspectos de la teoría del procesamiento de la información, el primero, la información se ordena en nuestra memoria temáticamente (Vonk, 1999; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1997) y la segunda idea central es que las experiencias se guardan en la memoria autobiográfica por medio de esquemas a partir de los primeros años de la vida (Conway y Pleydell-Pearce, 2000; van Genderen, Rijkeboer y Arntz, 2011). De ahí define a los esquemas como **Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD)**² se entienden como temas o patrones amplios y persistentes que constan de recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales, que hacen

² Utilizaremos esquema para referirnos de aquí en adelante a Esquemas Precoces Desadaptativos, y de forma intercambiable.

referencia al análisis de uno mismo y de las propias relaciones con los demás. Estos se desarrollan durante la infancia o adolescencia, y se van elaborando a lo largo del curso de la vida, siendo disfuncionales (desadaptativos) de manera significativa.

Un apunte importante la conducta no forma parte de los esquemas, las conductas que se desarrollan como consecuencia de los esquemas son los estilos de afrontamiento desadaptativos. Las ideas características de estos esquemas serían:

1. **Universalidad:** Todas las personas desarrollan esquemas que les ayudan a entenderse a sí mismos, a comprender el comportamiento de los demás y los acontecimientos del mundo. Los esquemas son más inflexibles, más desadaptativos en las personas que presentan problemas de trastornos de personalidad, problemas caracterológicos y problemas de larga evolución. Las personas que no padecen trastornos mentales, estos esquemas son más flexibles, más adaptativos.
2. **Estructuras cognitivas:** que funcionan como filtros que ayudan a las personas a interpretar y predecir el mundo. Los esquemas son creencias, sentimientos y expectativas que dan señales acerca de lo que puede ocurrir en el día a día. Los esquemas implican un sesgo atención hacia cierto tipo de estímulo o situación. Los esquemas se conforman de recuerdos, sentimientos, emociones.
3. **Origen:** Los esquemas surgen de las necesidades emocionales que los individuos no encuentran (no se satisfacen) en la infancia. El modelo postula cinco necesidades universales tales como:
 - a) los vínculos seguros hacia los demás (incluye, seguridad básica, estabilidad, alimentación y cuidado emocional; y aceptación).
 - b) la autonomía, competencia y sentido de identidad.
 - c) la libertad de expresar las válidas necesidades y emociones.
 - d) la espontaneidad y juego.
 - e) los límites realistas y autocontrol.

Estas necesidades son las que los niños necesitan encontrar de manera satisfactoria para

poder ser individuos autónomos e independientes. El modelo postula que estas necesidades son universales, y aunque puedan existir diferencias individuales, se presupone que una persona sana es una persona que puede encontrar de manera adaptativa estas necesidades emocionales nucleares.

4. **¿Cómo se forman?:** Los esquemas son el resultado de la interacción del temperamento con las experiencias nocivas diarias de niño con los padres, hermanos y grupos de iguales durante la infancia y adolescencia. Nótese la importancia de los estilo relacional de los padres y la notable influencia de la teoría del vínculo de Bowlby. Es importante resaltar que no todos los esquemas se basan en experiencias traumáticas o malos tratos en la infancia, sino en experiencias continuadas que se repiten en el día a día en la infancia y a lo largo de la vida.

Experiencias Nocivas: el modelo siguiendo el símil de un producto tóxico, define aquellas experiencias tóxicas o nocivas que son las más relevantes e importantes para el origen de los esquemas. Se refiere a aquellas experiencias emocionales que se dan en los primeros años de la vida (tempranas) y que los niños las experimentan en el seno de la familia nuclear. Por esto los esquemas que se desarrollan en los primeros años de vida son los más fuertes. Por regla general, la dinámica familiar del niño es todo el mundo para el niño. Posteriormente a medida que el niño va creciendo y madurando van adquiriendo más importancia los amigos, grupos de iguales, la escuela, los vecinos, y la cultura de alrededor, y evidentemente también pueden ayudar a desarrollar un esquema o jugar un papel importante en la creación de un esquema. No obstante si los esquemas no se desarrollan en los primeros años de la vida, y se adquieren posteriormente por la influencia de estas otras influencias (amigos, grupos de iguales, escuela, etc) se presupone que son menos persuasivos y poderosos. Se han observado 4 tipos de experiencias que fomentan la aparición de esquemas.

a) Frustración “tóxica” de las necesidades, esto ocurre cuando el niño experimenta demasiado poco de una buena cosa El ambiente de la infancia olvida o no tiene (carece) alguna cosa importante tal como estabilidad, comprensión o amor.

b) Traumatización o victimización. Se hace daño o se victimiza al niño. Young Klosko y Weishaar (2003) lo explican a través de ejemplos y no lo detallan pero serían

experiencias de la infancia relacionadas con la humillación, recibir críticas exageradas cuando se cometen errores, la culpabilización o generalización de un error.

c) Demasiado de una cosa buena, que con moderación es saludable para el niño. Por ejemplo, excesiva indulgencia a la hora de poner límites, fomentar una autonomía e independencia sin definir unos límites claros.

d) La internalización selectiva o identificación con las personas significativas. El niño selectivamente se identifica con los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de uno de los padres. Sería la influencia de los modelos de conducta que el niño aprende.

Temperamento: El temperamento emocional de los niños juega un papel importante en la creación de los esquemas, por la interacción que tiene con las situaciones dolorosas de la infancia. Enfatiza la importancia de las bases neurobiológicas subyacentes a la personalidad humana como un elemento básico de interacción con el ambiente. Propone como base temperamental las dimensiones de temperamento emocional propuestas y estudiadas por Kagan, Reznic y Snidman (1988): Lábil vs. no reactivo, Distímico vs. optimista, angustiado vs. Calmado, obsesivo vs. Distráido, pasivo vs. agresivo, irritable vs. Cariñoso, tímido vs. Sociable. Cada persona estaría en un punto de estas 7 dimensiones y su temperamento surgiría de la interacción de estas dimensiones.

En la revisión del modelo (Young, Klosko y Wishaar, 2003) pasa a ser un elemento de evaluación, a detallar en la conceptualización del caso. El argumento par su evaluación es doble, la identificación del temperamento tiene que ayudar a identificar las tendencias de respuestas innatas ante el ambiente que tiene un individuo, en este caso el paciente, y además por qué “el temperamento influencia en los estilos de afrontamiento que las personas adoptan para hacer frente a sus esquemas” (Young *et al.*, 1996. pag 86) que posteriormente definiremos.

5. **Centrales en la definición del autoconcepto:** Las personas con problemas de personalidad desarrollan esquemas desadaptativos que les impedirán adaptarse y hacer frente a las demandas de la vida Tal como hemos descrito, los esquemas empiezan en la infancia y adolescencia temprana como representaciones basadas en la realidad del

ambiente de la propia infancia. Reflejan el tono de esos ambientes tempranos. En cambio en las personas sin problemas de personalidad estos esquemas permiten desarrollar una autoimagen positiva y una imagen de los demás diferenciada, y también les ayudará a resolver los problemas y los conflictos relacionales que van surgiendo en el día a día.

6. **Activación de los esquemas:** Los esquemas aparecen en la conciencia cuando se activan ya sea por eventos diarios relevantes al esquema o por el estado de ánimo biológicos (p.ej. cansancio, tristeza). Los esquemas en la edad adulta se activan por eventos de vida que se perciben como similares a las experiencias traumáticas de la infancia.

Young, Kloko y Weishar (2003) sitúan el mecanismo de activación de los esquemas en la amígdala, ya que en investigaciones realizadas acerca de los recuerdos traumáticos por LeDoux (2003) descubre que los recuerdos tienen un asentamiento en la amígdala y en circuitos cerebrales relacionados con las estructuras de almacenamiento del miedo. A raíz de los mecanismos hipotetizados de activación de los recuerdos (Ledoux, 2003) definen a modo de hipotético donde los Esquemas precoces desadaptativos son un conjunto de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones que se centran en un tema de la infancia, tal como abandono abuso, negligencia o rechazo. Se podría conceptualizar la biología de un EMS como: Las emociones y sensaciones almacenadas en el sistema de la amígdala con todos los atributos que hemos descrito. Su funcionamiento sería el siguiente, cuando una persona encuentra un estímulo reminiscente de un evento de la infancia que le llevó al desarrollo de un esquema, las emociones y las sensaciones asociadas con el evento se activan de manera inconsciente a través de la amígdala; o en el mejor de los casos si la persona es consciente de de ellos, las emociones y las sensaciones corporales se activan más rápidamente que los pensamientos. Esta activación de ambos componentes es automático y muy probablemente sea una característica permanente en la vida de los individuos, aunque el grado de activación pueda irse disminuyendo con la sanación del esquema. Por otro lado, las memorias conscientes y los pensamientos asociados con el trauma están anclados en el sistema hipocampal y en los cortex superiores.

El hecho de que los componentes emocionales y los aspectos cognitivos de las experiencias traumáticas estén localizadas en distintos sistemas cerebrales puede ayudar a definir las diferencias en los componentes de los esquemas. Todo ello tiene un corte especulativo pero que abre la posibilidad de realizar hipótesis de trabajo en el campo de las neurociencias.

Este elemento es importante debido a que rompe la idea de no poder evaluar los esquemas mediante cuestionarios. Es evidente que no se pueden medir estructuras y proceso psicobiológicos relacionados con recuerdos (traumáticos), mediante cuestionarios. Lo que si se puede es acceder a los productos finales de estos (pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales), a pesar de que esten mediatizados por la capacidad del individuo de valorar la repetición de estos productos (pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales)

7. **Generan malestar y emociones intensas.** Cuando un esquema está activo genera intensos niveles de afecto o de emociones negativas (pérdida, tristeza, miedo, rabia, vergüenza) que son emocionalmente dolorosos.
8. **Consecuencias:** los esquemas pueden llevar a consecuencias auto-destructivas extremas como serían las autolesiones o intentos de suicidio y/o daño significativo a los demás como serían agresiones y violencia. No obstante suelen observarse consecuencias menos extremas como problemas en el trabajo, en las relaciones interpersonales, en la aparición de trastornos psicósomáticos y/o el consumo de sustancias.
9. **Perdurables:** Los esquemas luchan por sobrevivir, ya que son el resultado de los impulsos humanos por la consistencia. Durante la infancia los esquemas dan un significado al niño para comprender y manejar el ambiente y son adaptivos. Es lo que el individuo conoce, lo que le es familiar y confortable. Es lo correcto. Son verdades a priori que influyen el procesamiento de los eventos futuros. Estos indican como las personas que los tienen, piensan, sienten, actúan y se relacionan. En la adultez es cuando no son adecuados, es cuando producen problemas. Además son resistentes al cambio y difíciles de modificar mediante la aplicación de las técnicas cognitivas

clásicas (Beck, 1967). Esto se debería a la naturaleza incondicional que previene de un procesamiento la información realista de aquella información inconsistente con el esquema. En los niveles cognitivos el esquema se mantendría al magnificar la información que confirmaría el esquema y negando o minimizando la información inconsistente con este.

10. Los esquemas son dimensionales, lo que significa que tienen diferentes niveles de severidad, de generalización, de omnipresencia. Cuanto más severidad, hay más situaciones en las que el esquema está activado.
11. La incondicionabilidad de los esquemas. Se presupone que cuanto más temprano se forma un esquema más generalizado estará, más inflexible será y más severo. A esta característica se le ha llamado incondicionabilidad, e implica una mayor activación de los esquemas, una mayor presencia en la definición del sí mismo o autoconcepto. Sin embargo otros esquemas se desarrollan más tarde, no tienen tanta importancia en la definición del autoconcepto, serían más flexibles, más parecidos a las creencias condicionales del modelo cognitivo de Beck (1979). Se desarrollarían para hacer frente a esos esquemas más centrales del autoconcepto. Por ejemplo, subyugación en respuesta al Abandono, si no le hago enfadar va a estar siempre a mi lado. Los esquemas más incondicionables o primarios serían la Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Insuficiente Autocontrol. Por otro lado se considerarían condicionales, la Subyugación, Autosacrificio, Búsqueda de Aprobación, Inhibición Emocional, Metas Inalcanzables. En estos momentos se desconoce la validez empírica de esta característica.
12. Capaces de interferir de forma significativa en la obtención de las necesidades nucleares de autonomía, de sentirse unido a los demás, de ser respetado por los demás, de expresarse uno mismo y de moverse dentro de unos límites sociales adecuados y conductuales.

3.4. Dimensiones de Esquemas precoces desadaptativos

Young y colaboradores proponen una taxonomía de 18 esquemas, que se agrupan en cinco categorías, estas categorías se construyen en base a las necesidades emocionales no encontradas (no satisfechas) descritas en el apartado anterior. A continuación se describen estas 5 dimensiones de esquemas y los 18 esquemas (Tabla 4).

Tabla 4. Esquemas y Dimensiones de Esquemas.

<p><u>1. DESCONEXIÓN Y RECHAZO</u></p> <p>La expectativa de que sus propias necesidades de seguridad, defensa, estabilidad, cuidado, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto no se satisfacen de forma previsible. Originario de típicas familias que son despreocupadas, frías, rechazantes, negadoras, solitarias, explosivas, impredecibles o abusivas.</p> <p>1. ABANDONO/INESTABILIDAD (Ab)</p> <p>La percepción de inestabilidad o de poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Implica el sentido que las personas (emocionalmente) significativas no serán capaces de continuar dando el soporte emocional, unión, solidez, o protección práctica porqué:</p> <ul style="list-style-type: none"> - son emocionalmente inestables o impredecibles (explosiones o arrebatos de enfado), poco seguros o de comportamiento irregular; - se morirán inmediatamente; - abandonarán al paciente en favor de alguien mejor. <p>2. DESCONFIANZA/ABUSO (Des)</p> <p>La expectativa que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán. Por lo general implica la percepción que el daño es intencionado o el resultado de una negligencia extrema e injustificada. Incluiría el sentido que los demás siempre se burlan de uno o de que uno "se lleva la peor parte".</p> <p>3. PRIVACIÓN EMOCIONAL (PE)</p> <p>La expectativa que sus deseos propios de tener un grado normal de soporte emocional no se van a satisfacer (satisfaceran) adecuadamente con los otros. Las tres formas más comunes de privación son:</p> <p>A. <u>Privación de Cuidado</u>: Ausencia de atención, afecto, cariño o compañerismo.</p> <p>A. <u>Privación de Empatía</u>: Ausencia de comprensión, escucha, auto-descubrimiento (insight) o de compartir mutuamente los sentimientos de los demás.</p> <p>C. <u>Privación de Protección</u>: Ausencia de solidez, dirección o guía de los demás.</p>
--

4. IMPERFECCIÓN/VERGÜENZA (Imp)

El sentimiento que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que uno sería no querido de forma significativa por los demás si se muestra tal como es. Implicaría hipersensibilidad a la crítica, rechazo, culpa; timidez, comparaciones y inseguridad hacia los demás; o un sentido de vergüenza al percibirse imperfecto. Esta imperfección puede ser privada (p.e. egoísmo, impulsos de enfado, deseos sexuales inaceptables) o pública (p.e. apariencia física indeseable, dificultades/incomodidad social).

5. AISLAMIENTO SOCIAL/ALIENACIÓN (AS)

La sensación de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.

2. DETERIORO EN LA AUTONOMÍA Y EN LA EJECUCIÓN

Expectativas acerca de uno mismo y el ambiente que interfiere con la percepción de su habilidad para separar, sobrevivir, funcionar independientemente o actuar/desempeñar con éxito. Originarios de típicas familias que tienen excesivo apego, que minan la confianza de sus hijos, que son sobreprotectoras o que fallan en el refuerzo de los niños para que funcionen de forma competente fuera de la familia.

6. DEPENDENCIA/INCOMPETENCIA (Dep)

Creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin considerable ayuda de los demás (p.e. cuidarse de sí mismo, resolver problemas diarios, realizar buenos juicios, emprender nuevas tareas, tomar buenas decisiones). A menudo se presenta como indefensión.

7. VULNERABILIDAD AL PELIGRO Y A LA ENFERMEDAD (VP) (Eventos fortuitos)

Miedo exagerado a que una "fortuita/azarosa" catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla. Miedos centrados en uno o más de los siguientes aspectos:

- a) Médico: p. e. ataque de corazón, SIDA.
- b) Emocional: p. e. volverse loco.
- c) Natural/Fobia: ascensores, delitos, aviones, terremotos.

8. APEGO/YO INMADURO (Ap)

Emocionalmente se encuentra excesivamente implicado y unido con una o más personas significativas (a menudo los padres), a expensas de una completa individualización o un desarrollo social normal. A menudo implica la creencia que al menos uno de los individuos a los que se siente unido no puede sobrevivir o ser feliz sin el soporte constante del otro. También incluiría sentimientos de ahogo (agobio), de fusión con los demás, o de insuficiente identidad individual. A menudo vividos como un sentimiento de vacío y confusión, sin tener dirección o en casos extremos cuestionándose su propia existencia.

9. FRACASO (Fr)

La creencia que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que fundamentalmente resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales, en áreas de rendimiento (escuela, carrera, deportes, etc.) A menudo implica creencias que uno es estúpido, inepto, sin talento, ignorante, de bajo estatus, con menos éxito que los demás, etc.

3. LÍMITES DETERIORADOS

Deficiencia en los límites internos, en las responsabilidades con los demás o en los objetivos a largo plazo. Conduce a tener dificultades en respetar los derechos de los demás, cooperar con los demás, cumplir obligaciones, o delimitar y encontrar objetivos personales realistas.

Son originarios de familias caracterizadas por permisividad, exceso de tolerancia, falta de dirección o sentido de superioridad antes que una adecuada confrontación, disciplina y límites en relación a tomar responsabilidades, en la cooperación recíproca con los demás, y en la búsqueda de objetivos. En algunos casos, los niños no han sido empujados a tolerar los niveles normales de malestar, o no se les ha dado una adecuada supervisión, dirección o guía.

10. GRANDIOSIDAD/ AUTORIZACIÓN (Gr)

La creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual. A menudo implica la insistencia de que uno debería ser capaz de hacer o tener todo lo que uno quiere, indiferente de lo que es realista, de lo que los otros consideran razonable o del coste (los riesgos) en los demás. O un exagerado centro de superioridad (p. Ej., ser el de más éxito, famoso, poderoso); -- para conseguir poder o control (no básicamente de atención o afecto).

Algunas veces incluye excesiva competitividad hacia los demás, o el intento de dominar a los demás: evaluando su poder, forzando su punto de vista, o controlando la conducta de los demás en relación con sus propios deseos-- sin empatía o sin interesarse por las necesidades o sentimientos de los demás.

11. INSUFICIENTE AUTOCONTROL/DISCIPLINA (IA)

Dificultad persistente o negativa de emplear/o usar el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos, o contener/reprimir de forma excesiva la expresión de sus emociones y impulsos. En su forma grave, el paciente se presenta con un exagerado énfasis en malestar-avoidance: evitando dolor, conflicto, confrontación, responsabilidad, el esfuerzo excesivo -- a expensas de la satisfacción personal, las obligaciones o la integridad.

4. DIRIGIDOS POR LAS NECESIDADES DE LOS DEMÁS

Una focalización en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de sus propias necesidades -- para ganar amor y aprobación, mantener su sentido de unión o relación, o evitar

represalias. Por lo general implica la supresión y la poca conciencia de considerar su propia cólera e inclinaciones naturales.

Son originarios de las típicas familias basadas en una aceptación condicional: los niños deben suprimir importantes aspectos de ellos mismos para ganar amor, atención y aprobación. En muchas familias, las necesidades emocionales y deseos -- o la aceptación social y status -- son evaluados más que las propias necesidades y sentimientos de cada niño.

12. SUBYUGACIÓN (SU)

Excesivamente entregados/abandonados al control de los demás porque uno se siente coercionado: usualmente para evitar la cólera, represalias o el abandono. Las dos formas más importantes de subyugación son:

- a) Subyugación de las necesidades: Supresión de sus preferencias, decisiones y deseos.
- b) Subyugación de emociones: Supresión en la expresión de las emociones, especialmente cólera o el enfado.

Por lo general implica la percepción de que los propios deseos, opiniones y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. Frecuentemente presenta una excesiva conformidad (sumisión), combinado con hipersensibilidad a sentirse atrapado/bloqueado. Generalmente conduce a evitar la cólera, manifestando síntomas maladaptativos (p.e. conducta pasiva-agresiva, estallidos incontrolados de temperamento, síntomas psicósomáticos, abstinencia de afecto, "acting out", consumo de sustancias psicoactivas).

13. AUTO-SACRIFICIO (AU)

Excesivamente centrado de forma voluntaria en las necesidades de los demás en las situaciones diarias, a expensas de su propia gratificación. Las situaciones más comunes son:

- prevenir el causar dolor a los otros
- evitar la culpa producida por los sentimientos egoístas
- mantener la relación con los demás al ser percibido como algo necesario.

Muchas veces resulta de una sensibilidad aguda hacia el dolor de los demás. Algunas veces conduce a sentir que sus propias necesidades no se están satisfaciendo adecuadamente y el resentimiento que genera esta situación es guardado con cuidado. (Se superpone con el concepto de Codependencia).

14. BÚSQUEDA DE APROBACIÓN/BÚSQUEDA DE RECONOCIMIENTO (BA)

Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento, o atención en los demás, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo. Su autoestima depende principalmente de las reacciones de los demás más que de sus propias inclinaciones naturales.

Algunas veces incluye sobrevalorar el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o el

rendimiento -- como método de ganar aprobación, admiración o atención (no principalmente de poder o control). Con frecuencia se traduce en que las decisiones importantes de la vida son insatisfactorias o no auténticas; o en hipersensibilidad al rechazo.

5. SOBREVIGILANCIA E INHIBICIÓN

Excesivo énfasis en controlar sus sentimientos espontáneos, impulsos y en la elección en el orden de evitar cometer errores O en encontrarse rígido, reglas internalizadas y expectativas acerca del rendimiento y conductas éticas -- a menudo a expensas de felicidad, autoexpresión, relajación, relaciones cerradas o salud.

Originario de típicas familias que son inflexibles (y algunas veces punitivas): rendimientos, -- perfeccionismo, seguir reglas y evitar errores en detrimento del placer, la alegría y la relajación. Normalmente hay una tendencia al pesimismo y la preocupación -- que las cosas pueden deshacerse si uno no logra estar vigilante y tener cuidado todo el tiempo.

15. NEGATIVIDAD/VULNERABILIDAD AL ERROR (NE) (Eventos Controlables)

Una penetrante focalización de toda la vida en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, decepción, conflicto, culpa, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que pueden ir mal, etc.), mientras minimizan o niegan los aspectos positivos o optimistas. O una exagerada expectativa -- en un amplio rango de situaciones de trabajo, financieras o interpersonales situaciones que son vistas típicamente como "controlables" -- de que las cosas saldrán seriamente mal, o que los aspectos de su vida que parecen estar yendo bien se desharán en el tiempo.

Por lo general implica un miedo excesivo a cometer errores que puedan conducir a: un colapso financiero, pérdida, humillación, estar atrapado en una mala situación o pérdida de control. Debido a que el potencial negativo les lleva a ser exagerados, estos pacientes frecuentemente se caracterizan por preocupación crónica, vigilancia, pesimismo, quejas o decisión.

16. INHIBICIÓN EMOCIONAL/HIPER-CONTROL (IE)

Excesiva inhibición de la acción espontánea, sentimientos o comunicación --por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico; o para evitar cometer errores, la desaprobación de los demás, catástrofe y caos, o la pérdida de control de los propios impulsos. Las áreas más comunes de excesivo control comprenden o:

- a) Inhibición de la ira y agresión.
- b) Orden compulsivo y planificación.
- c) Inhibición de los impulsos positivos (p.e. alegría, juego, afecto, excitación, sexual).
- d) Excesiva adherencia a la rutina o a los rituales.
- f) Dificultar para expresar vulnerabilidad o comunicar libremente sus propios sentimientos, necesidades, etc.
- g) Excesivo énfasis en lo racional mientras no se tienen en cuenta las necesidades

emocionales

Por lo general el hipercontrol se extiende a las personas del ambiente del paciente

17. METAS INALCANZABLES/HIPERCRTICISMO (MI)

La creencia profunda que uno debe esforzarse por encontrar unos estándares internos de conducta y rendimientos muy elevados, normalmente para evitar las críticas. Es el resultado de sentimientos de presión o dificultad para ir más despacio y en un hipercriticismo hacia uno mismo y hacia los demás. Implicaría un deterioro en: el placer, la relajación, la salud, autoestima, sensación de realización, relaciones satisfactorias. Estándares inalcanzables se presenta típicamente como:

- a. Perfeccionismo, inusual atención al detalle o una infravaloración de su propio rendimiento, cuando es bueno, en relación a las normas.
- b. Reglas rígidas y "deberías" en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, éticos, culturales o religiosos no realistas de forma significativa.
- c. Preocupación con el tiempo y la eficacia, de las cosas que podrían conseguirse de más.

Adaptación Española: Cid, J.; Tejero, A; Torrubia, R.; 1995. Correspondencia a: Jordi Cid Colom. Direcció Assistencial XSMiA IAS.Edifici Til.lers. c/ Dr. Castany s/n 17190. Salt. Girona. Spain. Adaptado con permiso del autor: Jeffrey Young Ph.D. Copyright 1995. Cognitive Therapy Center of New York. (Prohibida su reproducción sin consentimiento informado del autor).

3.5.Estilos de Afrontamiento Desadaptativos

El segundo concepto que desarrolla la terapia son los estilos de afrontamiento desadaptativos que en las primeras formulaciones del modelo se les denominaba **los procesos de esquemas** (Young, 1990, 1994, 1999), y se definían como procesos psicológicos en la esfera de lo cognitivo, emocional y conductual, que permitían al esquema repetirse de forma continuada, sin posibilidad de cambio. El modelo presupone que los pacientes, desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas en su infancia o primeros años de la vida para poderse adaptarse ante la frustración de las necesidades emocionales, y así no tener que experimentar las emociones intensas y aplastantes que genera el esquema. Se los puede definir como formas de hacer frente a las necesidades básicas, a los conflictos y a las situaciones estresantes, que refuerzan y mantienen a los esquemas (Young & Klosko, 2003). En la infancia, un esquema representa la presencia de

una amenaza. Ante estas amenazas hay tres respuestas estudiadas por parte de la psicología y que están universalmente aceptadas que son la respuesta de inhibición, de escape o de lucha. Los tres estilos de afrontamiento desadaptativos hacen referencia a las tres respuestas básicas ante la amenaza: la lucha es sobrecompensación, la huida es evitación y quedarse inmóvil es rendición. Es importante tener en cuenta que si bien estos estilos de respuesta fueron posiblemente funcionales y útiles en la infancia, en la edad adulta podrían resultar disfuncionales que no permiten adaptarse de una manera saludable y, por lo tanto, impiden la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos (Young & Klosko, 2003). Los pacientes suelen referirse a estas cosas como “lo que nos hacen tropezar una y otra vez, con la misma piedra” (Cid, Obst, Camerini, Pell, Alfano, 2011):

1. Sobre-compensación. Hace referencia a conductas o pensamientos que intentan superar y hacer frente al esquema.
2. Evitación. Esta alternativa consiste en estrategias cognitivas, emocionales o conductuales por las cuales el sujeto intenta eludir los pensamientos o las situaciones que pudieran activar el esquema y la experimentación de la intensa emoción o tono emocional que le acompaña. Su instauración se realizaría por condicionamiento aversivo.
3. Rendición. Esta alternativa consiste en aceptar plenamente y favorecer el cumplimiento o confirmación del esquema.

Recientemente, Young, Klosko y Weishaar, (2003) agrupan los procesos de esquemas y los redefinen, reagrupando los estilos de afrontamiento desadaptativos en dos operaciones básicas de los esquemas. La primera es la **Perpetuación de los esquemas** entendido como “todo” lo que el paciente hace (internamente o conductualmente) y que hace que el esquema se mantenga funcionando. Son todos los pensamientos, conductas y sentimientos que terminan reforzando más que sanando (profecías autocumplidas) y la **Curación de los esquemas** que es el objetivo de la terapia, e implica disminuir la intensidad de los recuerdos conectados con el esquema, la carga emocional, la intensidad de las sensaciones corporales, y las cogniciones desadaptativas. Esto también implica un cambio de la conducta, donde el paciente reemplaza los estilos de afrontamiento desadaptativos por patrones conductuales adaptativos.

3.6. Los Modos de esquemas

Los Modos de Esquemas se definen como una parte del sí mismo, que supone una agrupación natural de esquemas y de procesos (evitación, mantenimiento y sobrecompensación) que no están completamente integradas con otras partes del sí mismo. Los modos se caracterizan por un estado de ánimo o estados emocionales intensos, e implican pensamientos, conductas y emociones. En definitiva, un estado emocional actual asociado a la activación de un esquema, y a los estilos de afrontamiento que les acompañan. Los modos de esquemas se desarrollaron porque algunos pacientes no se ajustaban al modelo de TE definidos en base a los esquemas (Young, 1999). Durante las sesiones de terapia mostraban cambios rápidos en su estado de ánimo o emociones y en su conducta, pasaban del enfado a la angustia, a la impulsividad. Se observaba la activación de manera simultánea de un conjunto de esquemas y estrategias de afrontamiento. Para el terapeuta y para el paciente era difícil de poder definir el foco de intervención. Por este motivo, fue necesario definir una unidad de análisis más flexible, más manejable para el terapeuta y que fuera más comprensible para el paciente. Así fue como se empezó a desarrollar el modelo de modos de esquemas, que es un modelo de estado y que se adapta a cada TP. Se definen 10 modos que se agrupan en modos de niño, modos padres desadaptativos y modos de estrategias de afrontamiento (Véase Arntz y Jacob, 2014; Lobbetael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten y Arntz, 2010)

3.7. La conceptualización de los Trastornos de la Personalidad con la TE

El modelo de TE no ha relacionado de manera directa los TP con los constructos de esquema y estrategias de afrontamiento desadaptativos. El planteamiento es que los esquemas funcionarían como rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento modularían que modo de esquema se observa (Rijkteboer et al, 2014). Los criterios diagnósticos del DSM se asemejarían a los estilos de afrontamiento de los esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003). En la actualidad, se están investigando las relaciones entre los esquemas, modos de esquemas y estilos de afrontamiento para cada TP, para evitar tener que realizar la asimilación entre estos constructos y los criterios categoriales del DSM como se ha hecho hasta ahora (Arntz, 2012) e intentar así un perfil más ajustado de modos, esquemas y estilos de afrontamiento para cada TP (Arntz y Jacob, 2014).

A nivel de tratamiento, se anima a la persona a que analice hasta qué punto los esquemas le han ayudado a adaptarse a circunstancias adversas anteriores, y que se pregunte si son apropiadas para ayudarle a adaptarse a su situación actual. El tratamiento trata de facilitar la conexión afectiva y el reaprendizaje, reaprendizaje que en ocasiones puede implicar componentes de reparentalización.

3.8. La Evaluación de Esquemas mediante Cuestionarios

Desde los orígenes de la terapia cognitiva y del desarrollo posterior de los enfoques centrados en los esquemas, existe controversia acerca de la accesibilidad de estas estructuras de conocimiento ya que se consideran inconscientes. Tal como hemos visto, los esquemas consisten en elementos organizados de experiencias y reacciones pasadas que forman un cuerpo de conocimiento relativamente compacto y perdurable capaz de guiar las siguientes percepciones y evaluaciones (Segal, 1988).

Tanto la definición, la taxonomía y la evaluación del constructo de esquema han sido ampliamente cuestionadas desde su formulación en la psicología cognitiva. En buena parte se debe a que se definen los esquemas como estructuras cognitivas, que operan como procesos automáticos en muchos casos fuera de la conciencia del individuo y que forman parte de lo que se ha denominado conocimiento tácito. Es evidente que esta definición limita las posibilidades de medir y poder identificar este tipo de estructuras por medio de autoinformes (Muran, 1991, Pinto Gouveia y Rijo, 2001; Segal, 1988). Los cuestionarios (método evaluación), se basan en el conocimiento consciente y en las autopercepciones de las personas que responden. En un principio la accesibilidad a los esquemas y evaluación psicométrica serían conceptos antagónicos. Es un hecho contrastado que la capacidad de autoconocimiento de uno mismo, los estilos de evitación e inhibición de las emociones y los estilos compensatorios de afrontamiento pueden influir en la evaluación psicométrica no sólo de los esquemas sino también de los rasgos de personalidad. No obstante, esto no invalida la posibilidad de poder identificar de manera psicométrica los esquemas. Los cuestionarios de creencias y esquemas piden a la persona que valore si una descripción de su manera de pensar, sentir y actuar se ajusta a cómo es o como se comporta (sentir, pensar, expectativas y conductas) habitualmente. La construcción de estos cuestionarios además no es distinta a los cuestionarios de personalidad, con larga tradición en la

psicología. De todos modos es obvio, que si no existen déficits cognitivos o neuropsicológicos que lo impidan que todos las personas que son evaluados mediante estos cuestionarios sea capaces de puntuar a través de una escala de valoración como se describe a sí mismo, al igual que otros muchos cuestionarios de rasgos de personalidad. Algunas veces se confunde la egosintonía y la poca capacidad de darse cuenta de cómo su comportamiento es el causante de su malestar como la incapacidad de describirse así mismo.

Por último destacar que si comparamos la definición de los esquemas y los rasgos de personalidad del DSM-IV observamos similitudes claras. La definición de esquema se operativiza como una variable intermedia, entre los rasgos de personalidad y los rasgos de personalidad que definen los sistemas de clasificación del DSM. Hay similitudes entre la definición de esquemas y los rasgos de personalidad del DSM. Estos se definen como perdurables (cronicidad), inflexibles (no cambian) y desadaptativos (causan un deterioro social, o laboral y un sufrimiento emocional). Los esquemas definen patrones (cognición, afecto, recuerdos, vivencias), estables e inflexibles y provocan desadaptación en un sentido amplio, incluido malestar emocional. Tres diferencias, la conducta no forma parte del esquema, y en los rasgos sí, los esquemas están centrados en uno mismo y en las relaciones con los demás, en cambio los rasgos son más amplios centrados en la cultura. Y por último, el rasgo de personalidad hace énfasis en las consecuencias, siendo en los esquemas más global e idiosincrásico.

El gran logro de la Terapia de Esquemas y de su creador Jeff Young en el desarrollo de una serie de cuestionarios que tienen la intención de medir los contenidos cognitivos de los esquemas que se entienden como un producto de organizaciones estables y que ayudaran a inferir la existencia de una estructura cognitiva de procesamiento cognitivo-afectivo relacionado con el autoconcepto o definición del sí mismo. Es evidente que el desarrollo de los cuestionarios tienen el objetivo claro de medir y evaluar para que sean de ayuda a la hora de organizar, planificar y evaluar las intervenciones que desarrolla la propia TE es un mérito extraordinario no logrado por ningún modelo de terapia psicológica. Se han construido cuestionarios para evaluar esquemas, modos de esquemas, estilos de afrontamiento desadaptativo y el cuestionario de padres, que indica conductas del comportamiento de los padres que pueden ser base de los esquemas. No obstante, este

gran mérito puede quedar empañado cuando en los estudios publicados los investigadores utilizan distintas versiones del cuestionario en función de la validación que se dispone en cada país.

En la Figura 1, se describen las distintas versiones del Cuestionario de Esquemas de Young, (CEY). Una primera versión del CEY, que se puede considerar como preliminar con 123 ítems y que evaluaba los 16 esquemas que se definieron en el modelo original (Young, 1990). Una segunda versión del CEY que se conoce como versión original o extensa (Siglas en inglés YS1-VL; CEY-L en nuestro texto) que consta de 205 ítems y evalúa una taxonomía de 16 esquemas (Young, 1999).

Posteriormente y a raíz del tiempo de administración del cuestionario largo, se desarrolló una versión corta del CEY (CEY-SF o CEY-S2 en inglés, CEY-VR en nuestro texto) que tuviera un tiempo de administración más corto, no superior a 20 minutos. Esta versión CEY-VR, con 75 ítems se construye con los ítems que saturan más alto en cada uno de los factores del análisis factorial del estudio de validación americano de Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995). Este cuestionario mide 15 esquemas (Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Autosacrificio, Inhibición Emocional y Metas Inalcanzables). El esquema de Indeseabilidad Social es el único esquema del modelo original que no está en este cuestionario. Cada escala del CEY se compone de 5 ítems. Los ítems de cada esquema están ordenados de forma consecutiva y no están randomizados.

En el año 2001, se empiezan a preparar nuevas versiones, para dar cabida a tres esquemas nuevos que se definen en la revisión que se hace del modelo (Young, Weishar y Klosko, 2003). Estos son la Búsqueda de aprobación, la Negatividad y el Castigo. De cara a poder evaluar estos esquemas, se desarrolló un cuestionario el YSQ-RE2R que coge como base el CEY de 75 ítems, a los que se le añaden ítems que evalúan estos tres esquemas. Este cuestionario tenía un total de de 114 ítems randomizados y 18 esquemas evaluados. Más recientemente, cogiendo como base al anterior se ha construido una versión de 90 ítems, con 5 ítems por escala de evaluación de los 18 esquemas CEY-S3 en inglés o CEY-S3 en castellano (Cid y Torrubia, 2007). Esta transformación también se ha realizado con la

versión larga de 205, donde se le han añadido ítems para poder evaluar estos tres esquemas nuevos para generar una versión de 232 ítems que mide 18 esquemas (Cid y Torrubia, 2010). La única diferencia importante con las anteriores escalas es que estas versiones realizan una radomización de los ítems.

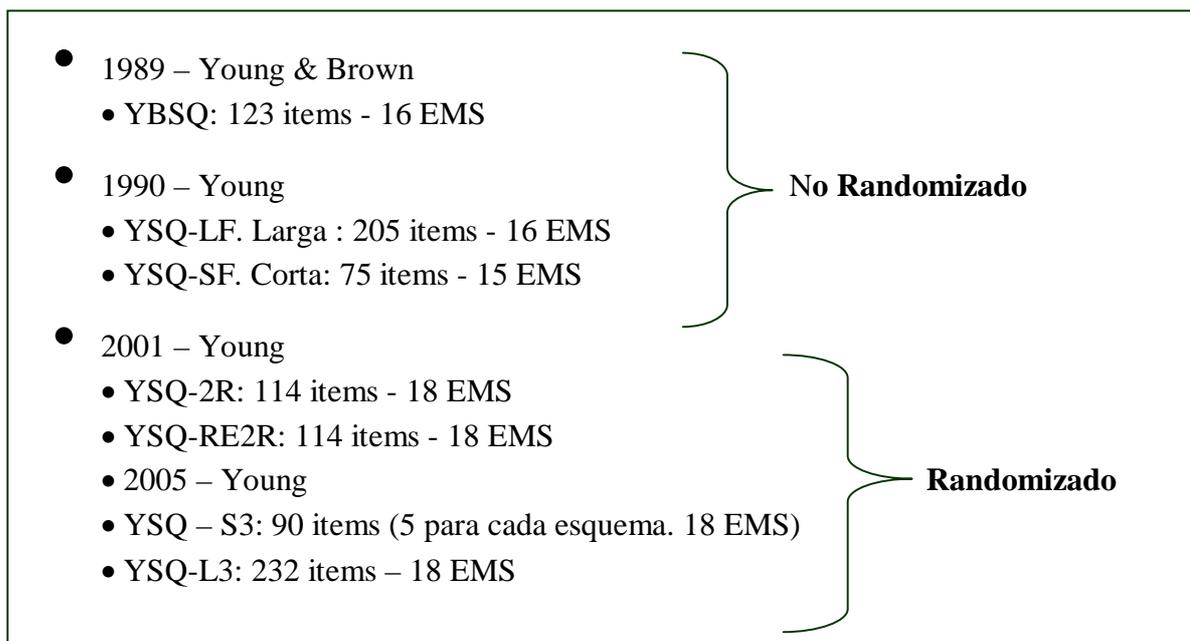


Figura 1. Los Cuestionarios de Esquemas de Young.

4. El estado de la Investigación empírica de los esquemas utilizando el Cuestionario de Esquemas de Young

4.1. Introducción

Para describir el estado de la investigación nos centraremos en las propiedades psicométricas del CEY original de 205 ítems, del CEY Corto de 75 ítems, y la nueva versión del CEY de 18 esquemas, ya que mantiene la estructura de 15 factores del CEY-VR. Para facilitar la descripción de los estudios vamos a seguir el siguiente guión para el CEY-L y CEY-S3 se describe un breve resumen de las características psicométricas obtenidas en los estudios de validación, en el caso del CEY-L, por qué es el estudio original que marcó el desarrollo de la investigación, en el caso del CEY-S3 porqué es la versión ampliada del CEY-VR y puede ser interesante conocer detalles de su uso para poder. En el caso del CEY-VR se revisa los estudios de validación psicométrica a otras lenguas y culturas y se detalla en primer lugar la validez de constructo a través del análisis de los estudios que utilizan una estrategia exploratoria, y posteriormente aquellos estudios que utilizan un estrategia de análisis factorial confirmatorio. Después, se revisa los resultados de la fiabilidad de los estudios (alfa de cronbach y estabilidad temporal). A continuación, que estrategias utilizan para la validez convergente/discriminante y de criterio y/o predictiva. Por último, y a nivel general haremos un análisis de los estudios que utilizan los cuestionarios de esquemas en población clínica de Trastornos Mentales y Trastornos de la Personalidad. Este análisis no se va poder hacer para cada uno de los cuestionarios por separado, el motivo es el elevado número de estudios que han aparecido utilizando el cuestionario de Esquemas de Young. La aparición de los cuestionarios de esquemas han sido un antes y un después en el estudio del papel de los esquemas como factor de riesgo y/o vulnerabilidad en la psicopatología (Cid, 2010). El cuestionario de esquemas no sólo se utiliza en muestras clínicas sino también en muestras de estudiantes o población general de vulnerabilidad a los Trastornos mentales, donde intentan precedir la presencia de psicopatología, principalmente depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, (Calvete y Orue, 2008; Calvete, Orue y Hankin, 2013; Calvete, 2014; Hulber, Jennings, Jackson y Chanen, 2011; Maud, Shute y McLachlan, 2012; Roelofs, Lee,

Ruijten y Lobbestael, 2011; Lawrence, Allen, 2011; Orue, Calvete y Padilla, 2014). En estudios de psicopatología, de dolor crónico (Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, 2009; Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, 2011; Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, 2012), de dolor (Saariaho, Saariaho, Karila, Joukamaa, 2010; Wohlman, 2000), en psoriasis y eczema atópico (Mizara, Papadopoulos y McBride, 2012), y en asmáticos (Mansou, Moheb, Sharifi, 2010). En estudios de conductas disruptivas o desadaptación (Cecero, Beitel y Prout, 2008; Lodoño, Aguirre, Naranjo y Echeverry, 2012; Vite Negrete y Miranda, 2012), de experiencias negativas en la infancia, incluyendo las de maltrato o abuso y sus consecuencias (Cecero, Marmon Beitel, Gay, Harding, Jackson, Burns y Baker, 2013; Hutz y Jones, 2004; Harris y Curtin, 2002; Kim, Kim, Won, Rim, Kim y Lee, 2012; Lumley y Harkness, (2007); McCarthy y Lumley, 2012; Roemmele y Messman-Moore, 2011; Shainheit y O'Dougherty, 2012; Simeon et al 2003). Se han establecido relaciones de los esquemas con variables de personalidad (López, Rondón, Alfano y Cellarino, 2012), como la agresividad (Calvete y Orue, 2012; Calvete *et al.*, 2014), el locus de control (Akbarikia y Gasparyan, 2012; Lemos, Jaller, González, Díaz y De la Ossa; 2012) o el estilo de humor (Dozois, Martin Rod y Bieling, 2008). También se ha utilizado para describir perfiles de profesionales de salud mental (Bamber y McMahon 2008; Grebota, Berjotb y Lesageb, 2011; Saddichha, Kumar y Pradhan, 2012;), en la toma de decisiones acerca de la elección del modelo de formación de terapia (Cucu-Ciuhana y Roban-Motounu, 2012), en la descripción de la orientación interpersonal (Yoo, Hee y Jung, 2014), en los aspectos del funcionamiento social y habilidades sociales (Yilmaz, Kumcagiz, Balci-Celik, Eren 2011; Scott y Crino, 2014). En otras áreas como son los estudios de la sexualidad humana (Leirós, Carvalho, Nobre, 2013; Coates y Messman-Moore, 2014) y sus disfunciones (Oliveira y Nobre, 2013) y para describir problemas familiares y predecir el divorcio (Yoosefi, Etemadi, Bahrami, Al-Sadat Fatehizade y Ahmad Ahmadi, 2011). También, se está utilizando en los ámbitos forenses y con muestras de criminales (Bernstein, Arntz y De Os, 2007; Gilbert, Daffern, Talevski y Ogloff, 2013; Van Vlierberghe, Timbremont, Braet, Basile 2007) o abusadores en prisión o tratamiento (Carvalho y Nobre 2013; Richardson, 2005), en mujeres maltratadas (Calvete, Corral y Esteve, 2007; Calvete, Estevez y Corral, 2007; Khosravi, Attarib y Rezaei, 2011).

En resumen, en la revisión de los estudios donde utilizan el CEY nos centraremos en los estudios clínicos, en aquellos que se identifica la presencia de un diagnóstico de trastorno

del Eje I o Eje II, agrupándolos con las siguientes categorías: sintomatología del Eje I, trastornos depresivos y trastornos de dependencia al alcohol. Por cuestiones de espacio no hablaremos de los estudios de los trastornos de la conducta alimentaria ni tampoco de otros aspectos clínicos interesantes donde se ha aplicado los cuestionarios de esquemas. A continuación relacionaremos los esquemas con las teorías de la personalidad y los trastornos de personalidad. Finalizaremos esta descripción con un análisis de la sensibilidad al cambio del CEY, centrándonos en la utilización del CEY en estudios de resultados para medir el cambio en las intervenciones. Por último realizaremos una breve reflexión acerca de la acerca del tipo de versión de cuestionario de esquemas, largar versus corta, a utilizar y administrar. Todo ello con el fin de clarificar si los intentos de muchos investigadores de favorecer el uso del cuestionario de esquemas en su versión corta de 75 ítems mediante una estrategia de maximización de las las similitudes de las propiedades psicométricas de ambas versiones está justificada.

4.2. Resumen de las propiedades psicométricas de la versión original del Cuestionario de Esquemas de Young. CEY-L

En este apartado analizamos los estudios de las propiedades Psicométricas del Cuestionario de Esquemas de Young en su versión original y extensa de 205 ítems (CEY-L).

El primer estudio de validación del CEY-L es de Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995), y lo realizan los propios autores del cuestionario. El objetivo es conocer las propiedades psicométricas del CEY, para ello administran a una muestra de 1129 estudiantes universitarios americanos, 423 mujeres y 706 hombres, de dos universidades distintas. Utilizan la metodología de análisis factorial exploratorio de tipo ortogonal. El análisis factorial de la primera muestra de estudiantes (muestra 1; n = 575) aparecen 17 factores, 15 de los 16 hipotetizados por el modelo. El esquema que no emerge es el de Indeseabilidad social, cuyos ítems saturaron en los factores de Fracaso en la Ejecución e Imperfección. En cambio, surgen dos factores nuevos: Preocupaciones económicas, formado con ítems de la escala Vulnerabilidad al Peligro y a la enfermedad; y el segundo, Miedo a Perder el control, con los ítems principalmente de la escala de Inhibición Emocional. En la segunda muestra (muestra 2; n = 554), y con intención de replicar los resultados de forma transcultural, realizan otro un análisis factorial, y replican sólo 13 de los esquemas. No

surgen los esquemas de Subyugación cuyos ítems saturan principalmente en Dependencia, el esquema de Grandiosidad cuyos ítems saturan principalmente en Insuficiente Autocontrol, e Indeseabilidad Social cuyos ítems saturan en Imperfección, y Aislamiento Social cuyos ítems satura en el esquema de Privación Emocional. A continuación, realizan un análisis factorial de segundo orden con estos 13 esquemas, y obtienen una solución con tres factores de segundo orden: Desconexión, Excesiva Unión, Normas o Metas Exageradas (Figura 2).

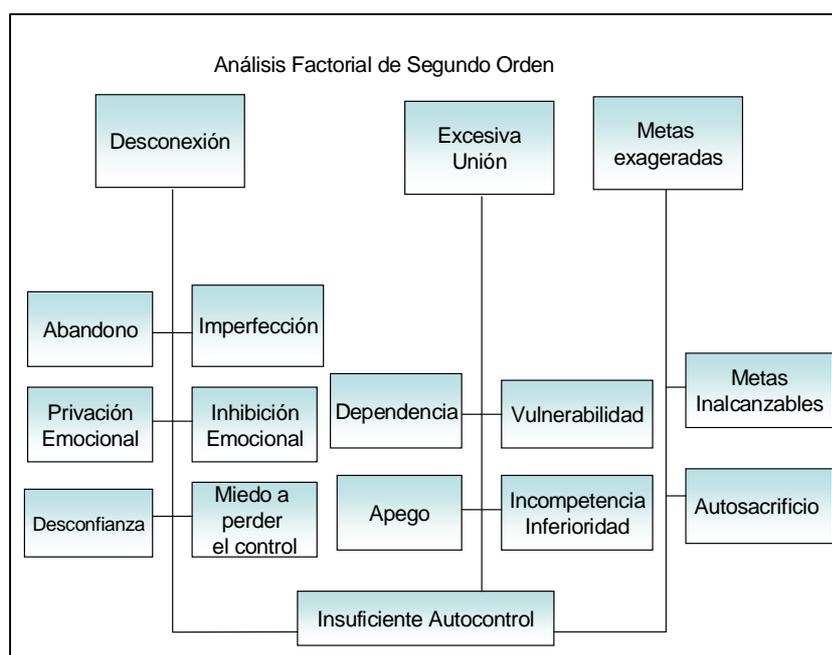


Figura 2. Análisis Factorial de Segundo Orden del CEY del estudio original. Adaptada de Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995).

En este mismo estudio presentan el análisis factorial del CEY-L en una muestra de pacientes psiquiátricos ($n=187$) que reciben un tratamiento ambulatorio, donde replican los 15 esquemas de los 16 hipotetizados teóricamente y explicaban un 53,7 % de la variancia. El único esquema hipotetizado que no surge con factor es la Indeseabilidad Social y tampoco el factor de Miedo a perder el control, que sólo emerge en la muestra de estudiantes. Los índices de fiabilidad de las escalas son óptimos con coeficientes de fiabilidad alfa de cronbach superiores al 0,80. Estos autores también analizan la estabilidad temporal a 6 semanas a 50 estudiantes universitarios (38 hombres y 47 mujeres), obteniendo índices de estabilidad temporal laborales entre un rango de 0,50 hasta 0,80.

El segundo estudio de Lee, Taylor y Dunn (1999) con muestras australianas tiene como objetivo replicar el estudio de Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995) en una muestra clínica de 433, con una edad media de 39 años (182 hombres y 251 mujeres), con un 60 % de diagnósticos de Eje II y un 31 % de trastorno del Eje I. Para determinar si la estructura factorial subyacente es comparable entre ambas poblaciones utilizan el procedimiento de análisis de componentes principales, considerando los esquemas como ortogonales. En el análisis obtienen más de 16 factores, aunque sólo interpretaron los congruentes con el modelo teórico. De estos 16 factores, replican 13 del modelo teórico de esquemas propuesto por Young. El esquema de Indeseabilidad social no aparece como factor, la mayoría de los ítems saturan en el esquema de Aislamiento social, excepto 3 que hacen referencia a aspectos físicos externos (estoy gordo, me siento poco atractivo sexualmente, y me siento feo). El esquema de Inhibición emocional se subdivide en dos, surgía un factor con 4 ítems que hacen referencia a la represión e inhibición de las emociones, Represión emocional y Miedo a perder el control con el restante de los ítems de este esquema. En este mismo estudio, calculan un análisis factorial de segundo orden una vez han depurado los ítems que no saturan en el esquema correspondiente y los ítems con una saturación menor a 40. El análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax, da una solución de cuatro factores de segundo orden, con una variancia explicada del 66 % (Figura 3).

Existen dos estudios menores con análisis factoriales exploratorios, Mihaescu, Sechaud, Cottraux, velarde, Heize, Finot y Baettig (1997) en muestras francesas y de Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín, y Schnitter (2005).

Hay dos estudios de validación con la CEY-L, donde se realiza un análisis factorial confirmatorio con la versión larga del cuestionario, el primero es el realizado por Rijkeboer y van den Bergh (2006) con la versión holandesa del cuestionario, donde administran una versión del CEY de 205 ítems randomizado, a dos grupos, uno de estudiantes universitarios y otro de pacientes psiquiátricos. El procedimiento que utilizan para estudiar la estructura latente del CEY y medir la invariancia en una muestra clínica y no clínica, fue el análisis factorial confirmatorio. Para ello, usan el método por mitades o parcelado que consiste en la división de la prueba en dos partes paralelas de la misma longitud.

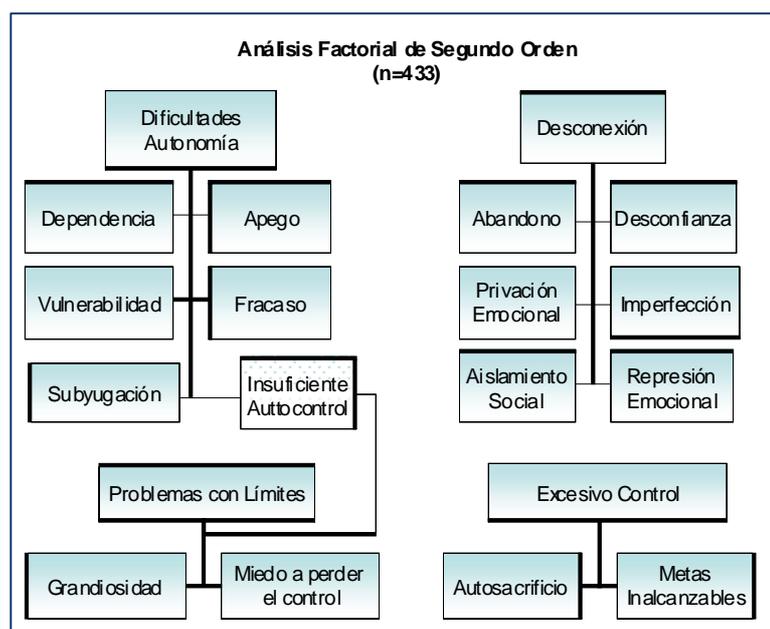


Figura 3. Estructura Factorial de segundo orden del estudio de replicación transcultural de Lee, Taylor y Dunn (1999)

Realizan un análisis de componentes principales de las dos mitades, con cuatro modelos de los que testean su ajuste. El resultado del análisis factorial es una estructura de 16 factores para ambas muestras, con las siguientes especificaciones técnicas (a) se permiten las correlaciones entre factores (b) las saturaciones en los factores se especifican como invariantes entre las muestras, (c) se permite que el error de las variancias pueda variar. Los índices de fiabilidad son óptimos con valores superiores a 0,70. El análisis de la estabilidad temporal del CEY-L en una muestra de 82 estudiantes universitarios que realizaron un *rtest* a las 6 semanas. En la estabilidad absoluta encuentran diferencias significativas en la mitad de las escalas en cada una de las formas paralelas que se atribuye a un error temporal. En cambio la estabilidad relativa a las seis semanas muestra unos índices óptimos de estabilidad, con un rango entre $r=0,63$ en Autosacrificio a $r=0,97$ en Dependencia.

Pauwels, Claes, Smits, Dierckx, Muehlenkamp, Peuskens y Vandereycke, (2013), presentan la adaptación al flamenco, utilizando la escala holandesa que acabamos de describir, en una muestra de hombres con un diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol o uso de sustancias, y de mujeres con un de trastorno de la conducta alimentaria, donde encuentran que los índices de ajuste del modelo del análisis factorial confirmatorio es el de 16 factores de Young (1990) en comparación con el modelo de 15 esquemas (Lee,

Taylor y Dunn, 2002). Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach son altos para el total de la muestra, rango de 0,81 a 0,95.

En resumen de estos artículos de validación, estructura factorial que confirma la versión de 16 esquemas en dos estudios que utilizan la estrategia factorial confirmatoria, y en los dos que utilizan la estrategia confirmatoria 15 esquemas. Los coeficientes de fiabilidad de Alfa de Cronbach son mayores a 0,80, aspecto que confirman otros estudios que utilizan el CEY-L y detallan los coeficientes de fiabilidad en muestras de bulímicas (Shah y Waller, 2000; Waller, Ohanian, Meyer y Osman, 2000); y Stopa, Thorne, Waters y Preston (2001) en una muestra psiquiátrica. Los coeficientes de estabilidad temporal, a las seis semanas, son adecuados.

4.3. Estudios de las Propiedades psicométricas de la versión reducida del Cuestionario de Esquemas de Young. CEY-VR

En este apartado vamos a revisar los estudios de la primera versión corta del Cuestionario de Esquemas de Young, CEY-VR la de 75 ítems y que identifica 15 esquemas (Privación emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Grandiosidad, Insuficiente autocontrol, Autosacrificio, Subyugación, Inhibición emocional y Metas inalcanzables). Esta versión se caracteriza porque no tiene los ítems randomizados por lo tanto para cada esquema se listan todos los ítems seguidos y son contestados por los sujetos a los que se administra el cuestionario.

4.3.1. Análisis Factorial Exploratorio

Welburn, Coristine, Daga, Pontefract y Jordan, (2002) en un estudio con 196 pacientes psiquiátricos, un 33% (n=65) son hombres y 67% (n = 131) mujeres. El rango de edad es de 18 a 63 años con una media de 36,9 y (de=9,3). Los diagnósticos más frecuentes son el trastorno del estado de ánimo (75 %) y los trastornos de ansiedad (26 %). Todos están inmersos en un tratamiento en un hospital de día. Analizan la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio, donde la extracción factorial obtiene 15 factores

teóricos propuestos por el modelo, que explican un 73,1 % de la variancia. No obstante, el análisis de ítems revela que ciertos ítems (50, 35, 46, 38) saturan en dos factores y no en el factor teórico hipotetizado. Los coeficientes de fiabilidad de Alfa de Cronbach son adecuados, con un rango entre 0,76 y 0,93, para las 15 escalas. Los autores concluyen que la taxonomía de 15 esquemas se confirma en muestras clínicas, minimizando la importancia de los cambios de factor que observan en los ítems.

Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard, y Martin (2006) administran el CEY-VR a una muestra de 263 estudiantes, 82 hombre y 181 mujeres con una edad media de 28 años ($de= 14$). Después de administrar el CEY, realizan un análisis factorial exploratorio donde emergen 19 factores explicando un 66,3 % de la variancia. De estos 13 de los 15 esquemas propuestos emergen como factores claros. Un catorzeavo esquema interpretable, llamado Límites Deteriorados, compuesto por los ítems de Grandiosidad e Insuficiente autocontrol. Los análisis de fiabilidad de estos 14 factores muestran unos coeficientes alfa aceptables con un rango de 0,64 a 0,87. No aportan información sobre un análisis de segundo orden.

A continuación se detallaran dos estudios que surgen de la revisión que hacen de la versión corta del CEY, a raíz de las sugerencias recibidas por las deficiencias metodológicas en la construcción del cuestionario (Waller, 1999, Cid y Torrubia 2002; Pinto Gouveia y Rijo; 2000). Ball y Young (1999), hicieron una versión modificada del cuestionario de 75 ítems, donde se reescribieron ciertos ítems para ser comprendidos por personas con bajos niveles educacionales, también cambiaron la dirección de ciertos ítems, para que en cada escala hubiera un ítem que se puntuara negativo. Además también se modificaron el orden de los ítems con un procedimiento de randomización y la escala de medida en vez de ser una likert de 6 puntos pasó a ser una likert de 4 puntos. El cuestionario resultante denominado Cuestionario de Esquemas Precoces Desadaptivos Revisado (CEPD-R). Este cuestionario se puso a prueba a nivel de validez de constructo por Cecero, Nelson y Gillie (2004) en una muestra de 292 estudiantes, 220 mujeres y 72 hombres, con un rango de edad de 17 a 21 años, con una edad media de 20,01 años. Los índices de fiabilidad son adecuados para las escalas, a excepción de Apego (0,33) e Insuficiente autocontrol (0,39). En lo que concierne a la estructura factorial del CEPD-R, el análisis factoria exploratorio muestra 15 factores que explican un 52,93 % de la variancia, de estos 14 son hipotetizados por el

modelo teórico, a excepción de Imperfección. El quizeavo factor era no esperado con ítems de Grandiosidad, Imperfección y Metas Inalcanzables. Una serie de 10 ítems daban problemas en el análisis factorial (8, 10, 15, 30, 40, 45, 55, 70, 71, y 72), y 3 de ellos se removieron del análisis (10, 15, y 71).

El análisis factorial de segundo orden encuentra 4 dimensiones subyacentes. En el primer factor está compuesto por Desconfianza, Privación Emocional, Aislamiento social e Inhibición emocional (baja). Un segundo Factor con Vulnerabilidad, Fracaso (bajas), Apego, Abandono y Subyugación. Un tercer factor formado sólo por Grandiosidad. Y un cuarto factor con Dependencia (bajas), Autosacrificio, Metas Inalcanzables e Insuficiente autocontrol (bajas). Recientemente, Samuel y Ball (2013) administran este cuestionario a una muestra de 908 pacientes, 82 % mujeres con una edad media de 28 años, con trastornos por dependencia a sustancias y trastornos de la personalidad. Los análisis factoriales confirmatorios no encuentran unos índices de ajuste del modelo adecuados para los 15 factores, ni tampoco para las soluciones factoriales de 14 esquemas (Cecero *et al.*, 2004; Schmidt *et al.*, 1995), y/o la de 15 esquemas (Lachenal-Chevallet *et al.*, (2006). Entonces pasan a una estrategia de análisis factorial exploratorio donde obtienen una solución factorial de 15 factores con un 51% de la variancia explicada, aunque ninguna de ellas tiene congruencia las soluciones aportadas en los estudios, ni tampoco tienen un sentido teórico desde la perspectiva del modelo de la TE.

El análisis factorial de segundo orden de las escalas encuentra una solución factorial de cuatro factores. Al primero le llaman, Desapego Interpersonal donde saturan los esquemas de Aislamiento social, Privación emocional, Inhibición emocional, Desconfianza/Abuso e Imperfección que explica un 33 % de la variancia. Un segundo factor al que denominan Dependencia Interpersonal con Subyugación, Dependencia, Abandono, Fracaso y Vulnerabilidad al peligro. Un tercer factor llamado Perfeccionismo se sompone de Insuficiente autocontrol (negativo), Metas inalcanzables y Autosacrificio con un 8 % de la variancia. Como veremos más adelante, estos dos primeros dominios son muy parecidos a las dimensiones encontradas en del estudio de Hoffart *et al.*, (2005). El primero es muy parecido al dominio de Desconexión y el segundo al de Deterioro en la Autonomía, que se diferencian por qué tendrían menos ítems. Los autores concluyen que es mejor utilizar una solución de segundo orden factorial que los 15 esquemas.

4.3.2. Análisis Factorial Confirmatorio

En un estudio con dos muestras de estudiantes coreanos y australianos, Baranoff, Oei, Ho Cho y Kwon, (2006) evalúan los esquemas con la versión corta del CEY, no randomizada, en dos muestras. La primera muestra está formada por 833 estudiantes coreanos, 529 mujeres y 304 hombres con una media de edad de 21,09 años, la segunda está formada por 72 mujeres y 88 hombres estudiantes australianos con una edad media de 19,5 años. Subdividieron la muestra coreana en dos grupos, Grupo A formada por 415 sujetos y Grupo B por 416 sujetos. Entonces realizan con la muestra coreana del grupo A un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal, que encuentra 13 factores, con 63,5 % de variancia explicada. En total se mantienen 64 ítems de la escala original, los ítems restantes los eliminan del análisis factorial. A continuación con el CEY de las otras muestras calculan un análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial confirmatorio con el método de estimación de la máxima probabilidad, mostró unos índices de ajuste mejores para la solución de 13 factores y 64 ítems, cuando se comparaba con el modelo teórico de 15 factores y 75 ítems tanto para la muestra coreana [$\chi^2 = 3258.22$; $df (1939)$; CFI=.87; BFNI=.72; BNNFI=.80; RMR=.093; SRMR=.081; RMSEA=.061] como para la muestra Australiana [$\chi^2 = 2744.09$; $df (1939)$; CFI=.90; BFNI=.72; BNNFI=.86; RMR=.13; SRMR=.07; RMSEA=.063]. En ambos casos los esquemas en muestras no Occidentales serían: Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Aislamiento Social, Imperfección, Fracaso, Vulnerabilidad, Apego, Inhibición Emocional, Metas inalcanzables, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol, perdiéndose los esquemas de Dependencia y Subyugación.

En China, Cui, Lin y Oei, (2011) administran el CEY-VR a 745 sujetos (295 mujeres y 450 hombres) con una edad media de 19,6 años. A nivel de procedimiento aleatorizaron la muestra en dos grupos utilizando los métodos de “*odds and even split*“, con dos grupos cada uno de 356 participantes. Con el primer grupo hicieron el análisis factorial exploratorio y con el segundo grupo el análisis factorial confirmatorio.

El análisis factorial exploratorio retiene 64 ítems agrupados en 14 factores, el esquema Subyugación no aparece como factor. Los ítems que no aparecen en el factor que les corresponde son el 10 de Abandono, el 35 de Dependencia, el 36 y 40 de Vulnerabilidad al

Peligro, el ítem 66 de Grandiosidad, el 71 de Insuficiente Autocontrol y del 46-50 de Subyugación. Los coeficientes alfa Cronbach's son entre moderados y altos, rango de $r=0,71$ para Grandiosidad a $r=0,88$ de Fracaso. Así mismo calculan un análisis factorial de segundo orden con el método KMO, con tres factores que explican un 57,19 % de la variancia. El primer factor formado por Dependencia, Fracaso, Apego y Vulnerabilidad al peligro con Abandono e Insuficiente Autocontrol. El segundo con Aislamiento social, Privación emocional, Imperfección y Desconfianza, con Inhibición emocional. El tercer factor con Metas inalcanzables y Grandiosidad.

Una vez realizada la estrategia exploratoria, hacen un análisis factorial confirmatorio para delimitar que modelo obtiene un mejor índice de ajuste, el teórico de Young o el de 14 factores que obtienen en el explorato. Los resultados muestran que el modelo de 14 factores y 64 ítems obtiene un mejor ajuste [$\chi^2 = 5324.51$ $df= 1,861$; $NFI= 0,94$; $NNFI= 0,96$; $CFI= 0,96$; $RMSEA=0,04$] que el modelo de 15 factores y 75 ítems del modelo teórico de Young. En lo que concierne al análisis de segundo orden, el modelo de ajuste del grupo de 3 factores con 14 esquemas (64 ítems) [$\chi^2 = 5851.32$ $df (1,935)$ $NFI= 0,90$; $NNFI= 0,91$; $CFI= 0,90$; $RMSEA=0,10$] ajusta mejor que el de 3 factores con 15 esquemas (75 ítems).

Existe un estudio de validación española del cuestionario corto, con los ítems del CEY largo (Cid, Tejero y Torrubia, 2004), realizado por Calvete, Estévez, López de Arroyabe, y Ruiz, (2005) en la Universidad de Deusto con estudiantes universitarios, 407, 18,8 % (74) hombres y 81,82% ($n=327$) mujeres, con una edad de entre 20 y 28 años ($m=22,08$; $de=1,86$). Utiliza la versión del CEY-VR que no tiene randomizado los ítems. El análisis factorial confirmatorio de los 15 esquemas correlacionado obtienen un modelo con unos índices de ajuste factorial adecuado a los datos, [$\chi^2 (2595) = 4880$, $RMSEA = 0,047$, $NNFI = 0,96$ $CFI = 0,96$]. Todas las saturaciones de los factores de primer orden son estadísticamente diferentes de cero ($|Tvalue| > 1,96$).

Antes de proceder a comprobar la estructura factorial de segundo orden corren un análisis de componentes principales (PCA) de tipo exploratorio para conocer que estructura factorial segundo orden propone el método exploratorio. La solución factorial es de tres factores que explica un 61,4% de la variancia. Estos factores son, un primer factor que

recibe el nombre de **Deterioro Autonomía** con Fracaso, Dependencia, Insuficiente autocontrol, Apego, Vulnerabilidad al peligro, Abandono y Subyugación. En este primer factor también satura Imperfección (0,46). Un segundo factor llamado **Deconexión** con Aislamiento social, Privación emocional, Emotional Inhibición, Imperfección y Desconfianza. En ese segundo factor también satura Subyugación (0,49). Un tercer factor que se denomina **Límites Deteriorados** con Metas inalcanzables, Grandiosidad y Autosacrificio. Este modelo se pone a prueba a través del análisis factorial confirmatorio, con unos buenos índices de ajuste a los datos [$\chi^2(2680) = 5220$, RMSEA = .050, NNFI = .95, CFI = .95]. Los análisis de fiabilidad muestran unos alfa de Cronbach que van desde el 0,56 de Dependencia al 0,85 de Fracaso, con una alpha media de 0,73.

Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, Haugum, Nordahl, Hovland, y Holte (2006), a una muestra clínica de 1037 sujetos noruegos, administra la versión larga del CEY-L a 968 sujetos y la abreviada del CEY-VR a 69 sujetos. Una vez excluidos los que tenían más de un 10 % de ítems sin contestar, la muestra final es 888 pacientes psiquiátricos que provenía de 6 muestras distintas [462 pacientes con trastornos mentales provenientes de unas consultas externas hospitalarias, 40 pacientes con trastornos de personalidad y comorbilidad del Eje I que están en tratamiento de Terapia de esquemas en consultas externas, 71 pacientes de un Centro de Salud Mental con diagnóstico de Distimia, 92 TP de un Hospital de día, 223 pacientes con trastorno de pánico y agorafobia en tratamiento en un Hospital de día especializado y 149 un grupo mixto de estudiantes pacientes 3 niveles depresión (actual, previo y nunca)]. Para realizar el análisis factorial escogen los 75 ítems de la versión abreviada del CEY-VR que están también representados en el cuestionario de esquemas en su versión de 205 ítems, CEY-L.

El planteamiento del análisis factorial fue la comparación de distintos modelos de ajuste: el de 15 de factores de Young, el modelo de cinco factores de segundo orden propuesto por Young, el modelo de Lee *et al.*, (1999) de 4 factores de segundo orden, el modelo de 3 factores de segundo orden de Lee *et al.*, (1999) y finalmente un modelo donde los factores de primer orden (esquemas no se incluían) con tres, cuatro, y cinco factores con un factor global. Destacar que se generan por cada uno de los modelos dos soluciones, la que permite la correlación entre factores, y el no correlacionado, y un modelo que incluye un factor de tercer orden global.

Los análisis factoriales confirmatorios muestran que el modelo que mejor se ajusta a la estructura de 15 factores de primer orden es el correlacionado [$\chi^2 = 6668,2$ df(2579) CFI= 0,93; SRMR=0,16; RMSEA=0,043]. En este modelo, todos los ítems saturan significativamente en su factor con pesos mínimos mayores a 0,50. Los coeficientes de fiabilidad de las escalas van entre un rango de 0,76 a 0,95. En la estructura factorial de segundo orden, el modelo de cuatro factores correlacionados se ajusta mejor que el resto de modelos, con diferencias significativas en relación a los grados libertad χ^2/df . El modelo resultante de 4 factores se puede observar en la Figura XX, donde Desconexión, Deterioro Autonomía, Límites Deteriorados y Metas Exageradas. Del análisis destacamos los siguientes aspectos

- (a) El Dominio de **Desconexión** esta formado por Privación Emocional, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social e Inhibición Emocional igual que la propuesta de Lee et al. (1999).
- (b) El esquema de Abandono, que en el estudio de Lee et al. (1999), satura principalmente en Desconexión con 0,55 y también de manera secundaria con 0,48 en el factor de Deterioro en la Autonomía. En su análisis Abandono satura en este factor de segundo orden, Deterioro Autonomía.
- (c) aparte de Abandono, el resto de esquemas del factor de **Deterioro en la Autonomía** son Dependencia, Fracaso, Apego, Vulnerabilidad al Peligro y Subyugación que es igual que el propuesto por Lee et al. (1999).
- (d) Al igual que el resto de factores de segundo orden, **Límites Deteriorados** con el esquema de Insuficiente Autocontrol y Grandiosidad, y **Metas Exageradas** con Metas inalcanzables y Autosacrificio.
- (e) El esquema de Insuficiente autocontrol satura en dos factores Límites Deteriorados con mayor peso factorial pero también en Deterioro en la Autonomía.
- (f) También examinan la invariancia estructural de cada uno de los factores de primer orden a través de la solución factorial de 4 factores de segundo orden, los pesos de los factores de primer orden en los factores de segundo orden se fijan por igual, permiten la comparación entre las diferentes muestras comunitarias y de pacientes ansiosos ingresados. El modelo se ajusta moderadamente bien [CFI= 0,93; SRMR=0,60 RMSEA=0,050 (intervalo de confianza 95%: 048-.0,52)], con una pequeña diferencia en el esquema de Grandiosidad tenía diferentes pesos en el factor de Límites

Deteriorados.

(g) Por último, el modelo de cuatro factores se utiliza para evaluar la variancia única de cada subescala de los esquemas. Los esquemas de Abandono, Autosacrificio, Inhibición emocional con un alto grado de variancia única; en cambio los esquemas de Aislamiento social, Imperfección, Subyugación, Metas inalcanzables y Grandiosidad, con poca variancia única que se puede atribuir que es importante para la estructura factorial de segundo orden.

Lodoño, Marín, Calvete, Ferrer, Maestre, Chaves y Castrillón (2012) del estudio mencionado anteriormente en el el CEY-L, donde administran el cuestionario a una muestra de estudiantes, realizan un reanálisis de los 75 ítems del CEY-VR mediante análisis factoriales confirmatorios. Recordemos que participaron 1.392 estudiantes universitarios 541 (39 %) hombres y 851 (61 %) mujeres, con edad media de 22.6 años (DE = 5) y rango de edad 16 – 51 años. El modelo 1 consiste en una estructura oblicua de 15 factores de primer orden, coincidente con los 15 esquemas propuestos por Young. El modelo 2 consiste en una estructura de segundo orden según los cinco dominios teóricos propuestos por Young (Desconexión y Rechazo, Autonomía y Ejecución Deteriorada, Límites Deteriorados, Orientación hacia los demás, Inhibición) que explicarían los quince factores de primer orden. En este modelo, siguiendo el procedimiento estándar para estructuras de segundo orden (Byrne, 1998), las correlaciones entre los quince factores fueron fijadas a cero, dado que el modelo especificó que estas relaciones se explican por los cinco factores de segundo orden. En el modelo 2 se permite correlacionar entre sí los cinco factores de segundo orden de acuerdo con el modelo teórico de Young (1990). El modelo 3 fue similar al modelo 2, pero agrupan todos los esquemas en los tres factores de segundo orden que se obtienen en los estudios con población española (Calvete *et al.*, 2005; Villa *et al.*, 2005). Los resultados muestran un modelo de ajuste razonable para el modelo de 15 factores de primer orden [$\chi^2 = 10962$ df= 2595; NNFI= 0,97; CFI= 0,97; RMSEA=0,051; NFI= 0,053], con un CFI mayor a 0,95 y un RMSEA menor a 0,08. La comparación entre los 3 modelos, daba como el más óptimo el modelo 1, el modelo 2 en las comparaciones incrementa el valor del χ^2 respecto al modelo 3, $\chi^2 (5, N = 1.392) = 201, p < 0.01$. A raíz de estos resultados no es posible delimitar cuál es la mejor estructura factorial de segundo orden a pesar de ser modelos con más simplicidad y parsimonia.

Antes de terminar este apartado, destacamos la importancia del estudio que busca la utilidad del CEY en adolescentes, Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, y Bögels (2010) realizan un análisis factorial confirmatorio en una muestra de adolescentes de 12-18, media de 14 años. En la primera fase del estudio, muestran que el CEY tiene unas propiedades psicométricas adecuadas en una muestra de adolescentes entre 12 y 18 años. Se replica la estructura factorial de 15 factores tal como propone el modelo, resultando una opción psicométrica válida cuando la comparan con otras estructuras factoriales. En una segunda parte, buscan la validez de constructo, donde la depresión está asociada a esquemas que hacen referencia a la Incompetencia (esquemas de fracaso, imperfección, dependencia) y a las Carencias emocionales (esquema de privación emocional). En cambio, los trastornos de conducta se relacionan con el esquema de Grandiosidad, Metas inalcanzables y Fracaso.

Un último estudio, de la validación portuguesa hecha en Brasil (Cazassa y Olivira, 2012) del CEY-VR, en población general (n=372) con buenos índices de fiabilidad, rango de alpha de cronbach de 0,72 a 0,91, de validez discriminante y convergente, aunque no presenta resultados sobre un análisis factorial de las escalas.

Para finalizar se presenta una tabla-resumen (Tabla 5), de todos los análisis factoriales detallados, identificando el autor, tipo de muestra clínica y/o estudiantes, tipo de análisis factorial: análisis factorial exploratorio (AFE), análisis factorial confirmatorio (AFC), en el caso de sólo realizar un análisis de los factores de segundo orden (AFC-2 O). Si sólo hacen un análisis factorial de primer orden de los esquemas y no de segundo orden, lo hemos resumido con el criterio “Si” cuando el esquema emerge, cuando no emerge de manera individual pero surge de forma combinada con otro esquema es “No Ind”, y cuando no emerge, tres rayas horizontales.

En el caso de los artículos donde hacen el factorial de primer orden de 15 factores se confirma y presentan un factorial de segundo orden informamos de cada esquema a que dominio de esquema surge. Los acrónimos son para Desconexión “DR”, para Deterioro Autonomía “DA”, para Límites Deteriorados “LI”, para Hipercrítica “HI”, y factor III o IV cuando surgen en otros factores inespecíficos no congruentes con la organización de dominios que desarrolla el modelo de terapia de esquemas (Young et al 2003).

Tabla 5. Resumen de los estudios de la estructura factorial del CEY-VR

Estudios	Welburn	Hoffart	Samuels	Calvete	Baranoff	Cecero	Lachenal	Cui
Tamaño muestra n=	203	888	908	407	833	292	253	712
Tipo Muestra	Clínica	Clínica	Clínica	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes
Tipo Análisis Factorial	ACP	AFC	ACP	AFC	AFC	ACP	ACP	AFC
Factores emergen	15	15	4 2ºorden	15	16	14	14	Si
Privación Emocional	Si	DR	DR	DR	Si	Si	Si	Si
Abandono	Si	DA	DA	DA	Si	Si	Si	Si
Desconfianza	Si	DR	DR	DR	Si	Si	Si	Si
Imperfección	Si	DR	DR	DR	Si	No	Si	Si
Aislamiento Social	Si	DR	DR	DR	Si	Si	Si	Si
Dependencia	Si	DA	DA	DA	---	Si	Si	Si
Fracaso	Si	DA	DA	DA	Si	Si	Si	Si
Vulnerabilidad Peligro	Si	DA	DA	DA	Si	Si	Si	Si
Apego	Si	DA	Factor IV	DA	Si	Si	Si	Si
Grandiosidad	Si	LD	Factor IV	Factor III	Si	Si	No Ind	Si
Insuficiente Autocontrol	Si	LI & DA	PE	DA	Si	Si	No Ind	Si
Autosacrificio	Si	HI	PE	Factor III	Si	Si	Si	Si
Subyugación	Si	DA	DA	DA	---	Si	Si	---
Inhibición Emocional	Si	DR	DR	DR	Si	Si	Si	Si
Metas Inalcanzables	Si	HI	PE	Factor III	Si	Si	Si	Si

Tipo Análisis Factorial: ACP: Análisis Componentes Principales, AFC: Análisis Factorial Confirmatorio. AFC-2 O: Sólo análisis de los factores de segundo orden. Factores emergen: número esquemas. Si: análisis factorial de primer orden donde el esquema surge. No Ind: esquema surge combinado otro esquema ---: No surge esquema. Factores de Segundo Orden DR: Desconexión, DA: Deterioro Autonomía, LD: Límites Deteriorados, HI: Hipercrítica, Factores Inespecíficos: factor III o IV

4.3.3. Consistencia Interna del CEY-VR

En la Tabla 6, se describe un resumen de los estudios donde se evalúan los esquemas con la versión corta del cuestionario, en estos podemos observar que aportan coeficientes de fiabilidad adecuados cuando los ítems no están randomizados, la medias de alfa de cronbach son de 0,87 (Welburn *et al.*, 2002), 0,73 (Calvete *et al.*, 2005), 0,88 (Cui *et al.*, 2006), para la muestra coreana 0,83 y para la Australiana de 0,87 (Oei *et al.* 2007). En cambio con la versión del cuestionario randomizada de Cecero *et al.*, (2004) obtiene unos índices de consistencia interna más bajos, media de 0,63. Hay dos estudios que no listamos, Lachenal-Chevallet, *et al.*, (2006) quienes encuentran que el análisis de fiabilidad de estos 14 factores muestran unos coeficientes alpha aceptables con un rango de 0,64 a 0,87. En el segundo Hoffart *et al.*, (2006), quiénes a pesar de los buenos resultados del análisis factorial confirmatorio de primer orden no realizan un análisis de la fiabilidad para las escalas del CEY. Los autores en cambio presentan un análisis de fiabilidad de la solución que mejor se ajusta a los factores de segundo orden. Identifican para cada dominio de esquemas los 8 ítems con pesos más altos. La fiabilidad que obtienen es, para la dimensión Desconexión con 4 ítems de Aislamiento social (45,47,48 y50) y 4 ítems de Imperfección (55,56, 60,61) con una $\alpha = 0,92$, en el dominio de Deterioro en la autonomía con 3 ítems del esquema de Fracaso (80,81,83), de Dependencia (99) y 4 de Subyugación (129,130,131,135) con una $\alpha = 0,92$, con Metas exageradas con 3 ítems de Autosacrificio (141,148,151) y 5 de Metas inalcanzables (164,167,170,171, 176) con una $\alpha = 0,85$, y Límites deteriorados con los 5 ítems de Grandiosidad (180,182,183,184,185) y 3 de Límites Insuficientes (194, 195, 203) con una $\alpha = 0,77$.

En resumen, satisfactorios índices de fiabilidad en muestras no clínicas y de estudiantes con una versión del CEY-VR no randomizada en sus ítems. Los índices de fiabilidad en muestras no clínicas en la versión randomizada y modificada de Cecero *et al.*, (2002) son correctos pero en el rango de índices moderados. En lo que concierne a datos con población clínica el único estudio disponible es el de Welburn *et al.*, (2002) en pacientes con depresión y ansiedad, con unos adecuados índices de fiabilidad. En cambio, Samuels y Ball, (2013) no pueden calcular los índices de fiabilidad al errar la solución de 15 factores del análisis factorial. En la misma línea, Hoffart *et al.*, (2006) no calcula la fiabilidad de los 15 esquemas.

Tabla 6. Resumen del análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach) del CEY-VR

Esquemas	Welburn <i>et al.</i> , 2001	Calvete <i>et</i> <i>al.</i> 2005	Cecero <i>et</i> <i>al.</i> , 2004	Cui <i>et al.</i> , 2006	Oei <i>et al.</i> , 2007 Corea Aust	Lodoño <i>et</i> <i>al.</i> , 2012	
Muestra	Clínica	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes	Estudiantes	
Privación Emocional	0,90	0,84	0,69	0,92	0,83	0,89	0,86
Abandono	0,91	0,84	0,70	0,91	0,78	0,87	0,84
Desconfianza	0,91	0,76	0,65	0,89	0,82	0,88	0,79
Imperfección	0,91	0,75	0,69	0,94	0,84	0,91	0,79
Aislamiento Social	0,92	0,76	0,78	0,94	0,90	0,92	0,84
Dependencia	0,86	0,61	0,64	0,86	---	---	0,74
Fracaso	0,93	0,85	0,70	0,94	0,90	0,94	0,88
Vulnerabilidad Peligro	0,67	0,66	0,76	0,87	0,80	0,83	0,78
Apego	0,88	0,66	0,33	0,84	0,83	0,86	0,77
Grandiosidad	0,76	0,63	0,51	0,81	0,72	0,81	0,79
Insuficiente Autocontrol	0,90	0,70	0,39	0,89	0,75	0,84	0,80
Autosacrificio	0,87	0,77	0,67	0,83	0,75	0,80	0,80
Subyugación	0,88	0,68	0,56	0,89	----	----	0,80
Inhibición Emocional	0,87	0,79	0,71	0,88	0,86	0,87	0,79
Metas Inalcanzables	0,84	0,69	0,68	0,83	0,78	0,84	0,74
Media CEY	0,87	0,73	0,63	0,88	0,83	0,87	0,80

4.3.4. Estabilidad temporal del CEY-VR

Blisset y Farrow, (2007) en un estudio no psicométrico pero está diseñado para mostrar la estabilidad y continuidad de creencias nucleares no saludables o esquemas en una muestra de mujeres embarazadas, en tres intervalos temporales: durante el embarazo a los 6 meses del parto y al año después del parto. Los resultados indican una disminución del índice de severidad global (GSI, evaluado a través de la versión reducida del SCL-90-R o BSI) a lo largo de los tres periodos de evaluación. En relación a los esquemas, 14 de los 15 se mantienen estables a lo largo del tiempo, la única excepción es Autosacrificio, donde las puntuaciones se incrementaron entre el embarazo y los primeros seis meses. Los índices de estabilidad temporal entre los tres periodos, son significativas para todos los esquemas, con coeficientes de correlación altos durante el embarazo y los seis meses del parto, entre moderados y altos en el periodo durante los seis meses y el año de parto, y moderados durante el embarazo y el año tal como podemos observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Correlaciones Rho de Spearman durante embarazo, a los 6 meses y 12 meses post-parto.

	Durante embarazo y 6 meses	6 meses y un año	Durante embarazo y un año
Privación Emocional	0,66	0,61	0,52
Abandono	0,75	0,75	0,55
Desconfianza	0,74	0,69	0,55
Imperfección	0,63	0,44	0,35
Aislamiento Social	0,63	0,61	0,50
Dependencia	0,45	0,66	0,41
Fracaso	0,66	0,60	0,40
Vulnerabilidad Peligro	0,56	0,64	0,47
Apego	0,70	0,61	0,60
Grandiosidad	0,59	0,62	0,55
Insuficiente Autocontrol	0,58	0,72	0,57
Autosacrificio	0,60	0,69	0,50
Subyugación	0,72	0,64	0,54
Inhibición Emocional	0,65	0,63	0,58
Metas Inalcanzables	0,68	0,65	0,55

4.4. Resumen de las propiedades psicométricas de la tercera versión del Cuestionarios de esquemas de Young: CEY-S3

Los primeros estudios de adaptación y validación psicométrica del CEY-S3 aunque de forma global presentan unas buenas propiedades psicométricas, realizándose en muestras grandes de más de 1000 sujetos y mayoritariamente en población no clínica. Dos de ellos utilizan el análisis factorial exploratorio (Saritas y Gençöz, (2011; Soygüt, Karaosmonglu y Çakir, 2009), y otros análisis factorial confirmatorio (Bach, Simonsen, Christofferse y Kriston, 2015; Calvete, Orue y González-Diez, 2015; Hawke y Provencher, 2013; Kriston, Schäfer, Jacob, Härtery Hölzel, 2015; Rijo y Pinto-Gouveia, 2008; Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, 2009). Hay que destacar que los dos estudios más consistentes y con menos problemas en relación a la validación de constructo y fiabilidad son el finés de Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, (2009), con muestras de dolor crónico y la española de Calvete, Orue y González-Diez, (2015) con muestras de estudiantes. No obstante, observamos una serie de resultados que merecen una consideración y una reflexión en cuanto a la calidad del instrumento y a la metodología del uso del análisis factorial confirmatorio que son:

(a) Los análisis factoriales, exploratorios y confirmatorios, de primer orden (18 esquemas)

confirman la estructura de las escalas del CEY pero presentan algunos problemas. A nivel de ajuste del modelo, el estudio danés (Bach *et al.*, 2015); y portugués (Rijo *et al.*, 2008) obtienen un índice de ajuste CFI bajo. En la estructura factorial encuentran esquemas que saturan en otros factores y alta correlación entre factores (Bach *et al.*, 2015; Kriston *et al.*, 2015; Calvete *et al.*, 2015). También se observan algunos problemas a nivel de validez de constructo en algunos esquemas como es el caso de Castigo (Hawke *et al.*, 2013), algunos esquemas no emergen en los análisis factoriales como Autosacrificio (Soygut *et al.*, 2009) y también configuraciones de esquemas parecidos al modelo conceptual de Young, Klosko y Weishar, (2003) pero con ítems distintos a los de la escala que les corresponde (Soygut *et al.*, 2009).

(b) En cambio, en general la fiabilidad de todos los estudios es un poco mejor que la que se obtiene en los estudios de versión reducida, CEY-VR. Es un elemento destacable, ya que los resultados muestran que la randomización de los ítems no afecta a la estabilidad, y todos los estudios aportan unos índices de fiabilidad que por regla general y salvo excepciones son mayores a 0,70. En relación a la fiabilidad, encontramos problemas con los esquemas de Metas inalcanzables (Soygut *et al.*, 2009), Dependencia (Calvete *et al.*, 2015), y Grandiosidad en tres estudios (Soygut *et al.*, 2009; Kriston *et al.* 2015; Hawke *et al.*, 2013).

(c) Existen dos estudios de estabilidad temporal a 3 semanas (Soygut *et al.* 2009), y a los 6 meses (Calvete *et al.*, 2015), que muestran unos buenos índices de fiabilidad test-retest en población de estudiantes, pero se desconoce esta fiabilidad en muestras clínicas.

(d) Por lo que respecta a los análisis factoriales confirmatorios de segundo orden tienen problemas para encontrar unos índices de ajuste adecuados. Las soluciones de segundo orden de 3,4 o 5 factores no son satisfactorias. Este aspecto se puede explicar en parte por la complejidad del modelo, ya que existen elevadas correlaciones entre los distintos esquemas. Por este motivo, los autores dejan entrever la necesidad de disminuir el número de esquemas o de buscar una estrategia que permita definir una estructura de segundo orden más plausible (Rijo *et al.*, 2008; Kriston *et al.*, 2015; Hawke *et al.*, 2013). En esta línea Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter y Hölzel, (2012) proponen que se represente la estructura del CEY por un modelo bifactorial, incluyendo un factor genérico de primer

orden con todos los ítems de los esquemas, y un factor de primer orden específico de los esquemas correlacionados donde los ítems saturan en función de cada esquema.

(e) Todos los estudios aportan estudios de validez convergente. Destacamos, Soýgut *et al.*, (2009) en la validez concurrente obtienen asociaciones moderadas con los Índices de Gravedad del SCL-90-R, y las escalas de ansiedad y depresión. En la misma línea, Calvete *et al.*, (2012) encuentra que los 18 esquemas explican parte de la variancia de la depresión, ansiedad social y hostilidad (36%, 22% y 21 % respectivamente). Bach *et al.*, (2015) los esquemas se asocian positivamente con medidas de psicopatología general medidas por una versión reducida del SCL-90-R de 9 ítems, con un rango de correlaciones de $r=0,28$ (Grandiosidad) a $r=0,65$ (Abandono e Pesimismo). Las asociaciones con la medida de personalidad, *Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale*, con un rango de $r=0,22$ (Autosacrificio) a $r=0,59$ (Desconfianza), con un media de correlaciones de 0,50, más bajas que encontrada con la escala de psicopatología. Aunque notamos a faltar comparaciones de medias a nivel de género.

(f) A nivel de validez discriminante Bach *et al.*, (2015) en su estudio presenta diferencias significativas a nivel de puntuaciones de esquema entre un grupo de pacientes con TP Límite, un grupo clínico general y un grupo no clínico, siendo más altas en el grupo de TP Límite. Del mismo modo, Kriston *et al.*, (2015) los esquemas mostraron una capacidad para diferenciar entre cuatro grupos que reciben distintos niveles de asistencia o tratamiento psiquiátrico. Específicamente, observaron un gradiente significativo y decreciente de la puntuación del CEY en los cuatro grupos. Los pacientes ingresados puntúan más alto, después puntuaciones más bajas en pacientes que están en tratamientos comunitarios, a continuación con puntuaciones más bajas el grupo inmerso en terapias psicológicas breves o asesoramiento, y finalmente e puntúan más bajo las personas que no recibían ninguna ayuda de salud por que no la necesitan.

4.5. Estudios del uso de las versiones del CCEY en población clínica

Los esquemas son entendidos como cogniciones que forman parte de la psicopatología, entendida como estructura cognitiva (Young, 1990) que están subyacentes y predicen la aparición de los síntomas, (Beck, 1976) o están latentes y se activan con el estado de ánimo (Miranda y Persons, 1988) por lo tanto deben de estar presentes cuando se

administra el CEY en distintas poblaciones clínicas, y deben de formar parte de la descripción u explicación de las características definitorias de la psicopatología. Este es lo que han entendido los investigadores, ya que han visto en el CEY la posibilidad de testear la hipótesis de Beck (1976) que recordemos describe la vulnerabilidad cognitiva a la depresión como una visión negativa de uno mismo (self), percepción de rechazo por parte de los demás y pesimismo hacia el futuro, más allá de la depresión y en todos los grandes síndromes psiquiátricos. Para ello se utiliza principalmente el Cuestionario de Actitudes Disfuncionales, que evalúa actitudes negativas y que se considera una medida de contenido o especificidad cognitiva general. La aparición de los cuestionarios de esquemas de Young, da la posibilidad de medir de manera directa esta visión negativa del autoconcepto y de incorporar esta visión en el modelo de vulnerabilidad o especificidad cognitiva a todos los trastornos mentales. Este ha sido el principal motivo por el que en estos momentos se utiliza de manera generalizada el cuestionario de esquemas para describir y diferenciar los perfiles de esquemas de los distintos trastornos que engloba el Eje I del Manual de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (IV), y abre la posibilidad de poder detectar aspectos clave para ser incluidos en las conceptualizaciones de los casos de la terapia cognitiva.

Dentro de este apartado estarían los estudios donde se administra el CEY en su versión larga y/o corta en distintas muestras de depresión, ansiedad, dependencias químicas (alcohol, cocaína, heroína), donde se busca caracterizar a cada uno de los trastornos mentales y diferenciarlos a través de perfiles de esquemas. Esto permite introducirnos en el estudio de la dimensionalidad de los esquemas como rasgos de la personalidad, interpretándolos como continuo desde la presencia de estos hipovalentes en población no clínica, hasta la presencia hipervalente en los trastornos mentales.

4.5.1. Estudios de diferencias de género

En lo que concierne a las diferencias de género, los estudios muestran diferencias entre los hombres y las mujeres en las puntuaciones de los esquemas. Por regla general, las mujeres puntúan más alto que los hombres en los esquemas, aunque los estudios no son consistentes en qué esquemas. En el estudio de validación psicométrica en Canadá, Welburn *et al.*, (2002), encuentra puntuaciones superiores en las mujeres en los esquemas

de Autosacrificio, Apego, Fracaso, Abandono e Imperfección.

En la misma dirección, Shorey, Anderson y Stuart, (2012) en una muestra de personas que buscan tratamiento para la dependencia al alcohol, las mujeres puntúan más alto que los hombres (CEY-L3, 18 esquemas) en todos los esquemas, a excepción de Grandiosidad, Inhibición emocional, y Castigo. En cambio, los hombres puntúan más alto que las mujeres cuando en vez de utilizar la puntuación total corrigen el cuestionario de forma clínica, o sea en función del número de puntuaciones 5 o 6 de los esquemas. En otro estudio Shorey, Anderson, y Stuart, (2013), las mujeres en una muestra de T por dependencia de opiáceos puntúan más alto que los hombres en la mayoría de esquemas. En otro estudio en el área de las adicciones, Brotchi, Meyer, Copello, Kidney y Waller, (2004), las mujeres puntúan más alto en Dependencia y los hombres en el esquema de Inhibición Emocional.

En sentido contrario, Lachenal-Chevallet *et al.*, (2006), encuentran diferencias en los esquemas de Límites deteriorados, Privación emocional, Desconfianza/abuso, con puntuaciones superiores en hombres. Los hombres puntúan más alto que las mujeres en esquemas de Privación emocional, Aislamiento, Inhibición emocional y Grandiosidad. Para finalizar, Cámara y Calvete, (2011) encuentran diferencias en función del género en los esquemas que actúan como moderadores del impacto de las situaciones de estrés y los síntomas de ansiedad y depresión. Específicamente para la depresión, los hombres que tienen más estresores, puntúan más alto en Privación Emocional, y tienen más síntomas de depresión. En cambio, en las mujeres puntúan alto en este esquema independientemente de las situaciones estresantes, asociándose a más síntomas de depresión. Para la ansiedad, es la Vulnerabilidad al peligro que predice los síntomas de ansiedad.

En resumen, a pesar que los estudios encuentran que hay diferencias de género en la puntuación de los esquemas, donde parece que las mujeres puntúan más alto que los hombres, estas diferencias no son consistentes y parece que están relacionadas con diferencias culturales y de la tipología de muestra del estudio, clínica y/o estudiantes. Por lo que es recomendable asegurarse de que no hay diferencias significativas a nivel de género cuando se utilice el CEY, y si se obtienen tenerlas en cuenta en los análisis posteriores.

4.5.2. Estudios en síntomas psiquiátricos y psicológicos

Uno de los aspectos enfatizados por Young, Weishaar y Klosko, (2003) es de la dimensionalidad de los esquemas, percibiéndose como un continuum entre la normalidad y la patología. Desde la perspectiva psicométrica forma parte de la validez de criterio hecho por el que los estudios de validación de las distintas versiones del CEY buscan comparar muestras clínicas con controles, habitualmente estudiantes universitarios, donde se espera encontrar puntuaciones más elevadas y significativas en los esquemas en las muestras clínicas comparadas con los controles. Tal como hemos visto, en todos los estudios descritos en los apartados anteriores donde se han realizado la comparación entre un grupo clínico y un grupo control sano o de estudiantes, los esquemas son significativamente más elevados en las muestras clínicas que los sujetos normales o sanos (Bach, Simonsen, Christoffersen y Kriston, 2015; Hawke y Provencher, 2013; Kriston, Schäfer, Jacob, Härter y Hölzel, 2015; Lee *et al.*, 1998; Saariaho, Saariaho, Karila y Joukamaa, 2009; Schmidt, *et al.*, 1995; Stopa *et al.*, 2000 ; 2000; Rijkeboer, van den Bergh y van den Houh, 2006; Rijkeboer y van den Bergh, 2006; Waller *et al.* 1999). Estas diferencias pueden alcanzar hasta una desviación estándar, tal como encuentra el estudio de Hawke *et al.*, (2013).

Esta capacidad discriminativa entre población clínica y estudiantes en algunos estudios no se da para todos los esquemas, como en el de Soygüt, Karaosmonglu y Çakir, (2009) donde no diferenciaban Búsqueda de aprobación, Autosacrificio y Metas inalcanzables. En el Simos *et al.*, (1999) sólo fueron 12 de los 16 esquemas puntuaban significativamente más alto en el grupo de los trastornos mentales cuando lo compara con el otro de estudiantes de medicina, a excepción de Apego, Inhibición emocional y Metas inalcanzables.

En otro estudio, Cormier, Jourda, Laro, Walburg y Callaghan, (2012) administran el CEY-VR, en población general y establecen cuatro grupos en función de los niveles de depresión evaluadas con inventario de Depresión de Beck, BDI-II. Los hallazgos muestran que las personas que tienen niveles más altos de depresión, tienen puntuaciones significativamente más altas en los esquemas. Los esquemas que explican los niveles de depresión son Imperfección, Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad, y Apego.

En la Tabla 8, podemos observar los análisis de regresión de los esquemas prediciendo constructos psicopatológicos principalmente con el SCL-90 o su versión abreviada BSI, en el MCM-II de Millon, y en el BDI de Beck, en muestras clínicas generales de TM.

Tabla 8. Estudios del CEY en Síntomas de Psicopatología del Eje I

Estudio	Muestra	Constructo	Medida	R ²	Esquemas asociados
Stopa, <i>et al.</i> (2001)	Pacientes universitarios con trastornos Eje I (n= 69)	Ansiedad Fóbica	CEY-L SCL-90-R	21 %	Imperfección
		Ansiedad		20 %	Metas inalcanzables
Welburn <i>et al.</i> (2002)	Pacientes depresión y/o ansiedad (n = 188)	Ansiedad	BSI	52%	Abandono, Vulnerabilidad, Fracaso, Autosacrificio, y Inhibición emocional
Glaser <i>et al.</i> (2002)	Estudiantes universitarios con síntomas depresivos y de ansiedad recibiendo counseling (n=188)	Ansiedad	CEY-VR SCL-90-R	50%	Abandono y Vulnerabilidad
			MCMII-II	26%	----
		Depresión	CEY-VR BDI	54%	Abandono
			CEY-VR SCL-90-R	49%	Abandono, Aislamiento Social
Stopa, <i>et al.</i> (2001)	Pacientes universitarios con trastornos Eje I (n = 69)	Depresión	CEY-L SCL-90-R	43 %	Abandono, Imperfección Subyugación, y Autosacrificio

4.5.3. Estudios en trastornos depresivos

La evaluación de los esquemas precoces desadaptativos mediante el Cuestionario de esquemas ha permitido que se desarrolle investigación para corroborar el papel de los esquemas en el modelo cognitivo de la depresión (Dozois y Beck, 2008) o de diátesis-estrés de la depresión (Dozois y Rnic, 2015) y/o teoría cognitiva de vulnerabilidad al estrés (Alloy y Riskind, 2006) como marcador de vulnerabilidad para la depresión. Existen propuestas conceptuales donde los esquemas se incorporan en el modelo de terapia cognitiva para la depresión crónica (Riso y Newman, 2003). Estudios donde a través del uso de las distintas versión del CEY han permitido argumentar los conceptos de sensibilidad, especificidad y estabilidad necesarios para definir si los esquemas cumplen con los requisitos para ser considerados un factor de vulnerabilidad.

La sensibilidad nos indicaría que los esquemas deben estar presentes en los individuos con depresión. Estudios transversales con población clínica y universitaria muestran que los esquemas en los 5 dominios identificados por Young están asociados a altos niveles de depresión (Cooper, Rose, y Turner, 2005; Cukor y McGinn, 2006; Glaser *et al.*, 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn, Cukor, y Sanderson, 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun, y Campbell, 2001; Schmidt, Joiner, Young, y Telch, 1995; Shah y Waller, 2000; Simmons, Cooper, Drinkwater y Stewart, 2006; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002; Wright, Crawford y Del Castillo, 2009), destacando sobretodo la **Desconexión y rechazo y Deterioro en la Autonomía** (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, y Huibers, 2010), tanto en poblaciones adultas como en adolescentes (Lumley y Harkness, 2007, Muris, 2006; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel y Bögels, 2010).

Los factores cognitivos deben precedir la psicopatología prospectivamente y evidenciar estabilidad a lo largo del tiempo (Dozois y Rnic, 2015), los esquemas demuestran una alta estabilidad temporal a las 4 semanas en niños de 9 a 13 años (Rijkeboer y de Boo, 2010) y entre una moderada y alta estabilidad a los seis meses en niños de 9-10 años (Stallard, 2007). En muestras de adultos deprimidos hay pruebas de la estabilidad a las 16 semanas, (Renner *et al.*, 2009), a 2 años y medio (Riso *et al.*, 2006) y a los nueve años, Wang, Halvorsen, Eisemann y Waterloo, (2010) siguen una cohorte de pacientes deprimidos, previamente deprimidos o con antecedentes de depresión y no deprimidos en el momento de la evaluación y los vuelven a reevaluar a los 9 años. Los indicadores de estabilidad relativa de los dominios de esquemas son puntuaciones moderadas y altas con un rango entre 0,48 para Deterioro en la Autonomía y 0,72 en Desconexión. Cuando calculan los índices controlando la depresión, los coeficientes de correlación de 12 de los esquemas se ven afectados por la severidad de la depresión rango entre 0,50 y 0,60, Los autores concluyen que los esquemas de Desconexión (Abandono, Privación emocional, Desconfianza y Aislamiento social), y Límites Deteriorados (Insuficiente autocontrol y Grandiosidad) funcionarían como un rasgo de personalidad. En cambio el resto de esquemas de los dominios Deterioro en la Autonomía, Indeseabilidad y Expresión (auto) Restringida serían más estado-dependientes. De los esquemas de estos dominios destacan los esquemas de Apego, Dependencia y Subyugación. Los autores concluyen que los esquemas medidos con el CEY serían marcadores de vulnerabilidad para la depresión.

Por lo que concierne al modelo de **Diátesis-Estrés** de la depresión, parece ser que los estudios disponibles no confirman la interacción de los esquemas y el estrés para precedir la depresión (Brenning, Bosmans, Braet y Theuwis, 2012; Calvete, Estévez y Corral, 2007). La evidencia disponible del efecto de la interacción entre esquemas y los estresores es poco consistente en muestras de adultos (Camara y Calvete, 2012; Eberhart *et al.*, 2011). En estudios longitudinales, con muestras no clínicas de estudiantes universitarios, Camara y Calvete (2012) encuentran que el esquema de Dependencia interactúa con los estresores para predecir los síntomas de depresión 5 meses después. Eberhart *et al.* (2011) con modelos ideográficos de multinivel donde evalúa la depresión semanalmente durante seis semanas en una muestra de mujeres estudiantes universitarias, encuentra que el esquema de Autosacrificio es un moderador de la relación entre estrés interpersonal y la depresión. En un estudio reciente, Calvete, Orue y Hankin (2015) encuentran que el dominio de Deconexión/Rechazo precede un incremento de síntomas depresivos prospectivamente.

Por lo tanto los datos disponibles hasta estos momentos de interacción del estrés y los esquemas para explicar la aparición de la depresión no son concluyentes para definirlo como un factor de vulnerabilidad, a pesar de que haya autores que así lo opinen (Wang y cols. 2010). Los resultados muestran que los esquemas son más hipervalentes y están más activados cuando se evalúan en la depresión (Schmidt y Joiner, 2004), por lo tanto sería más razonable entenderlos como **factores de riesgo general para la depresión** (Young, 1991). En esta línea apuntan las conclusiones de Hawke y Provencher (2011) en la revisión sistemática del papel de los esquemas en los estudios de ansiedad y depresión. Respecto a los trastornos del estado de ánimo encuentran que los pacientes que presentan un diagnóstico de trastorno depresivo presentan puntuaciones más elevadas en los esquemas cuando se comparan con otros grupos, y concluyen que los esquemas están hipervalentes. Los esquemas que estarían más implicados en los síntomas de depresión y en el Trastorno Depresivo Mayor serían la Imperfección e Insuficiente autocontrol. En la Tabla 9 y Tabla 10 se muestra un resumen de los resultados de los estudios de comparación entre muestras de depresión y otras poblaciones y un resumen de los resultados de los estudios predictivos donde los esquemas preciden la depresión, estudios que detallamos a continuación.

En la tabla 9-resumen se describe el estudio de Shah y Waller (2000) donde comparan una muestra de depresivos con controles sanos, pero también en un análisis discriminante encuentran que los esquemas de Imperfección, Autosacrificio e Insuficiente Autocontrol, clasifican correctamente un 88 % de los sujetos con TDM y 90 % de los los controles sanos. Waller, Shah, Ohanian y Elliot (2001), a parte de comparar cuatro grupos de pacientes, el primero de pacientes depresivos, el segundo pacientes bulímicos con niveles de depresión elevada; el tercero bulímicos con niveles de depresión moderada y un grupo control, realizan un análisis discriminantes para diferenciar entre dos grupos (alta depresión vs. baja depresión) con dos funciones discriminantes, la primera consiste en puntuaciones positivas de Aislamiento Social e Imperfección (proporción de variancia explicada de 73,3%) y en la segunda Fracaso (proporción de variancia explicada de 26,7%).

Después tenemos el estudio de Hirsch, Hautekeete y Kochman(2001) que caracterizan los esquemas de los adolescentes con un trastorno depresivo mayor y hospitalización por intentos autolíticos, y el de Riso,du Toit, Blandino, Penna, Dacey, Duin, Pacoe, Grant y Ulmer (2003) donde comparan tres grupos de depresión crónica, depresión y controles sanos.

A continuación se describen dos estudios del mismo grupo de investigación, en el primero, Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann y Waterloo (2009) comparan un grupo de trastornos depresivos, con un grupo que previamente habían tenido una depresión, y un grupo que nunca había tenido un trastorno depresivo. Las comparaciones entre el grupo de trastornos depresivos y el de antecedentes previos de trastornos depresivos muestran que el primero puntúan significativamente más alto en Aislamiento Social, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Fracaso, Inhibición Emocional, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol. En un segundo Wang, Halvorsen, Eseman y Waterloo (2010) encuentran que las comparaciones de medias entre una muestra de pacientes deprimidos, pacientes no deprimidos en el momento de la administración pero con antecedentes de depresión (un episodio en los últimos cinco años y 8 semanas sin estado de ánimo deprimido) y sujetos no deprimidos (sin antecedentes de depresión ni tampoco actual).

Tabla 9. Resumen de las escalas del CEY en los Trastornos Depresivos comparadas con otros grupos clínicos o no clínicos.

Comparaciones medias	Grupos comparación	Principales Resultados	Esquemas asociados
Shah y Waller, (2000)	Pacientes depresivos ambulatorios (n=60) Controles sanos (n=67)	Depresivos > Controles Sanos Puntuaciones más elevadas en todos los esquemas	Imperfección Insuficiente autocontrol Autosacrificio
Waller <i>et al.</i> , (2001)	4 grupos: Depresivos con Bulimia con depresión severa Bulimia con depresión moderada Grupo control	Depresivos, Bulimia con Depresión Severa > Bulimia Depresión Moderada, Grupo Control en todos los 15 esquemas	Los que diferenciaban mejor entre los 4 grupos fueron: Aislamiento Social Imperfección Fracaso.
Hirsch, <i>et al.</i> , (2001)	Adolescentes deprimidos ingresados por intentos de suicidio (n=21) Controles sanos (n=21) Edad media 14 años dos grupos	Adolescentes Deprimidos > CG Privación Emocional Abandono Dependencia Autosacrificio Fracaso Insuficiente autocontrol Inhibición Emocional	GC Sanos > Adolescentes Deprimidos en Metas Inalcanzables
Riso <i>et al.</i> , (2006)	Depresivos crónicos (n=42) No clínico (n=24)	Depresivos crónicos > Muestra no clínica 3 dominios de esquemas	3 dominios esquemas: Deterioro Autonomía Sobrevigilancia Desconexión y rechazo
Halvorsen <i>et al.</i> , (2009),	3 grupos: Episodio de T Depresivo Mayor (n=23) Antecedentes de Trastorno Depresivo (n=40) No deprimido (n=40)	Depresivo Mayor > No Deprimido en todos los esquemas Trastorno Depresivo Mayor > Antecedentes Trastorno Depresivo en 8 esquemas (texto) T Depresivo Mayor = Antecedentes de T Depresivo > No Deprimido en 5 esquemas	5 esquemas característicos del T Depresivo (Mayor o Antecedentes) serían: Privación Emocional, Abandono Desconfianza/Abuso Imperfección Indeseabilidad Social
Wang <i>et al.</i> , (2010)	3 grupos: Episodio de T Depresivo Mayor (n=61) Antecedentes de Trastorno Depresivo (n=42) No deprimido (n=46)	T Depresivo Mayor > Antecedentes T Depresivo > No Deprimido Contrastes Post Hoc 14 esquemas	T Depresivo Mayor > Antecedentes T Depresivo No Deprimido en: Dependencia, Apego Metas Inalcanzables Antecedentes T Depresivo > No Deprimido en: Grandiosidad

Predicción depresión mediante CEY

En la Tabla 10 se presenta un resumen de los estudios donde se ha utilizado el CEY como predictor de la depresión en los Trastornos Depresivos, evaluado por el Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 10. Resumen de los análisis de regresión de depresión y las escalas del CEY

Predicción Depresión CEY-Larga	Muestra	Medida	Esquemas	Variación Explicada
Shah y Waller, (2000)	Pacientes Depresivos (n=60) Controles sanos (n=67) ambulatorios	BDI	Imperfección, Insuficiente autocontrol Autosacrificio	----
Halvorsen <i>et al.</i> , (2009)	3 grupos: Episodio de Trastorno Depresivo Mayor (n=23) Antecedentes de Trastorno Depresivo (n=40) No deprimido (n=40)	BDI-II	1 paso: Episodio único de depresión y recurrentes de depresión (22 % variación), 2 paso: Dominios de Desconexión, Deterioro de Autonomía, Auto-expresión restringida y Límites Deteriorados (40 % variación)	62
Riso <i>et al.</i> (2006)	3 grupos (n=116): Episodio de Trastorno Depresivo Mayor Antecedentes de Trastorno Depresivo No deprimido	BDI-II	BDI inicial se predecía por los Dominios de Indeseabilidad de Autonomía, Deteriorada de Límites insuficientes. BDI a los 9 años se predecía por el Dominio de Indeseabilidad Episodio Depresivo a los 9 años se predecía por Límites Deteriorados	55 20
Renner <i>et al.</i> , (2012)	T depresivos tratados en una unidad especializada (n=132)	BDI-II	BDI inicial se predecía por los esquemas de Abandono, Privación Emocional y Fracaso	48
Predicción de Depresión con CEY-Corta	Muestra	Medida	Esquemas	Variación Explicada
Petrocelli <i>et al.</i> , (2001)	Pacientes depresivos ambulatorios (n= 82)	BDI	Abandono, Imperfección	57
Darvishi <i>et al.</i> , (2013)	Pacientes Depresivos con un intento autolítico (n=101)	BDI-II	Imperfección, Fracaso y Grandiosidad	33

Para terminar este bloque de depresión, un estudio de validez predictiva, Wang, Halvorsen, Eisemann y Waterloo, (2010) encuentran que el dominio de Indeseabilidad (Esquemas de Imperfección, Indeseabilidad Social y Fracaso), Evaluación de la Ejecución (escala actitudes disfuncionales) y la severidad inicial de la depresión predecían la severidad de la depresión a los 9 años. No obstante, el Dominio de Límites Deteriorados fue el predictor principal de los episodios de Trastorno Depresivo Mayor en intervalo de 9 años.

En un segundo estudio, Shah y Waller, (2000) encuentran que los esquemas de Insuficiente autocontrol, Imperfección, y Autosacrificio clasifican correctamente en un 80 % un grupo de trastornos depresivos y un grupo de controles normales, siendo los esquemas. Reseñar que este estudio es el primero de muchos estudios de tipo mediacional utilizando las escalas del CEY. En estos se buscan las relaciones entre los esquemas, que se entienden como variables intermedias, y los estilos de crianza percibido de los padres, y la vulnerabilidad a la depresión. En este estudio, en el grupo de trastornos depresivos encuentra que los esquemas de Dependencia, Inhibición emocional, Fracaso, Metas inalcanzables y Vulnerabilidad al peligro median la relación entre el cuidado maternal y la sobreprotección paternal con los niveles de depresión. Otro ejemplo lo tenemos en Harris y Curtin (2002).

Petrocelli, Glaser Calhoun y Campbell (2001) en otro estudio con muestra de 82 de pacientes ambulatorios que recibían psicoterapia por problemas relacionadas con sintomatología depresiva, y encuentran que los esquemas de Abandono e Imperfección actúan como mediadores entre la personalidad auto-destructiva y la depresión.

Por último, un estudio de validez incremental, Thim (2010) donde en una muestra de pacientes ambulatorios intenta conocer la capacidad predictiva del modelos de esquemas y del modelo de personalidad de los cinco grandes en relación a la depresión. El modelo de predicción de las escalas Neuroticismo, Apertura y puntuación total del CEY, es capaz de predecir un 46% de variancia de la depresión, aumentando un 10 % de variancia explicada en contraposición a cuando se utiliza sólo las escalas del modelo de los cinco factores.

Por último para terminar este bloque sobre los T del Estado del Ánimo, comentar que existen pocos estudios en el **T bipolar**. Destacamos los trabajos de Hawke, Provencher y Parikh (2012) que buscan identificar cuál es el papel de los esquemas en el trastorno bipolar T bipolar (Hawke y Provencher, 2012; Kahr, 2012; Lapsekili y Ark, 2012; Richa y Richa, 2011; Nilsson, Jorgensen, Straarup y Licht, 2010) y el riesgo de desarrollar un trastorno del espectro bipolar (Hawke, Provencher, y Arntz, 2011).

4.5.4. Estudios en los Trastornos Ansiedad

Tal como comentamos anteriormente en la revisión sistemática realizada por Hawke y Provencher (2011), el esquema de Vulnerabilidad al Peligro y a la enfermedad, miedo exagerado a que en cualquier momento va a pasar alguna catástrofe, es uno de los esquemas involucrados en los trastornos de ansiedad. En la Tabla 11, se muestra un resumen de los resultados del uso del CEY-VR en los T de ansiedad comparados con otros grupos. Encontramos los estudios donde se ha administrado el CEV-VR en muestras generales de **T de ansiedad**, Delattre, Servant, Rusinek, Lorette, Parquet, Goudemand y Hautekeete (2004); Rusineck, Graziani, Servant, Hautekeete, y Deregnaucourt (2004). En la **fobia social**, tenemos los estudios de Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo y Cunha (2006) y Hinrichsen (REf); Waller y Dhokia (2007). Los estudios para el **T por estrés post-traumático** de Cockram, Drummond, y Lee (2010). Y finalmente, los estudios para el **T obsesivo-compulsivo** (Atalay, Atalay, Karahan, D y Çakiskan, (2008); Lochner, Seedat, du Toit, Nel, Niehaus, Sandler, *et al.*, 2005; Kim, Lee y Lee, 2015); Voderholzer, Schwartz, Thiel, Kuelz, Hartmann, Scheidt, Schlegl y Zeeck, 2014).

En la tabla 12, se muestran un resumen de los resultados del uso del CEY como predictor de la ansiedad. Hay estudios comentados en la tabla 11 que además de las comparaciones de medias hacen análisis de regresión, estos no los describimos ahora, sólo detallamos brevemente los siguientes. Para el **T de pánico con agorafobia** (Hedley, Hoffar y Sexton, 2001), para un grupo de T conducta alimentaria con alta ansiedad (Hinrichsen Waller y Emanuelli, 2004). En el **T por estrés post-traumático** (PTSD), en un estudio de tipo correlacional de Dutra, Callahan, Forman y Herman (2008), y otros desde el área de la prevención (Edworthy, Chasey y Williams, 2008; Price, 2007).

Tabla 11. Estudios del CEY en muestras de Trastornos de Ansiedad comparados con otros grupos clínicos y no clínicos

	<i>Muestra</i>	<i>Esquemas</i>	<i>Esquemas asociados</i>
Trastornos mixtos de ansiedad			
Delattre <i>et al.</i> (2004)	50 T. Ansiedad vs. 50 no clínica	T Ansiedad > Grupo no clínico en Todos Esquemas	Privación Emocional Aislamiento Social Dependencia
Rusineck <i>et al.</i> , (2004)	36 T. Ansiedad vs. 36 Grupo control	T Ansiedad > Grupo control en 13 Esquemas	Excepción: Privación emocional, Autosacrificio Metas inalcanzables
Fobia Social			
Pinto-Gouveia <i>et al.</i> , (2006)	3 grupos: Fobia Social (n=62) T Ansiedad (n=41) No clínica (n=55)	Fobia Social > grupo control, en 14 esquemas Fobia Social > T Ansiedad en 8 esquemas	8 esquemas: Privación emocional, Desconfianza, Imperfección, Vergüenza, Aislamiento Social, Subyugación, Dependencia, Fracaso
Hinrichsen, <i>et al.</i> , (2007)		Bulímicas alta ansiedad social > Bulímicas baja ansiedad social	Abandono e Imperfección
Trastorno por estrés post traumático			
Cockram <i>et al.</i> , 2010	Veteranos Guerra: PTSD (n=163) No PTSD (n=57)	PTSD > Controles en todos los esquemas	Regresión logística: Vulnerabilidad al Peligro Inhibición Emocional
Trastornos Obsesivos Compulsivos			
Atalay <i>et al.</i> , (2008)	Muestras apareadas: TOC (n=45) Controles sanos (n=45)	TOC > controles sanos En 11 de 18 esquemas	
Lochner <i>et al.</i> (2005)	TOC (n=59) Tricoticolomanía (n=26)	TOC > Tricoticolomanía en 6 Esquemas	Imperfección Aislamiento Social Vulnerabilidad Peligro Desconfianza Subyugación Inhibición Emocional
Voderholzer <i>et al.</i> , (2013)	4 grupos: TOC (n=60) TCA (n=41) T Dolor Crónico (n=40) Controles sanos (n=142)	TOC > TCA, Dolor TCA > TOC, Dolor Dolor < TCA TOC,	Abandono Dependencia Vulnerabilidad Peligro Insuficiente Autocontrol Inhibición Emocional Imperfección, Dependencia e Inhibición Emocional
Kim <i>et al.</i> , (2015)	TOC (n=60) Controles sanos (n=142)	TOC > Controles sanos	Imperfección Aislamiento Social Fracaso

Tabla 12. Resumen de estudios de predicción de los Trastornos de Ansiedad y el CEY-VR

	Muestra	Medida	Esquemas	Variancia explicada
Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia				
Hedley <i>et al.</i> (2001)	Trastorno de Pánico y Agorafobia (N=70)	CEY-VR ACQ BSQ MIA	Vulnerabilidad al Peligro predice <i>Miedos, cogniciones y conductas agorafobia</i>	49 %
Hinrichsen <i>et al.</i> (2004)	Trastornos Conducta Alimentaria (n=70)	CEY-VR SPAI	Vulnerabilidad al Peligro predice <i>Agorafobia</i>	48,5%
Fobia Social				
Hinrichsen <i>et al.</i> (2004)	Trastornos Conducta Alimentaria (n=70)	CEY-VR SPAI	Abandono e Inhibición Emocional predice <i>Fobia Social</i>	26%
Pinto Gouveia <i>et al.</i> (2006)	Fobia Social (n=62) T Ansiedad (n=41) No clínica (n=55)	CEY-L1 FNE	Imperfección, Desconfianza, Metas Inalcanzables y Privación Emocional predice <i>Miedo a la Evaluación Negativa</i>	54%
Trastorno por estrés post-traumático				
Cockram <i>et al.</i> , 2010	Veteranos Guerra: PTSD (n=163)	CEY-S3 Acute Stress Disorder	17 Esquemas predecían <i>Síntomas del Trauma</i>	22,5 %
Price, (2007)	Profesionales de ayuda con exposición a experiencias de estrés traumático (n=77)	CEY-VR Escala de Impacto Estresor	Imperfección, Apego, Dependencia predice <i>Intrusiones Cognitivas</i> Fracaso predice <i>Evitación Cognitiva</i>	26 % 25 %
Edworthy <i>et al.</i> , 2008	Mujeres embarazadas (n=108)	CEY	Dominio de Límites Deteriorados	28 %
Estudio	Muestra Clínica	Escalas	Esquemas-Escala	r
Atalay <i>et al.</i> (2008)	Muestras apareadas: TOC (n=45) Controles sanos (n=45)	CEY-S3 Escala de Obsesiones-Compulsiones Yale Brown	Dependencia- <i>YB-Obsesiones</i> <i>YB-Compulsiones</i> <i>YB- Total</i>	r= 44 r= 48 r= 51
Dutra <i>et al.</i> (2008)	Pacientes traumatizados 137	CEY-VR Escala de experiencias disociativas Escala de Estrés Posttraumático	Todos esquemas asociados a Disociación 10 de 12 esquemas asociados a Estrés Post-traumático	Media de r= 36,6

4.5.5. Estudios de Trastornos por uso de Sustancias

Ball (1998, 2007) propuso que los esquemas eran relevantes en la clínica y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. De hecho, el primer estudio de resultados de Terapia de Esquemas lo realizó el National Institute of Drug Addiction Americano, para conocer si la adaptación de esta terapia a la patología dual ayudaba a la prevención de recaídas. Más recientemente, Grebot y Marchand (2008) presentan tres casos clínico de jóvenes adictos a la marihuana, donde identifican el uso del cannabis como reforzador negativo de la activación (evitación) de los esquemas.

Antes de presentar los resultados tenemos que destacar los estudios del grupo de investigación americano, Shorey, Anderson y Stuart, autores de la mayoría de estudios que vamos a referenciar. Esta serie de estudios los realizan desde el marco de un programa de adultos residencial en Estados Unidos. El programa es de 30 días de duración basado en la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y sólo admite pacientes cuando el diagnóstico principal es de trastorno por uso de sustancias. Otra característica es que por regla general los residentes en tratamiento son jóvenes o en las fases iniciales de la adicción. A pesar de estar guiado por la filosofía de los 12 pasos, el programa se centra en identificar el papel de los esquemas en la vida de los pacientes y también ofrece intervenciones familiares, donde incluye la terapia familiar. Por regla general, los pacientes son evaluados de forma rutinaria mediante una batería de pruebas estructuradas que incluye el CEY-L3. Los estudios tienen como objetivo conocer el papel de los esquemas en las conductas adictivas.

En la Tabla 13 y 14 se presentan un resumen de los estudios de comparaciones de medias entre grupos de adicciones y un grupo control que por lo general son estudiantes, donde la tendencia es que en la mayoría de esquemas se encuentren puntuaciones significativamente mayores en un grupo de adictos a drogas (Shorey, Stuart y Anderson, 2013), en el trastorno por dependencia al alcohol (Decouvelare F, Graziani, Gackièreraldi, Rusinek y Hautekeete, 2002), en cambio alguno estudio encuentra perfiles de esquemas más específicos en dependientes al alcohol (Tükaçar y Ince, 2004).

Después podemos observar un grupo de estudios que comparan distintos grupos de adicciones, un estudio compara los esquemas en una muestra de residentes con T Dependencia Alcohol, compara los esquemas de un grupo de residentes que tienen como profesión la de pilotos de avión con un grupo un grupo que no lo son (Shorey, Brasfield, Stuart y Anderson, 2014). En cambio, Bailleux, Romo, Kindynis, Radtchenko y Debray (2008), lo hace entre un grupo de pacientes deprimidos y un grupo de pacientes con un trastorno por dependencia al alcohol en un tratamiento hospitalario. Brotchi, Meyer, Copello, Kidney y Waller (2004), comparan 4 grupos: abuso al alcohol, abuso a los opiáceos, abuso de alcohol y opiáceos y un grupo control de sujetos sanos. También en fumadores de cannabis, Grebot y Dardard (2010) buscan si existen perfiles de creencias adictivas, mecanismos de defensa y esquemas diferenciados para tres grupos, uno de no consumidores, otros de consumidores y otro de adictos al cannabis. Por último dos estudios de juego patológico, Katona y Körmendi (2012) y el de Shorey, Stuart y Anderson (2011).

Shorey, Anderson y Stuart (2011 b), buscan la asociación entre los esquemas de una muestra de trastorno por dependencia al alcohol y los esquemas de sus parejas íntimas

A continuación detallamos una serie de estudios relacionados con la predicción de las adicciones y del tratamiento. En el primero, Bojed y Nikmanesh (2014) buscan si pueden predecir el riesgo de desarrollar una conducta adictiva en una muestra de universitarios a través de los dominios de esquemas. Los resultados muestran que los dominios de Desconexión, Deterioro en la Autonomía y Dirigidos a los Demás predicen un 18 % de la probabilidad del riesgo de a desarrollar una conducta adictiva.

En un segundo estudio, Roper, Dickson, Tinwell, Booth y McGuire (2010) intenta predecir el éxito de un tratamiento de las adicciones. Para ello, evalúan los síntomas (ansiedad y depresión), y creencias nucleares mediante el cuestionario de esquemas en una muestra de adictos al alcohol que inician un programa de tratamiento. Los usuarios de este programa lo comparan con una muestra control de estudiantes. El programa de tratamiento del grupo experimental es escoger entre tres semanas de tratamiento ingresado y/o un programa de seis semanas comunitario. La evaluación la hacen en momentos diferentes: tres semanas después de estar abstinentes y el último día del programa.

Tabla 13. Estudios de comparación de las escalas del CEY en muestras de Conductas Adictivas

	Muestra	Medida	Número Esquemas	Esquemas
Shorey <i>et al.</i> , (2013)	T Uso de sustancias (n=101) Estudiantes (175)	CEY-L3	T Uso de Sustancias > Grupo Estudiantes 16 de 18 Esquemas	Excepción Metas Inalcanzables Autosacrificio
Decoucevelaere <i>et al.</i> , (2002)	T Dependencia Alcohol (n=46) Grupo de Controles sanos (n=50)	CEY-VR	T Dependencia al Alcohol > Grupo Estudiantes Todos los esquemas	
Shaghagh <i>et al.</i> (2011)	Muestra Hombres T Dependencia Alcohol (n=81) Grupo Controles sanos (n=90)	CEY-VR	T Dependencia al Alcohol > Grupo Controles sanos Todos los esquemas	
Shorey <i>et al.</i> , (2013)	Muestra Hombres T Uso Sustancias (n=101) Estudiantes (n=75)	CEY-L3	T Uso Sustancias > Grupo Estudiantes 9 de 18 Esquemas	Abandono, Desconfianza, Imperfeccion, Fracaso, Dependencia, Apego, Vulnerabilidad al Peligro, Insuficiente Autocontrol Negatividad
Shorey <i>et al.</i> , (2014)	Muestra Mujeres T Uso Sustancias (n=180) Estudiantes (284)	CEY-L3	T Uso Sustancias > Grupo Estudiantes 16 de 18 Esquemas	Excepción Metas Inalcanzables Autosacrificio
Tukaçar y Ince (2004)	T Dependencia Alcohol (n=70) Grupo de Controles sanos (n=32)	CEY-VR	T Dependencia al Alcohol > Grupo sano 1 esquema T Dependencia al Alcohol < Grupo sano 3 esquemas	Imperfección, Metas Inalcanzables Grandiosidad Insuficiente Autocontrol
Kantona <i>et al.</i> , (2012)	Adicción al Juego patológico (n=23) Grupo de Controles sanos (n=23)	CEY-VR	Juego Patológico > Controles Sanos en 8 esquemas	Privación Emocional, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Búsqueda de aprobación. Metas Inalcanzables, Castigo, Insuficiente Autocontrol
Shorey <i>et al.</i> , (2013)	Muestra Mujeres con T Dependencia Opioides (n=200) Alcohol (n=220)	CEY-L3	Mujeres T Dep. Opioides > Mujeres T Dep Alcohol 2 esquemas	Dependencia Castigo

Tabla 14. Estudios de comparación de las escalas del CEY en muestras de Conductas Adictivas

Muestra	Muestra	Medida	Número Esquemas	Esquemas
Bailleux <i>et al.</i> , (2008)	Ingreso hospitalario T Depresivo (n=15) T Dependencia Alcohol (n=15)	CEY-	T Depresivo > T Dependencia Alcohol	Aislamiento Social y Fracaso
Shorey <i>et al.</i> , (2011)	Tr Dependencia Alcohol Pilotos avión (n=64) No pilotos avión	CEY-L3	Pilotos avión > “No pilotos de avión” en 1 esquema “No pilotos de avión” > Pilotos de avión 1 esquema	Metas Inalcanzables Insuficiente Autocontrol
Shorey <i>et al.</i> , (2012)	Riesgo de Juego Patológico en adictos de otras sustancias.	CEY-L3	Juego patológico en Adictos Con Riesgo > Sin riesgo 7 esquemas	Privación Emocional, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Búsqueda de aprobación. Metas Inalcanzables, Castigo, Insuficiente Autocontrol
Brotchie <i>et al.</i> (2004),	G1 T Abuso Alcohol (n=44) G2 T Abuso Opiáceos (n=36) G3 T Abuso Alcohol y Opiáceos (n=17) G4 grupo no clínico (n=87)	CEY-VR	Abuso Alcohol y Opiáceos > Resto grupos 1 esquema Abuso Alcohol y Abuso Alcohol y Opiáceos > Resto de grupos 2 esquemas	Inhibición Emocional Subyugación y Vulnerabilidad al Peligro
Shorey <i>et al.</i> 2011	T Uso de Sustancias (n=40) Parejas íntimas de los pacientes (n=40)	CEY-L3	T Uso de Sustancias > Parejas íntimas de los pacientes En 5 esquemas	Imperfección, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al peligro e Insuficiente autocontrol
Grebot y Dardard, (2010)	3 grupos (n=49) Adictos al cannabis Consumidores de Cannabis No consumidores	CEY-V1	Adictos al cannabis > Consumidores de cannabis > No consumidores en Dos esquemas	Dependencia Insuficiente Autocontrol

Los resultados de la comparación de los esquemas en los dos tiempos de evaluación, y controlando la depresión como covariante, encuentran que hay una disminución significativa de la puntuación al final del programa, de 13 de los 15 esquemas, a excepción de Metas inalcanzables (ponerse objetivos muy elevados y de difícil cumplimiento) y Autosacrificio, (creencia de que poner las necesidades de los demás por delante de las propias). Por otra parte cuando comparan los esquemas de inicio de tratamiento entre los dependientes al alcohol y la muestra de controles, las diferencias son significativas en todos los esquemas. En otro estudio, Hautekeete, Ameerudden, Eraldi-Gackière, Baert y Rusinek (2006), muestran que los pacientes que han recaído en el consumo del alcohol tienen puntuaciones más elevadas en todos los esquemas que el grupo que se mantiene abstinentes. En el último de este bloque, Hernández y Londoño (2012) buscan los factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia a tratamiento en comunidades terapéuticas de Colombia. Dentro de la función predictiva de alta adherencia se encuentra el esquema de Vulnerabilidad al Peligro y la Enfermedad, lo que indicaría que el miedo y ansiedad en las cosas que no se pueden predecir facilitaría una adherencia más larga a seguir el tratamiento de CT.

Para finalizar describimos una estudios relacionados con variables del estudio de las conductas adictivas tales como creencias de consumo y consumos puntuales en periodos de abstinencia. Grebot y Dardard (2010) encuentran que los esquemas correlacionaban con creencias positivas del consumo de disminución del malestar emocional, y con el mecanismo de defensa de sublimación. En el estudio ya comentado, Bailleux, Romo, Kindynis, Radtchenko y Debray (2008), muestran asociaciones entre las estrategias de evitación de las emociones y los esquemas de Abandono y Vulnerabilidad al peligro en dependientes al alcohol. Así mismo, Mozaffari, Khaledian y Taghavi (2014) encuentran que los esquemas Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento social se relacionaban con los consumos puntuales de otras drogas en pacientes que estaban en un programa de mantenimiento de metadona.

Para finalizar, una investigación que busca identificar los esquemas asociados a conductas agresivas en un contexto de tratamiento residencial de las adicciones, Shorey, Stuart y Anderson (2015). Los resultados muestran que los esquemas del Dominio de Límites deteriorados están positivamente asociado con agresión verbal, una actitud agresiva y la

agresión en general. En cambio, el dominio de Desconexión y rechazo se asoció positivamente con la agresión física.

En conclusión, no hemos encontrado ningún estudio que relacione el CEY-VR con variables de las adicciones como los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente, la motivación para el cambio de Bandura, ni tampoco con medidas como el deseo de beber o consumir sustancias, y/o severidad de la adicción.

4.5.7. Estudios de Personalidad y Trastornos de la Personalidad

4.5.7.1. Estudios de Personalidad y de Modelos de Personalidad

Existen pocos estudios que analicen la relación entre los modelos de personalidad y el modelo de Terapia de Esquemas. Una excepción han sido los trabajos de Thimm que busca la relación entre las dimensiones del modelo de personalidad de los cinco factores (evaluado con el NEO-PIR) y los esquemas. En un primer trabajo, en muestra clínica de 147 pacientes psiquiátricos de una clínica comunitaria, con un 74% de mujeres con una edad media de 39,2 años. Tal como podemos observar en la tabla 15, encuentra asociaciones positivas entre Neuroticismo y todos los esquemas con puntuaciones entre un rango de moderadas a bajas. Encuentra asociaciones negativas y en un rango de bajo a moderado con las otras dimensiones Extraversión, Apertura, Agradabilidad y Concienciación. Además la capacidad predictiva de las subescalas del modelo de los cinco grandes explicaba entre un 9 % de variancia para Apego y un 42% para Insuficiente Autocontrol, con una variancia media explicada de 25.

En otro estudio del mismo autor, Thimm (2011) en una muestra de 145 pacientes, (107 mujeres y 38 hombres, con una edad media de 39 años) que reciben tratamiento en consultas externas hospitalarias. A nivel de evaluación, se les administra el cuestionario NEO-PIR que evalúa las 5 dimensiones de la personalidad (Costa y Mcrae, 1992; el cuestionario de esquemas (CEY-VR; Young 1999), y el cuestionario de personalidad del DSM-IV y ICD-10 (*Personality Questionnaire. DIP-Q*. Ottoson, Rodlund, Ekselius, von Knorring *et al.*, 1995).

Tabla 15. Coeficientes de Correlación entre el CEY y NEO-PIR Adaptada de Thimm 2010.

Escala CEY	NEO-PIR					R ²
	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Agradabilidad	Concienciación	
Privación Emocional	0,32*	-0,29*	-0,11	-0,07	-0,12	0,15
Abandono	0,48*	-0,22	-0,08	-0,12	-0,08	0,24
Desconfianza	0,45*	-0,34*	-0,10	-0,29*	-0,16	0,29
Imperfección	0,53*	-0,27*	-0,09	0,00	-0,15	0,30
Aislamiento Social	0,49*	-0,43*	-0,06	-0,04	-0,16	0,34
Dependencia	0,57*	-0,23	-0,06	-0,18	-0,26	0,35
Fracaso	0,47*	-0,44*	-0,31*	0,10	-0,29*	0,34
Vulnerabilidad Peligro	0,49*	-0,21	-0,08	-0,19	-0,10	0,26
Apego	0,28*	-0,18	-0,05	-0,13	-0,10	0,09
Grandiosidad	0,18	0,07	0,17	-0,51*	-0,25	0,31
Insuficiente Autocontrol	0,44*	-0,18	-0,05	-0,42*	-0,53*	0,42
Autosacrificio	0,11	0,07	0,01	0,27*	0,21	0,16
Subyugación	0,53*	-0,29*	-0,05	0,10	-0,08	0,34
Inhibición Emocional	0,38*	-0,47*	-0,28*	-0,10	0,00	0,28
Metas Inalcanzables	0,44*	0,01	0,10	0,06	0,19	0,20

El objetivo del estudio es investigar si los esquemas añaden a la predicción de los síntomas de la personalidad más allá del cuestionario NEO-PIR. Para este propósito realiza unos análisis de regresión entrando los TP como variables dependientes, y como variables independientes los esquemas y las cinco dimensiones de personalidad. Realiza los análisis de regresión jerárquica entrando en el primer paso el sexo, en el segundo paso los esquemas y en el tercer paso las facetas del modelo de cinco dimensiones para cada TP descritas por Lyam y Widiger (2003). Para asegurarse de que los resultados son correctos, también realiza este mismo análisis revirtiendo el orden del segundo y tercer paso, primero las facetas de las cinco dimensiones y después los esquemas. Los análisis de regresión muestran como los esquemas incrementan un 7 % la variancia explicada en las rectas de regresión, con un rango que va del 0% en los síntomas del TP Esquizoide al 12 % del TP esquizotípico. Los esquemas que surgen como predictores son la Grandiosidad en los síntomas del TP Narcisista, Desconfianza en los síntomas del Paranoide, Esquizotípico y Límite, el esquema de Fracaso de los síntomas TP Evitativos, la Subyugación y la Dependencia de los síntomas del TP Dependiente, y Metas Inalcanzables de los síntomas del TP Obsesivo compulsivo.

En la misma línea, pero en poblaciones no clínicas encontramos dos estudios Reeves y Taylor (2007) en una muestra de 804 sujetos, 405 hombres y 399 mujeres de una edad media de 9,19 años, encuentran que los esquemas añaden una variancia explicada al género, los síntomas de otros trastornos de personalidad (evaluados a través del screening de la entrevista estructurada SCID-II), que los esquemas. El impacto de esta variancia está entre un 4% del TP pasivo agresivo a un 13 % del TP Límite. En la Tabla 16, comparamos los resultados obtenidos entre este estudio y el de Thimm (2010) en muestras clínicas.

En cambio, Carr y Francis (2010) en un estudio que busca replicar el anterior de Reeves y Taylor, en una muestra de 178 estudiantes universitarios, 118 mujeres de una edad media de 27,18 años, realizan un análisis de la regresión entrando como variables dependientes los rasgos de los TP (evaluados con el PDQ-R), y como independientes en segundo paso la edad, la depresión (BDI-II, Beck), la ansiedad (BAI, Beck), las actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (EAT-26) y en el tercer paso los esquemas (CEY-VR). Los resultados no confirman todas las hipótesis de Reeves Taylor (2007). Los resultados muestran diferentes perfiles de regresión, con valores de variancia explicada que añaden los esquemas con un rango del 18 % del TP Antisocial al 31 % del TP Evitativo. En la misma línea, y también en muestras de estudiantes universitarios los esquemas están positivamente asociados al Neuroticismo y negativamente asociados a Extraversión y Agradabilidad (Muris, 2006; Bahramizadeha y Bahrami, 2011; Bahrami y Bahramizadeha, 2011).

Hay pocos estudios donde se haya utilizado el modelo de Afectividad Positivo y Afectividad Negativa (Watson y Tellegen, 1999) en población clínica. Glaser et al. (Ref) encuentran correlaciones positivas entre Afecto Negativo como rasgo y los esquemas de Abandono, Dependencia, Fracaso, Insuficiente autocontrol, Subyugación, Aislamiento social. Schimdt *et al.*,(1999) encuentran asociaciones con el Afecto Positivo (negativas) y con el Afecto Negativo y los esquemas. En todos los estudios estas asociaciones son moderadas.

En relación al modelo de siete dimensiones de Cloninger sólo existe un trabajo en muestras clínica, (Halvorsen, Wang , Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann, Waterloo, 2009),

comentado desde la perspectiva de los esquemas en la depresión. En relación al temperamento que midieron con el TCI de encuentran que la Autodirección estaría asociada de manera negativa con la mayoría de esquemas.

La última investigación que vamos a referenciar en esta área de la personalidad es un estudio que busca saber como los esquemas se alinean con el inventario de rasgos de personalidad del DSM-V. Bach, Lee, Lykee y Simonsen (2015) administran el CEY-S3, el cuestionario de modos de esquemas y el Cuestionario de rasgos del DSM-5 (PIB) a una muestra mixta de población no clínica y clínica de 662 personas, y realizan todo un estudio de la interacción de los rasgos desadaptativos y los esquemas. De los resultados enfatizamos que los rasgos de personalidad del DSM-5 explicaban casi un 90 % de la variancia de los esquemas y modos, sugiriendo un solapamiento entre los constructos o rasgos de los dos sistemas. A nivel de rasgos desadaptativos la **Afectividad Negativa** estaba relacionada con el Abandono, Pesimismo, Inhibición emocional (negativo), Vulnerabilidad al peligro y Grandiosidad (negativo). Por lo que se refiere al **Antagonismo** estaba relacionado con Grandiosidad, Desconfianza, Búsqueda de Aprobación, Aislamiento social (negativo), y Subyugación. Sin embargo el rasgo de **Desapego** se relacionó con Inhibición emocional, Pesimismo, Aislamiento social, Búsqueda de aprobación (negativo), y Abandono (negativo). En cambio, el rasgo de **Desinhibición** se asoció con Insuficiente autocontrol, Imperfección, Desconfianza, Pesimismo (negativo), y Metas inalcanzables (negativo). Y por último el **Psicoticismo** se relacionó con Imperfección (negativo), Grandiosidad, y Vulnerabilidad al peligro. Los autores concluyen que estos hallazgos permiten utilizar este modelo de rasgos de personalidad y el modelo de esquemas. Evidentemente este estudio puede marcar el camino a seguir en la relación del modelo de esquemas y el DSM-5.

Para terminar este bloque heterogéneo, encontramos encontramos estudios que han relacionado los esquemas con los modelos de vinculación de Bolwy (Bosmans, Braet, van vlierghe, 2009; Mason, Platts y Tyson 2005; Platts Tyson y Mason, 2002 Simard), Moss, Pascuzzo, 2011), del modelo de problemas interpersonales (Thimm, 2013) y el modelo de resolución de tareas del desarrollo de Erikson (Thimm, 2009).

Modelo Teórico

Tabla 16. Relaciones encontradas entre los Esquemas y los Trastornos de Personalidad en los estudios de Thimm, (2010) y Reeves y Taylor, (2007)

	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antisocial	Límite	Histriónico	Narcisista	Evitativo	Dependiente	Obsesivo
Privación Emocional										
Abandono					+R				+R	
Desconfianza			+T		+T		+R			
Imperfección										
Aislamiento Social	+RT	+RT	+RT	+R	+R	-R		+RT		
Dependencia									+T	
Vulnerabilidad Peligro										
Apego					-R					+R
Fracaso								+T		
Grandiosidad				+T			+RT	-R		
Insuficiente autocontrol						+R				
Subyugación								+T		
Auto-sacrificio										
Inhibición Emocional	+R		+RT				-R	+R		+T
Metas Inalcanzables										+RT

Nota. TP + Relación positiva - Relación Negativa en los análisis de regresión realizados por los estudios.

Referencias del estudio: R para el estudio de Reeves y Taylor (2007); y T para el estudio de Thimm (2011).

7.7. Esquemas y patología del Eje II

Jeff Young y sus colaboradores no han establecido de manera específica los esquemas que estarían asociados con todos los TP, aunque estos mismos autores constataron en el estudio de validación que aquellos sujetos que recibieron un diagnóstico de trastorno de la personalidad obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en todos los esquemas, en comparación con el grupo que sólo recibía un diagnóstico del Eje I, a excepción de los esquemas de Vulnerabilidad y Subyugación (Schmidt *et al.*, 1999). Esta tendencia se observa todos los estudios, independientemente de la versión que se utilice del Cuestionario de Esquemas, este se mostraría sensible a la patología de Eje II. Esto se traduciría, salvando algunas excepciones, que aquellas personas que tuvieran un diagnóstico de TP obtendrían puntuaciones medias más elevadas en los esquemas, siempre y cuando se pudiera determinar mediante un criterio externo, ya sea mediante entrevista estructurada, cuestionario de la personalidad o diagnóstico clínico, la presencia y/o ausencia de TP. (Tabla resumen 17). A continuación revisamos otros estudios relevantes del uso de los cuestionarios de esquemas en los TP y terminaremos haciendo un resumen de que esquemas se han asociado a cada TP.

Mauchanda, Lachenal-Chevallet y Cottraux (2011) comparan una muestra de controles sanos con pacientes con Trastorno de Personalidad Límite y encuentran puntuaciones mayores en los TP Límite en todos los esquemas. En otro estudio en Francia, Mihaescu (1997) encuentran diferencias significativas entre tres grupos, Patología de Eje I (n=53), Eje I y Eje II conjunto (n=123) y controles (n=54). Las puntuaciones medias de los 16 esquemas y de la puntuación total del CEY, son más elevadas en función de la severidad de la patología. Un dato importante de este estudio es el control de los niveles de ansiedad en los tres grupos. Los resultados muestran que el Eje I presenta mayores niveles de ansiedad que el Grupo Eje I y Eje II y que el Grupo control. Esto tiene su importancia ya que indicaría que el CEY es capaz de recoger la “patología” independientemente del estado de ansiedad agudo versus crónico.

Tabla 17. Estudios de comparaciones de medias de las escalas del CEY entre un grupo con los Trastornos de Personalidad y un grupo control.

Estudio	Muestra	Medida	Esquemas	Esquemas
Mauchan da <i>et al.</i> , (2011)	TP Límite (n=37) Grupo controles sanos (n=263)	CEY-VR	TP Límite > Controles Sanos	Todos los esquemas
Mihaescu <i>et al.</i> , (1997)	3 grupos Eje I (N=53) Eje II y I (N=123) Grupo control (n=54)	CEY-VR	Eje II > Eje I > Grupo Control	Todos los esquemas
Schmidt <i>et al.</i> , (1995)	Estudiantes universitarios con PDQ	CEY-L	Eje II > Eje I	Todos los esquemas
Lee <i>et al.</i> , (1999)	Eje II (n=221) Eje I (n=135)	CEY-L	Eje II > Eje I	Excepción Vulnerabilidad peligro Subyugación
Nodhal <i>et al.</i> , (2005)	Eje I (n=44) Eje II (n=38)	CEY-VR	Eje II > Eje I 12 esquemas	Excepción Grandiosidad Insuficiente Autocontrol Apego
Shorey <i>et al.</i> , 2014	Adictos a sustancias (n=98)	CEY-L3	Rasgos TP Límites > No Rasgos TP Límites Rasgos TP Antisociales > Rasgos TP Antisociales	

Petrocelli, Glaser, Calhoun, y Campbell (2001) en una muestra de 129 sujetos (93 mujeres y 36 hombres, edad media de 28 años) que reciben un tratamiento de psicoterapia en un servicio universitario les administra el CEY-VR y el inventario de personalidad de Millon (MCMII-II, Millon 1987). A partir de las puntuaciones del inventario de Millon realizan una agrupación mediante análisis de conglomerados de los participantes, con una agrupación final de 5 grupos. A continuación realizan un análisis multivariante de la variancia con los esquemas y los 5 grupos, y un análisis discriminante para conocer la capacidad discriminativa de los esquemas en estos cinco grupos. Los resultados más relevante son, un cluster donde los sujetos no presentan problemas de personalidad y donde se encuentran puntuaciones muy bajas en todos los esquemas. En un segundo grupo, que a nivel de patología de la personalidad se organiza en torno a puntuaciones moderadas en las escalas de dependencia, histriónico y auto-destrucción y puntuaciones bajas en

compulsiones del Millon, y se caracteriza por puntuaciones moderadas en los esquemas de Abandono, Insuficiente autocontrol, Autosacrificio y Metas inalcanzables. En un tercer grupo con una configuración de escalas evitativo, pasivo agresivo, autodestructivo y antisocial y baja en compulsivo del MCMI-II de Millon, encuentran puntuaciones altas en tres esquemas Privación Emocional, Abandono y Metas Inalcanzables. Por lo que respecta al cuarto cluster, con una configuración de escalas clínicas del Millon de histriónico, narcisista, de agresiva/sadismo y pasivo-agresivo, se relacionan con los esquemas de Privación emocional, Autosacrificio y Metas Inalcanzables. Un último cluster con las escalas clínicas de evitativo y dependiente, moderado en pasivo agresivo y bajas puntuaciones en las escalas de narcisismo y agresión/sádico, se asocian a Abandono, Privación emocional, Autosacrificio y Metas Inalcanzables, muy parecido a la agrupación dos, pero con puntuaciones moderadas en el esquema de Fracaso.

Jovev y Jackson, (2004), intentan encontrar la especificidad de estilos cognitivos asociados al TP Límite, TP Obsesivo y TP por Evitación evaluado con el CEY-VR en una muestra clínica de 62 individuos atendidos en servicios de atención comunitaria. Los análisis multivariantes de la variancia mostraban que las altas puntuaciones de Dependencia, Imperfección y Abandono estaban asociados con el grupo de TP Límite (Favorable a los postulados de Young). En cambio las altas puntuaciones de *Metas Inalcanzables* estaban relacionadas con el TP Obsesivo (favorable a la teoría de Beck); y el TP por Evitación en la Inhibición emocional. En la Tabla podemos observar las puntuaciones medias de cada esquema para cada uno de los trastornos. Los análisis mutivariantes de la variancia cuando comparaban el grupo TP Obsesivo y el TP Límite tienen puntuaciones más elevadas en Abandono, Dependencia y Subyugación con puntuaciones más elevadas en el TP Límite. En la comparación con el TP Evitación, el TP Límite obtenía puntuaciones más elevadas sólo en la escala de Dependencia. Sin embargo, la comparación entre el TP Evitación y TP Obsesivo indican que Abandono y Subyugación tienen puntuaciones más bajas y Metas inalcanzables más altas en el TP Obsesivo. Por último, realizan un análisis discriminante para determinar los estilos cognitivos que diferencian entre estos tres TP, encontrando como función discriminante que **puntuaciones bajas de Abandono, Subyugación, Dependencia y Vulnerabilidad** diferencian entre el TP Obsesivo del TP Límite y TP Evitación; y puntuaciones altas en **Apego y Metas Inalcanzables** entre el TP Límite y TP Evitación. Ambas funciones, clasifican

correctamente un 77, 1 % de la muestra. Específicamente, un 84,6 % del TP Límite, un 81,8 % del TP Evitación y un 61,5 % del TP Obsesivo.

Tabla 18. Puntuaciones medias de los esquemas en los TP Límite, Obsesivo y Evitación en el estudio de Jovev y Jackson, (2004).

SCID-II Diagnostico	TP Límite		TP Obsesivos	TP Evitación		
Versión CEY-Corta	n=13		n= 13	n 22		
Escalas del CEY	M	d.e	M d.e	M d.e		
Privación Emocional	19,15	(6,85)	16,38	(8,37)	14,86	(7,65)
Abandono	18,85	(7,16)	10,62	(4,86)	15,68	(7,13)
Desconfianza	16,08	(7,06)	14,08	(6,84)	15,18	(6,51)
Imperfección	16,31	(5,22)	13,46	(7,36)	17,23	(6,13)
Aislamiento Social	21,69	(5,44)	17,00	(8,09)	20,05	(7,43)
Dependencia	17,31	(5,96)	9,92	(4,63)	13,14	(5,37)
Fracaso	17,69	(8,09)	17,69	(8,09)	16,55	(8,30)
Vulnerabilidad Peligro	16,23	(6,97)	11,38	(5,45)	14,23	(5,29)
Apego	13,15	(6,91)	9,08	(4,92)	9,77	(3,94)
Grandiosidad	13,15	(5,89)	14,38	(6,08)	11,86	(5,19)
Insuficiente Autocontrol	18,08	(6,01)	15,23	(6,39)	18,18	(6,52)
Autosacrificio	17,77	(4,85)	12,15	(3,67)	16,36	(5,96)
Subyugación	18,54	(7,00)	15,46	(5,61)	16,18	(7,53)
Inhibición Emocional	17,08	(6,89)	15,77	(6,21)	18,18	(6,21)
Metas Inalcanzables	22,85	(5,91)	23,62	(3,69)	19,45	(5,74)

En el área de la patología dual Ball y Cerecco, (2000) en una muestra de trastornos por dependencia de heroína (n=34) que estaban en un programa con mantenimiento con metadona, se obtienen asociaciones moderadas entre los esquemas (evaluado por CEY-Largo) y la severidad de TP (cálculo de severidad de TP a través de la entrevista estructurada SCID-II). Los resultados no confirmaban las hipótesis cognitivas de la especificidad de los esquemas en los TP (Beck, Freeman & Pretzer). El TP Antisocial de la Personalidad se asocia con los esquemas de Desconfianza, Vulnerabilidad al Peligro e Inhibición emocional, que entienden como que confirma parcialmente la hipótesis cognitiva, a excepción de los esquemas de Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol. En el Trastorno límite de la Personalidad, se esperaban asociaciones con todos los 16 esquemas, sólo las encuentran con los esquemas de Abandono y Desconfianza (Young 1990; Beck y Pretzer, 1990). Sin embargo, el esquema de Subyugación se asoció con la Severidad del TP Evitativo. En cambio no se relaciona con Aislamiento Social o Imperfección tal como se esperaba. Por último, los esquemas de Desconfianza, Imperfección, Aislamiento social,

Fracaso, Dependencia, y Subyugación muestran asociaciones moderadas con la Severidad del TP Depresivo.

Shorey, Anderson & Stuart (2014) en una muestra de adictos a drogas hombres que entran en un tratamiento residencial (n=98), 53 % T Dependencia alcohol y 21 % T Dependencia opioidides), les administran el Cuestionario de Trastornos de personalidad PDQ4-R de y el cuestionario de esquemas, CEY-VL3. En función del PDQ-R, realizan tres agrupaciones, los que tienen rasgos de personalidad Antisociales y los que tienen rasgos de personalidad Límite, y aquellos que no tienen rasgos de personalidad antisociales y límites. A partir de estos grupos realizan análisis correlacionales entre los rasgos límites y antisociales y los dominios de esquemas, con asociaciones moderadas y significativas entre todos los dominios y los rasgos de personalidad desadaptivos. También realizan análisis de comparaciones de medias entre estos grupos, encontrando que los grupos con rasgos de TP Antisocial y Límite tienen puntuaciones más altas y significativas que los grupos de comparación que no tienen estos rasgos.

Tabla 19. Correlaciones entre los esquemas y el PDQ-R

Dominios Esquemas	PDQ-R	
	Antisocial	Límites
Desconexión	0,44**	0,51**
Deterioro Autonomía	0,36**	0,51**
Límite Insuficientes	0,57**	0,51**
Dirigido Demás	0,34**	0,51**
Hipervigilancia Inhibición	0,36**	0,57**

Nordahl, Holthe y Haugum, (2005) buscan la capacidad predictiva de los esquemas en el transcurso de un tratamiento clínico en una muestra general de salud mental (n=82). En relación a los diagnósticos cerca de un 54 % tenían diagnósticos de T Mental de Eje I, principalmente trastornos del estado de ánimo y ansiedad. La muestra restante recibe un diagnóstico de Trastornos de Personalidad, principalmente TP Evitativo. Realizan un análisis correlacional entre los esquemas (CEY-VR) y la entrevista SCID-II del DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, Williams, Benjamin, 1994). Tal como se observa en la Tabla 19, las asociaciones son moderadas entre los rasgos y los esquemas, donde Privación Emocional, Desconfianza e Imperfección están asociados a los rasgos Paranoides, Dependientes y

Límites. Sin embargo, Vulnerabilidad al Peligro se asociaban con los rasgos del TP Paranoide, Narcisista y Límite; e Insuficiente Autocontrol está relacionado con rasgos del TP Obsesivo. Al contrario de lo esperable, no todos los esquemas están asociados con los rasgos de personalidad, esto se da en los rasgos del Esquizotípico, Esquizoide y Antisococial, por este motivo no se detallan en la tabla resumen.

Tabla 19. Correlaciones entre los esquemas y la SCID-II del estudio Nordahl, Holthe y Haugum, (2005)

Entrevista SCID-II del DSM-IV							
Esquemas	Paranoide	Histriónico	Narcisista	Bordeline	Evitativo	Dependiente	Obsesivo
Privación Emocional	0,53**	0,07	0,11	0,33**	0,18	0,26	0,17
Abandono	0,52**	0,12	0,31	0,46**	0,28	0,46**	0,23
Desconfianza	0,56**	0,06	0,31	0,31*	0,31*	0,33*	0,22
Imperfección	0,55**	0,07	0,25	0,40**	0,24	0,39**	0,33*
Aislamiento Social	0,52**	0,17	0,25	0,37**	0,38**	0,46**	0,36**
Dependencia	0,31*	0,02	0,23	0,32*	0,19	0,37**	0,24
Fracaso	0,38**	-0,08	0,22	0,15	0,35	0,33*	0,15
Vulnerabilidad Peligro	0,43**	0,16	0,39**	0,36**	0,17	0,26	0,23
Apego	0,15	0,10	0,11	0,15	0,12	0,32*	0,22
Grandiosidad	0,05	0,31*	0,24	0,10	0,02	0,04	0,39**
Insuficiente Autocontrol	0,24	0,26	0,33*	0,27	0,05	0,22	0,42**
Autosacrificio	0,16	0,13	0,11	0,26	0,09	0,34*	0,05
Subyugación	0,30	0,04	0,25	0,28	0,35*	0,53**	0,24
Inhibición Emocional	0,26	0,03	0,31*	0,09	0,33*	0,26	0,52**
Metas Inalcanzables	0,14	0,13	0,19	0,12	0,02	0,22	0,28

Simos *et al.* (2001;2002) donde se relacionaba los TP de Cluster C y los esquemas. Utiliza el *Personality Disorders Questionnaires-4* (Hyler *et al.*) para evaluar los TP. Las asociaciones que encontró entre los esquemas y las escalas del PDQ SON moderadas (0,40). Los rasgos del TP por Evitación se asocian a Subyugación, Abandono, Fracaso, y Dependencia. Los rasgos del TP por Dependencia se relacionan con el esquema de Subyugación y Abandono. Los rasgos del TP Obsesivo-compulsivo se asocian moderadamente con las Metas inalcanzables.

Hoffart evalúa los rasgos de personalidad con el PDQ-R en una muestra de 118 TP y calcula un análisis de regresión donde la variable dependiente son los rasgos de personalidad del PDQ y las variables independientes los Dominios de esquemas. El dominio de Deterioro Autonomía, explica un 23 % de los rasgos de Personalidad Evitativos y un 19 % del TP Dependiente. En cambio, Metas inalcanzables explica un 28 % del TP Obsesivo Compulsivo.

Carine (1996) realiza una investigación con el objetivo de encontrar si había esquemas cognitivos asociados a la patología de personalidad de Cluster B, que los diferenciara de otra patología de personalidad. Para ello diseñó un estudio que consistió en administrar una serie de cuestionarios 80 pacientes que estaban ingresados en un hospital. Los cuestionarios que administró fueron el cuestionario MCMI-II de Millon, que utilizó como método diagnóstico de la patología de personalidad, el CEY en su versión original de 205 ítems (Young, 1990) para evaluar los esquemas cognitivos y la Escala de Cogniciones sociales y relaciones de objetos (SCORS, Westen *et al.* 1990) para evaluar las cogniciones sociales. En un análisis discriminante entrando como predictores los 16 esquemas y la puntuación total de la SCORS, clasificaba correctamente el 82,5 % del total de los casos, (n= 53 del cluster B y n=27 del cluster AC). El grupo de cluster B tenían creencias relacionadas con una mayor probabilidad de perder el control en situaciones emocionales (esquema de insuficiente autocontrol) y creencias en relación a perder a las personas cercanas emocionalmente (esquema de abandono) que le diferenciaban del cluster AC.

Loper (2003) en un grupo de mujeres encarceladas (n=116) encontró relaciones entre el dominio de Límites Deteriorados y las puntuaciones del TP Paranoide. Del mismo modo, se relacionó con todos los TP del Cluster B. En cambio, el dominio de Desconexión y

Rechazo se asoció con el TP Límite y con el TP Evitativo. Por último, el dominio de Deterioro en la Autonomía estaba relacionado con el TP dependiente.

Recientemente, Corral y Calvete (2015) en una muestra de personas que habían cometido violencia de género, con una alta presencia de TP, encuentran que los rasgos de TP Narcisista están positivamente asociados con los esquemas de Límites insuficientes y negativamente asociados con el dominio de Dirigidos por las necesidades de los demás.

Los rasgos del TP paranoide están positivamente asociados con el dominio de Separación y Rechazo. Finalmente, los rasgos del TP Límite y antisocial con el dominio de Separación y Rechazo y Límites insuficientes.

Esquemas y TP

Para resumir estos resultados vamos a definir trastorno por trastorno cuáles son los esquemas asociados en función de los resultados en la investigación

En el Cluster A, sólo tenemos referencias del TP Paranoide que los estudios muestran asociaciones con los esquemas de Abuso, Privación emocional e Imperfección (Carr y Francis, 2010; Nordahl et al., 2005; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1995) y también con Vulnerabilidad al peligro (Bernstein & Uzeda, 2007).

En el Cluster B, tenemos pocas referencias del TP Antisocial que se ha relacionado con los esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo (Ball & Cecero, 2001) y de Límites Insuficientes (Loper, 2003). En este momento se está investigando con pacientes en entornos forenses y penitenciarios la relación entre la psicopatía de Hare y el modelo de la TE (Bernstein ref). Por lo que se refiere al TP Histriónico se ha asociado a subyugación Carr y Francis, 2010) y a negativamente a esquemas como desconfianza y aislamiento social (Carr & Francis, 2010; Reeves & Taylor, 2007).

El TP Narcisista se ha asociado principalmente a los dominios de Límites Insuficientes (Nordahl et al., 2005; Reeves y Taylor, 2007; Sines, Waller, Meyer, y Wigley, 2008) y también con el dominio de Desconexión y Rechazo (Reeves y Taylor, 2007; Sines et al., 2008).

En el TP Límite es donde se han centrado los esfuerzos de la investigación, Sempértegui, Karremans, Arntz y Bekker (2013) realizan una revisión sistemática de la evidencia disponible del modelo teórico del TE por TP Límite. Los estudios parecen demostrar que existe una conexión entre las experiencias negativas y traumáticas de la infancia y la adolescencia en la patología límite. En esta línea, los pocos estudios disponibles encuentran que los esquemas de Desconfianza, Abandono, Imperfección e Insuficiente autocontrol serían variables mediadoras entre el maltrato a la infancia y la severidad del TP Límite. Los resultados de la revisión son menos contundentes en el papel del abuso sexual, y ponen de manifiesto los escasos estudios respecto al papel de las necesidades no cubiertas en la infancia y las estrategias de afrontamiento en el desarrollo de la patología límite.

En una segunda parte de la revisión presentan el resumen de la investigación de los esquemas y dominios de esquema, que parece confirmar la no especificidad de esquemas y modos de esquemas en el TP Límite. Esto se traduce en que los pacientes con TP Límite cuando son evaluados con los cuestionarios de esquemas sacan una alta puntuación en todos los esquemas, independientemente de la versión del cuestionario de esquemas utilizado. En cambio cuando se utiliza el cuestionario de modos de esquema, los modos en los que se basa la conceptualización de la TE para el TP Límite no son específicos de este trastorno y se encuentran también en otros TP. Este hallazgo de no especificidad se podría explicar mediante el papel que harían los estilos de afrontamiento de los esquemas, la activación de unos esquemas (que funcionan como rasgos de personalidad) puede dar la aparición de diferentes modos de esquemas (que funcionan como un estado, observamos un patrón cognitivo, emocional y de estilo de afrontamiento conductual) en función del estilo de afrontamiento que utiliza el paciente. Otro aspecto desconocido es el efecto de la psicopatología como puede ser la presencia de síntomas disociativos y de sesgos cognitivos. A continuación presentamos una talba resumen de los esquemas asociados al TP Límite.

Tabla 21. Esquemas en el TP Límite

Muestra	Trastorno Límite de Personalidad					
	Teórico	Clínica	Clínica	Clínica	Estudiantes	Estudiantes
Estudios	Arntz et. al (2009)	Jovev	Ball	Nordahl	Carr	Reeves Taylor
Privación Emocional				x		
Abandono	X	x	x	x		x
Desconfianza	X		x	x		
Imperfección				x		
Aislamiento Social				x		x
Dependencia	X	x		x		
Fracaso						
Vulnerabilidad Peligro	X			x		
Apego						x
Grandiosidad						
Insuficiente Autocontrol	X				x	
Subyugación	X	x				
Inhibición Emocional	X					

Relación entre los esquemas y los T.P. de Cluster C

El TP Dependiente se ha asociado a Abandono Carr & Francis, 2010; Gude, Hoffart, Hedley, & Rø, 2004; Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun, & Campbell, 2001; Reeves & Taylor, 2007) y esquema de Dependencia de Schmidt, (1995)

El TP obsesivo se ha asociado con los esquemas de Sobrevigilancia e inhibición domain (Carr y Francis, 2010; Jovev y Jackson, 2004; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1995) y con el dominio de Deterioro en la Autonomía (Reeves y Taylor, 2007).

4.6. Estudios de Sensibilidad al Cambio

A pesar de existir estudios de efectividad y eficacia de la Terapia de Esquemas, existen pocos estudios que utilizan como medida principal el CEY para evaluar el nivel de cambio. Los estudios de resultados miden como medida central de cambio preferentemente síntomas psicopatológicos en el caso de los de los estudios de Eje I, y los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad y/o rasgos de personalidad en los estudios de Eje II. Como medidas secundarias introducen las relaciones interpersonales, medidas de

personalidad, estilos de afrontamiento y calidad de vida. Esto puede entenderse por el estado de desarrollo teórico de la TE, por la presión de demostrar su eficacia y efectividad, o por las limitaciones del uso de cuestionarios para medir esquemas. De todos modos, es difícilmente comprensible no introducir la medida de evaluación de esquemas de forma sistemática en las evaluaciones secundarias, cuando se realizan intervenciones basadas en el modelo de TE (Ball, 2007; Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa y O’Neill, 2005; Ball, Maccarelli, LaPaglia y Ostrowski, 2011; Bamelis, Evers, Sphinhoven y Arntz, 2014; Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Frampton y Joyce, 2013; Farrell, Shaw y Webber, 2009; Gude y Hoffart, 2008; Gude, Monsen y Hoffart, 2001; Hoffart y Sexton, 2002). Presentamos a continuación un breve resumen de los estudios agrupados en dos categorías, los que muestran sensibilidad al cambio en los TP y en otras modalidades de intervención o terapia psicológica.

Estudios de sensibilidad cambio del CEY en los TP

Los estudios de cambio de la TE por regla general han utilizado la versión original del CEY-L de 205, o la versión CEY-L3. Se miden los esquemas en el primer estudio donde la TE muestra eficacia para el TP límite (Giesen-Bloo, van Dyck, Spihoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort, y Arntz, 2006), en el segundo estudio de efectividad para el TP Límite (Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Spinhoven, Asselt, van Wensing y Dyck, 2009) y en un estudio reciente para pacientes con TP Límite donde aplican una TE adaptada a la comunidad y donde el cuestionario de esquemas es la medida principal de cambio para la intervención (Leppänen, Käarski, Saariaho, Lindrman y Hakko, 2015). En resumen los cuestionarios de esquemas parecen ser sensibles al cambio de los TP, con la limitación de que no se ha encontrado ningún estudio donde utilice el CEY-VR.

Estudios de seguimiento de modificación de esquemas en otras intervenciones

La versión original del CEY de 205 ítems es la que más se ha utilizado en estudios de sensibilidad al cambio en programas de tratamiento en hospital de día (Welburn, Daga, Coristine, Pontefract, 2000), en aplicación de la terapia cognitivo conductual para el Eje I, ansiedad y depresión, (Halford, Bernoth-Doolan y Eadie, 2002; Rusineck, Graziani,

Servant, Hautekeete, Deregnacourt , 2004), en rasgos de cluster C de TP (Hoffart, Versland y Sexton, 2002), En la TE grupal, también es sensible a los cambios a la finalización de la intervención grupal (van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe y Broersen, 2014). A continuación, describimos los estudios donde se ha utilizado el CEY-VR como medida de cambio en una terapia psicológica.

El CEY-VR se ha mostrado sensible al cambio de las terapias cognitivo-conductuales (Cockram, Drummond, y Lee, 2010; Mander, Jacob, Götz, Sammet, Zipfel y Teufel, 2014), específicamente para el trastorno obsesivo compulsivo en tres estudios sin concordancia entre los esquemas en los que se observa una disminución significativa al final del tratamiento (Haaland *et al.* 2011; Thiel, Tuschen-Caffier, Herbst, Külz, Nissen, Hertenstein, Gross y Voderholzer, 2014; Wilhelm, Berman, Keshaviah, Schwartz y Steketee, 2015), pero también se ha mostrado sensible al cambio y de medir el cambio de terapias psicodinámica (Wegener, Alfter, Geiser, Liedtke y Conrad, 2013).

En la terapia de grupo también hay evidencia disponible de que el CEY-VR muestra capacidad de medir el cambio de una intervención, en poblaciones con adolescentes con TP (Renner, van Goor, Huibers, Arntz, Butz y Bernstein, (2013), y en una terapia de grupo de esquemas adaptada a los trastornos de la conducta alimentaria (Simpson, Morrow, van Vreeswijk y Reid, 2010). En la misma línea en una serie de casos clínicos (diseño A-B-C) de depresión crónica (Malogiannis, Arntz, Spyropoulou, Tsartsara, Aggeli, Karveli, Vlavianou, Pehlivanidis, Papadimitriou y Zervas, 2014) donde se aplica la adaptación de la TE a la depresión crónica (Renner, Arntz, Leeuw y Huibers,2013)

Por último un estudio interesante de los esquemas y la sensibilidad al cambio en el tratamiento farmacológico, Atalay, Atalay y Bagdaççek (2011) diseñan un estudio para comprobar el efecto del tratamiento farmacológico en los esquemas. En una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión miden los esquemas antes de empezar un tratamiento antideresivo con inhibidores de recaptación de la serotonina y a los dos meses de haber iniciado el tratamiento. Los resultados muestran que Privación emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Vulnerabilidad al peligro, Apego, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Inhibición Emocional, Búsqueda Aprobación y Castigo no se

modificaban ni disminuían al ser evaluados a los dos meses, por lo que concluye que funcionan como rasgos de personalidad.

4.7. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios de esquemas de Young: Resumen Crítico y aspectos de mejora

La principal conclusión de este resumen relativamente exhaustivo de las propiedades psicométricas de los cuestionarios de esquemas y de la utilización en muestras clínicas es que existen cinco versiones de los Cuestionarios de Esquemas de Young, la original o CEY-L, la versión reducida CEY-VR, la versión tercera o CEY-S3, y por último la más reciente que es la CEY-L3.

Las propiedades psicométricas de cada una de las versiones son aceptables. La fiabilidad y validez del CEY-L original de 205 ítems son aceptables, los estudios muestran una estructura factorial de 16 factores que se corresponden a los 16 esquemas definidos en el modelo original. Esta escala ha sido utilizada en los estudios de estabilidad temporal a largo plazo de 2 años y medio, y 9 años comentados brevemente (Riso *et al.* 2006; Wang *et al.* 2009), y su única desventaja es el tiempo de administración del cuestionario, que es de una hora.

La versión tercera, CEY-S3, evalúa los 18 esquemas que propone el modelo. Los estudios de validación a distintas lenguas muestran unas buenas cualidades psicométricas de consistencia interna. En lo que concierne a la estructura factorial de primer orden de 18 factores y de segundo orden, los resultados cambian en función del estudio, aunque confirman la estructura interna de 18 factores (Bach *et al.*, 2015; Calvete *et al.*, 2015, Kriston *et al.*, 2013 y Saahario *et al.*, 20119). No obstante con esta versión existen menos datos disponibles de estabilidad temporal y se desconoce su comportamiento en muestras clínicas

La versión CEY-VR es la que menos atención en lo que concierne a las propiedades psicométricas, muy utilizada en estudios con población clínica pero con un sólo estudio psicométrico de validación en esta población clínica (Wellburn *et al.* 2002). Los estudios muestran unos coeficientes de consistencia interna correctos. No obstante, esta versión del

CEY no está randomizada y es posible que los coeficientes de fiabilidad estén sobrevalorados. Hemos encontrado un único estudio de estabilidad temporal en población no clínica. Los estudios de utilización del CEY-VR no clarifican que son los esquemas y como se pueden interpretar desde la perspectiva clínica. A tenor de lo revisado parece ser que la mayoría de los esquemas se comportan como rasgos de personalidad, aunque algunos de ellos podrían comportarse como estado dependientes. Esto significa a nivel práctico que cuando se administra el cuestionario, las personas podrían puntuar más alto y por lo tanto de manera sesgada en función del estado emocional en estos esquemas. Por otro lado se desconoce la asociación entre los esquemas evaluados con los cuestionarios de esquemas, la psicopatología y otros modelos de personalidad bien establecidos.

Por lo tanto el CEY-VR es un cuestionario interesante por su brevedad en el tiempo de administración pero son necesarios estudios que puedan comprobar cuáles son las características psicométricas de fiabilidad y validez de una versión randomizada que evite el sesgo de respuesta. También es necesario poder establecer las relaciones del CEY con la psicopatología y con otros modelos de personalidad para ir desgranando el significado de los esquemas evaluados con este cuestionario.

II. OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTO EXPERIMENTAL

1. Introducción

Los sistemas clasificatorios clínicos están aún lejos de definir una teoría que englobe la personalidad humana, la definición de los trastornos de personalidad, su etiología, la evaluación y la planificación de las intervenciones (Poper, 2000). No obstante, con la última propuesta de la Sección del DSM-5 y del CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud nos estamos acercando a un sistema de diagnóstico dimensional de rasgos desadaptativos que tiene como objetivos tener una validez diagnóstica y facilitar el desarrollo de un plan de intervención a partir de los rasgos más prominentes. Hasta que el proceso de convergencia entre ambos enfoques permita tener un sistema más fiable y válido para definir las intervenciones, las terapias psicológicas continuarán con la estrategia de asimilar los criterios diagnósticos de TP con la propuesta de modelo teórico de intervención como hace la terapia de esquemas en el TP límite, o escogiendo los rasgos principales y proponiendo intervenciones que puedan modificar estos rasgos como hace la terapia dialéctica conductual con la disregulación emocional en el TP Límite, la terapia de esquemas con la definición de los modos de esquemas, estilos de afrontamiento desadaptativos y los esquemas.

La terapia psicológica o psicoterapia es el tratamiento de elección para los TP. No obstante, a pesar de esta distancia entre la evaluación diagnóstica de los TP mediante las clasificaciones actuales y la planificación de las intervenciones, las terapias psicológicas

tendrán que continuar investigando los mecanismos de cambio para los TP que proponen en sus modelos de intervención. Como hemos visto, los niveles de cambio de los estudios de resultados están centrados principalmente en síntomas de psicopatología, rasgos de personalidad, signos indicadores de los diagnósticos de las clasificaciones actuales. También en menor medida se evalúan aspectos como problema interpersonales, calidad de vida, la utilización de los servicios, y aún son escasos los estudios de coste-efectividad. Es difícil encontrar estudios de resultados de psicoterapia que utilicen medidas amplias de distintos modelos de conceptualización de los TP y los constructos que la psicoterapia propone como base de la psicopatología de los TP (Sperry, 2001). Aunque la tarea se puede presuponer compleja a tenor de la diversidad de propuestas de intervención de los TP según los distintos modelos psicoterapia, existen factores comunes a todas ellas en la conceptualización de los TP. Según Livesley (2001), todos los modelos de psicoterapia comparten la idea de que existen una serie de representaciones de uno mismo y de los demás como un importante componente de la personalidad, a las que denomina estructuras cognitivas. Las relaciones objetales, en la teoría psicoanalítica, los esquemas en las teorías cognitivas, los esquemas interpersonales en las teorías constructivistas y psicodinámicas, y los modelos de trabajo en los modelos de apego (Dixon *et al.*, 2011).

Es un buen punto de partida, intentar operativizar estos constructos denominados estructuras cognitivas y desarrollar instrumentos de medida para evaluarlos. Estos constructos deberían a) ser capaces de mejorar la utilidad clínica de las taxonomías actuales que se utilizan en la descripción y en la clasificación de los trastornos de la personalidad y b) ser susceptibles de ser evaluados a lo largo de un tratamiento. Las características y requisitos que deben reunir son:

- a) Poseer cierta capacidad explicativa sobre los mecanismos etiológicos de la psicopatología de los TP. Deben recoger tanto la influencia de los elementos genéticamente predeterminados de la personalidad como de los factores psicosociales o procesos de aprendizaje a lo largo de la historia del individuo (Livesley 2001).
- b) Comportarse como un rasgo de personalidad y ser una variable intermedia entre los rasgos y la conducta observable.
- c) Evaluar las representaciones de uno mismo y de los demás propias de los TP

(prototípicas), e identificar las representaciones idiosincráticas de cada individuo (diferencias individuales).

- d) Posibilitar, a partir de su identificación, que se puedan generar estrategias de intervención cuya implementación sea evaluable.

Tal como hemos visto, el modelo la TE realiza una propuesta de conceptualización y tratamiento de los TP en base a la propuesta del constructo de esquema que funcionarían como un rasgo de personalidad, las estrategias de afrontamiento desadaptativas como mecanismos que mantienen los esquemas y provocarían la desadaptación, y de modos de esquemas que funcionarían como estados, caracterizados por intensas emociones y estados de ánimo donde se activan un conjunto de esquemas y de estrategias de afrontamiento desadaptativos. Es una terapia que empieza a tener una base de evidencia de buenos resultados en el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad (Masley, Gillanders, Simpson y Taylor, 2011, Jacobb y Arntz, 2013). Sus características más importantes son:

- a) Integra con coherencia teórica conocimientos de la terapia cognitiva, teoría del apego, terapias psicodinámicas, gestáltica y conductual.
- b) Es flexible, ya que permite integrar conceptos de la teoría cognitiva, de la psicopatología, y de las teorías de personalidad, desde las más neurobiológicas hasta las de rasgos desadaptativos.
- c) El desarrollo de los cuestionarios como instrumentos de medida para los distintos constructos, esquemas, modos de esquemas, estilos de afrontamiento, de percepción de los estilos de crianza de los padres, la sitúa como uno de los modelos más interesantes para desarrollar propuestas de integración, ya que permite poner a prueba las hipótesis que se planteen.

No obstante, el modelo propuesto por Jeff Young y colaboradores plantea algunos interrogantes a estudiar:

- a) Está elaborado al margen de la psicología de la personalidad clásica basada en rasgos y dimensiones. Existen pocos estudios, como hemos visto, que relacionan los esquemas con las teorías de la personalidad.
- b) Está elaborado al margen de los sistemas de clasificación clínicos al uso (DSM-5, CIE-

10) por lo que será necesario encontrar sistemas de concordancia con las nuevas propuestas de rasgos desadaptativos.

El estudio que presentamos tiene la finalidad de mejorar el conocimiento de la utilización del CEY en su versión abreviada en muestras clínicas. Tal como hemos visto, sólo existe un estudio de validación en muestras clínicas, (Wellburn *et al.*,2004) que obtiene unas buenas propiedades psicométricas, pero no en cambio Cecero *et al.* (2006) con una versión adaptada a población con bajo nivel sociocultural donde randomiza los ítems. Esperamos obtener una adecuada validez de constructo, y mostrar que el CEY-VR es estable en intervalos temporales. Así mismo, esperamos aportar datos acerca de la validez convergente y discriminante, ya que tal como hemos visto existen pocas referencias de cómo se comportan los esquemas en relación a la psicopatología, los rasgos de personalidad y los trastornos de la personalidad. Los datos disponibles del CEY-VR sobre la validez de criterio son escasos en muestras clínicas, y será importante conocer hasta que punto es capaz de recoger aspectos clave de la organización de la personalidad. En definitiva, esperamos con este estudio aportar información relevante que nos permita profundizar en las características psicométricas del CEY-VR, a nivel de fiabilidad y estabilidad temporal, y del significado clínico de los esquemas.

2. Objetivo General e Hipótesis

El objetivo general de esta investigación es el estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young-Versión Reducida (CEY-VR) en población clínica. Dicho instrumento de evaluación constituye la definición operacional del constructo de los esquemas precoces desadaptativos desarrollado por Young (1999). La hipótesis general del trabajo es que la versión española del CEY-VR, aplicada en población clínica, posee una adecuada fiabilidad y validez, equiparables a las obtenidas por el autor en la versión original y por otros autores en diferentes adaptaciones a distintas lenguas. Además, se pretende aportar información relevante y contribuir al conocimiento del significado clínico de los constructos de esquemas.

2.1. Objetivos Específicos e Hipótesis

2.1.1. Objetivos específicos

Objetivo 1. Analizar la fiabilidad del instrumento. Este objetivo se desglosa en dos apartados:

- a) Estudio de la consistencia interna para cada escala.
- b) Estudio de la fiabilidad test-retest.

Objetivo 2. Analizar la validez. Dicho objetivo se desglosa en los siguientes apartados:

- a) Estudio de la validez estructural. Se aplicarán técnicas de análisis factorial confirmatorio y se replicarán los análisis que se han mostrado más consistentes en la literatura publicada con muestras clínicas.
- b) Estudio de la validez basada en la evidencia sobre las relaciones con otras variables. Dichos análisis se desglosarán en dos secciones:

2. b. 1) Estudio de la validez de criterio concurrente. Se analizarán las diferencias en puntuaciones del CEY-VR en función de la presencia/ausencia de trastorno de la personalidad evaluado mediante criterios clínicos y criterios psicométricos, la asociación entre las puntuaciones en el CEY-VR y la gravedad del trastorno de la personalidad y la validez incremental del CEY-VR respecto a otros métodos de diagnóstico para la correcta clasificación de presencia o ausencia de trastorno de la personalidad.

2. b. 2) Estudio de la validez convergente y discriminante. Se analizará la relación del CEY-VR con variables de personalidad, variables psicopatológicas, variables sociodemográficas y variables clínicas.

- c) Estudio de la sensibilidad al cambio del CEY-VR

2.1.2.Hipótesis

A partir de los objetivos anteriores, y basándonos en la revisión teórica realizada se formularan las siguientes hipótesis:

1. Fiabilidad. Se espera encontrar una adecuada consistencia interna y una buena estabilidad temporal.
2. Validez estructural. Mediante la técnica de análisis factorial confirmatorio, se espera replicar la estructura de 15 factores para el conjunto de los ítems de CEY-VR y la estructura de 4 factores de segundo orden propuesta por Lee y Dunn (1999).

3. Validez de criterio

3.1 Las puntuaciones en las escalas del CEY-VR serán capaces de diferenciar entre la presencia y la ausencia de un trastorno de la personalidad en muestras clínicas con diagnósticos generales de trastorno mental. Dicho efecto será independiente de la presencia o ausencia de trastorno mental en los individuos con TP.

3.2 Las puntuaciones en las escalas del CEY-VR deben ser sensibles a los criterios de severidad de Tyrer de los TP. Esperamos un perfil creciente de puntuaciones de esquemas desde la ausencia de TP hasta la puntuación máxima de los esquemas en TP Grave.

3.3 Validez incremental. Las escalas del CEY-VR proporcionarán validez incremental en la clasificación de los trastornos de la personalidad más allá de las variables psicopatológicas y de los rasgos de personalidad.

3.4. Sensibilidad al cambio. A pesar de que los esquemas deben poseer cierta estabilidad temporal, las puntuaciones en las escalas de esquemas deberán ser sensibles al cambio producido por las intervenciones psicológicas

4.Validez convergente/discriminante

4.1 Área de variables psicopatológicas: Se hipotetizan asociaciones moderadas de las escalas del CEY-VR con síntomas psicopatológicos, actitudes disfuncionales y autoestima (negativas); dichas asociaciones contribuirían a la validez convergente. Por otra parte, no se

esperan asociaciones relevantes con el deseo de consumir (validez discriminante).

4.2. Las escalas del CEY-VR proporcionarán validez incremental en cuanto al porcentaje a de variancia explicado de las variables psicopatológicas (ansiedad y severidad de los síntomas) más allá de los rasgos de personalidad (validez convergente).

4.3 Área de desadaptación. Se esperan asociaciones negativas de las puntuaciones del CEY-VR con medidas de socialización y asociaciones positivas con la presencia de antecedentes psiquiátricos. En ambos casos se aportaría evidencia de validez convergente.

4. 4. Área de temperamento y personalidad. Las puntuaciones en las escalas del CEY-VR deben estar asociadas positivamente con rasgos temperamentales y de personalidad internalizantes (validez convergente) y deben mostrarse poco asociadas con rasgos externalizantes (validez discriminante).

4.5. Área de trastornos de la personalidad. Relación con otros instrumentos que evalúan trastornos de la personalidad. Se esperan asociaciones moderadas o altas con otros instrumentos de evaluación de trastornos de la personalidad (validez convergente). Se espera que las escalas del CEY-VR sean sensibles a la presencia de un TP en los trastornos mentales del Eje I (validez discriminante).

4.6. Área de variables sociodemográficas. Se espera que las mujeres presenten puntuaciones más elevadas que los hombres en las escalas del CEY-VR (validez convergente). No se espera asociación entre las puntuaciones en las escalas del CEY-VR y la edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral (validez discriminante).

4.7. Área de variables clínicas y funcionales. Se espera asociaciones bajas con los instrumento de evaluación del funcionamiento global (negativas) y del impacto de los trastornos mentales. Se hipotetiza que la puntuación del CEY no se verá afectada por el tratamiento farmacológico.

3. Método

3.1. Participantes

Un total de 640 voluntarios respondieron al CEY-VR. De ellos, treinta sujetos fueron excluidos de los análisis al tener un 5% ítems que no habían respondido. La muestra final estuvo formada por 610 sujetos, 324 (53,1 %) hombres y 286 (46,9 %) mujeres. Las edades estaban comprendidas entre los 15 y 73 años, con una media de 35,07 (d.e.= 10,60). En lo que concierne al estado civil, 308 (50,5 %) participantes eran solteros, 216 (35,4 %) estaban casados o eran pareja de hecho, 80 (13,1 %) estaban separados o divorciados y 6 personas eran viudos/as (1 %).

La mayoría de los sujetos estaban en tratamiento por presentar trastornos mentales en un centro público o concertado de la Red de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. De ellos, 307 (50,32 %) provenían de un Centro de Salud Mental, 173 (28,36 %) de Comunidades Terapéuticas de Adicciones, 80 (13,12 %) de una Unidad de Conductas Adictivas y Psiquiatría Comunitaria. Los restantes 50 (8,20 %) provenían de centros especializados en alguna patología específica a los que se les pidió colaboración de forma puntual; estos fueron un centro de Juego Patológico, una clínica de trastornos de la conducta alimentaria y un servicio universitario especializado en trastornos de ansiedad.

En lo que se refiere a los estudios realizados, 117 (19,2 %) tenían estudios primarios no finalizados, 206 (33,8%) habían finalizado los estudios Obligatorios (EGB o ESO). En el grupo de estudios de grado medio, 98 (16,1 %) había realizado estudios Post-Obligatorios (Bachillerato), y 95 (15,6) estudios de Formación Profesional. Por último, 94 (15,4%) habían finalizado estudios universitarios.

Por lo que respecta a la profesión, un 263 (43,1%) trabajaba como obrero, 196 (32,1%) no estaban activos laboralmente, dicho grupo incluye personas con baja laboral, amas de casa, estudiantes, trabajos esporádicos y temporales, 36 (5,9%) era directivos, 35 (5,7%) trabajaban en servicios y área comercial, 29 (4,8%) tenían profesiones liberales, 18 (3%) trabajaban en el sector agrario, 17 (2,8%) eran empresarios, 11 (1,8%) trabajaban en la

administración pública y 5 (0,8%) en las fuerzas del orden público y/o ejercito.

Respecto a la actividad laboral de la muestra, 374 (61,3 %) estaban activos laboralmente y 236 (38,7%) no lo estaban en el momento de la evaluación. De ellos, 255 (41,8%) estaban trabajando, 221 (36,2 %) no trabajaba o estaba en el paro, 119 (19,5%) tenía una incapacidad laboral temporal como consecuencia de su enfermedad mental, y 15 (3,4 %) sólo estudiaba.

Los sujetos participantes en el estudio pertenecían a uno de los dos colectivos siguientes: el primero, sujetos que hubieran sido derivados para iniciar un tratamiento psicológico para un trastorno mental, principalmente del Eje I, o del Eje II en alguno de los casos, después de haber sido diagnosticado según los criterios del DSM-IV. Por lo tanto, todos los sujetos habían recibido un diagnóstico psiquiátrico por parte de la persona que realizaba la derivación del caso a tratamiento psicológico. En un 80 % esta figura era un médico psiquiatra, y en un 20 % un psicólogo clínico especialista. El segundo, estaba formado por pacientes ingresados y que aceptaron participar en una evaluación psiquiátrica y psicológica ad-hoc.

3.2. Material

Cuestionario de Esquemas de Young-Versión Reducida (CEY-VR; Young y Brown, 1995) es un inventario autoadministrado de 75 ítems desarrollado para medir una taxonomía de 15 Esquemas, denominados Esquemas Precoces Desadaptativos (EPD). Esta versión reducida, tal como hemos expuesto en el marco teórico fue desarrollado a partir de la versión original del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-L; Young, 1990, revisado 1991). La adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young en su versión extensa de 205 ítems la han realizado Cid, Tejero y Torrubia (1997) con la autorización pertinente del autor quien tiene la propiedad intelectual de los Cuestionarios de Esquemas de Young (Young, 1994). El procedimiento de adaptación del CEY-L fue la traducción del inglés al castellano, la adaptación, la administración a una pequeña muestra para delimitar la comprensión, la retrotraducción y la administración a una muestra para delimitar las adecuadas propiedades psicométricas (Cid y Torrubia, 2002). La versión

reducida del Cuestionario de Esquemas de Young que se utiliza en este estudio se construyó a partir de los ítems de la versión extensa. Una diferencia de la versión utilizada en el presente estudio respecto a la versión original en lengua inglesa (Young & Brown, 1995) fue que el orden de los ítems dentro del cuestionario se determinó mediante un procedimiento aleatorio (criterio que fue utilizado posteriormente por el autor en el CEY-S3). Cada ítem se puntúa utilizando una escala de 6 puntos [1= No me describe, 2 = la mayoría de veces falso, 3 = más verdadero que falso, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de veces verdadero, 6 = me describe perfectamente]. En el apartado de la introducción se presenta cada una de las escalas del CEY-VR.

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson y Clark, 1990) Versión Castellana de Sandin (1991). Es una escala de 20 ítems, que describe distintos sentimientos y emociones. Con 10 ítems descriptores de Afecto Positivo (AP) y 10 para el Afecto Negativo (AN). Se puede utilizar como medida de estados afectivos o bien como disposiciones personales de la emocionabilidad más o menos estables (Sandin, Chorot, Lostao, Joiner y Santed, 1999). Los ítems se puntúan en una escala de Likert de 5 puntos [1 = nada o casi nada, 2 = un poco, 3 = bastante, 4 = mucho, 5 = muchísimo]. Ha mostrado una alta consistencia interna y unos niveles de estabilidad adecuados a los dos meses. Los coeficientes Alfa de AP presentan un rango de 0,86 a 0,90 y los de AN entre 0,84 y 0,87 (Watson et al., 1988). El estudio de adaptación obtiene índices de fiabilidad similares y posee una adecuada validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio (Sandín, 1999).

La escala de **AP**, mide el grado en que una persona se siente más entusiasta, activa, y en alerta. El rasgo se corresponde a una predisposición que conduce a una experiencia emocional positiva; y refleja un sentido de bienestar y competencia generalizado y un desempeño interpersonal efectivo (*effective interpersonal engagement*). Como rasgo se ha relacionado con el rasgo de extraversión (Watson y Pennebaker, 1989), con una mayor participación social, autoinforme de sucesos placenteros y frecuencia de ejercicio físico (Clark y Watson, 1988; Watson, 1988).

La escala de **AN** evalúa la experiencia de malestar subjetivo de la persona tal como ira, disgusto, culpa y miedo. Como rasgo no sólo se entiende como una predisposición amplia

y persistente a experimentar emociones negativas sino como una disposición más general de distrés somatopsíquico (Sandin *et al.*, 1999). Este rasgo tiene influencia en el pensamiento, auto-concepto y en la visión del mundo (Watson y Clark, 1984). Dicha escala se ha asociado moderadamente con distintas medidas de neuroticismo (Watson & Pennebaker, 1989) y con altos niveles de estrés, y de quejas somáticas (Watson, 1988).

Las puntuaciones directas de AN y AP oscilan entre un mínimo de 10 y un máximo de 50. Por último, señalar que en nuestro estudio utilizamos la PANAS como una medida de rasgo.

Escala de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa. (SCSR). Versión castellana de SPSRQ de Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras, (2001) Es un cuestionario de 48 ítems construido para medir en humanos las diferencias individuales en el funcionamiento del Sistema de Inhibición Conductual (BIS) y del Sistema de Activación Conductual (BAS) dimensiones propuestas en la versión original de la Teoría de la sensibilidad a los estímulos reforzadores de Gray (1982). Consta de dos escalas, la Sensibilidad al Castigo (SC) que mide el funcionamiento del BIS y Sensibilidad a la Recompensa (SR) que mide el funcionamiento del BAS. La Escala Sensibilidad al Castigo (SC) mide la inhibición conductual en situaciones generales que impliquen la posibilidad de consecuencias aversivas o novedad y procesos cognitivos que producen una amenaza de castigo.

La escala de Sensibilidad a la Recompensa (SR) se refiere a la tendencia a realizar conductas para obtener refuerzos tales como el dinero pareja sexual o poder.

Las propiedades psicométricas de ambas escalas son adecuadas, tanto a nivel de fiabilidad como de validez (Torrubia, Avila, Moltó y Caseras, 2001; Caseras, Avila y Torrubia, 2003). Se obtienen puntuaciones directas de SC y SR sobre un máximo de 24.

Escalas de Personalidad del Karolinska. (Schalling, Asberg, Edman y Oreland. 1987) Versión española de Ortet y Torrubia (1992). Es un inventario de 135 ítems, que se puntúa con una escala de Likert de cuatro puntos, desde “No se aplica en mí” hasta “Se aplica completamente”. La KSP está formada por 15 escalas que miden variables psicobiológicas relevantes en el estudio de la personalidad. La escala muestra adecuados índices de fiabilidad y validez (Ortet, Ibáñez, Llenera y Torrubia, 2002). En nuestro estudio utilizamo

los factores de segundo orden que encuentran en el estudio se señalan a continuación con las escalas que pertenecen se listan a continuación

Emocionabilidad Negativa es un factor de segundo orden que se compone principalmente de escalas relacionados con el neuroticismo. Está formado por 7 escalas:

- a) **Ansiedad Psíquica** Escala de 10 ítems. Contenido relacionado con sentirse preocupado, inseguro, ansiedad anticipatoria, y ansiedad social.
- b) **Ansiedad Somática.** Escala de 10 ítems. Contenido relacionado con síntomas autonómicos, dificultades de concentración, malestar inespecífico y pánico.
- c) **Tensión Muscular.** Escala de 10 ítems. Contenido relacionado con tensión en los músculos, temblor, sentirse rígido, “gnashing” en la mandíbula.
- d) **Psicastenia** Escala de 10 ítems. Estar fácilmente cansado y sentirse intranquilo cuando es necesario correr y encarar nuevas tareas. También se denomina falta de energía.
- e) **Inhibición de la Agresión.** También se le llama falta de asertividad. Escala de 10 ítems. Poca asertividad, cuando te regañan estás más triste que enfadado, no poder hablar fuerte.
- f) **Culpa.** Escala de 5 ítems. Contenido relacionado con remordimientos de conciencia y avergonzado por malos pensamientos
- g) **Susplicacia.** Escala de 5 ítems. Suspical y desconfiado de los motivos de las personas.

Incoformismo Agresivo. El segundo factor está relacionado con la agresividad y se compone de las siguientes escalas

- h) **Agresión Verbal.** Escala de 5 ítems. Contenido relacionado con discutirse con los demás, y regañar a los demás cuando uno está enfadado.
- i) **Agresión Indirecta.** Escala de 5 ítems. Contenido relacionado con el mal humor y dar portazos cuando uno está enfadado.
- j) **Irritabilidad.** Escala de 5 ítems. Contenido relacionado con sentirse irritable, falta de paciencia.

Búsqueda de Sensaciones no planificada e impulsiva, tercer factor relacionado con la búsqueda de sensaciones y la impulsividad con dos escalas:

- k) **Evitación de la monotonía.** Escala de 10 ítems que evalúa la evitación de la rutina, búsqueda de estimulación y necesidad de cambio y acción. También se la llama búsqueda de sensaciones.
- l) **Impulsividad.** Escala de 10 ítems. Actuar de improviso, sin planificar, preferencia por la velocidad más que por la precisión, descuidado.

Alejamiento Social, cuarto factor relacionado con la distancia social y una baja deseabilidad social, con dos escalas:

- m) **Alejamiento Social (*detachment*).** Escala de 10 ítems. Contenido relacionado con evitar estar implicado con los demás, alejado y esquizoide.
- n) **Deseabilidad Social.** Escala de 10 ítems. Contenido relacionado con ser socialmente conformista, amigable, servicial, “hacerse el bueno”.

Un quinto factor que es transversal y que está compuesto por la escala de

- o) **Socialización.** Escala de 20 ítems. Contenido relacionado con experiencias positivas de la infancia, buen ajuste social y escolar, y una satisfacción general.

Escala de Impulsividad de Barrat. BIS-11. (Barratt, 1985; versión española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalban y Mann, 2001.). Es una escala autoaplicada que consta de 30 ítems, con una escala de respuesta de 5 opciones, que se puntúan de 0 a 4, (*casi nunca/nunca, ocasionalmente, a menudo, casi siempre/siempre*). Según el autor, se pueden precisar 3 tipos de impulsividad: motora, cognitiva, y la improvisación/ausencia de planificación. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas. Los puntos de corte de la versión española son: Impulsividad cognitiva: 9,5, Impulsividad motora: 9,5, Impulsividad no planificada: 14; y una Puntuación total de 32,5.

Cuestionario de personalidad PDQ-4+ (Hyler SE, 1994; Adaptación española de Calvo, Caseras, Gutierrez yTorrubia, 2002) El PDQ-4+ evalúa los 10 TP específicos incluidos

en el DSM-IV, más las dos categorías de estudio incluidas en el Apéndice B del manual. Consta de un cuestionario de autoinforme y de una breve entrevista de significación clínica que se aplica en caso necesario para cada categoría de TP en la que el paciente cumpla en el número mínimo de criterios exigibles para su diagnóstico. El cuestionario está constituido por 99 ítems de respuesta “Verdadero” y/o “Falso” (a excepción de los dos últimos ítems que siguen un formato de inventario, donde se tiene que señalar la presencia de comportamientos impulsivos y antinormativos antes de los 15 años y que se corresponden al TP Límite y Antisocial respectivamente). Cada ítem puntúa en un único criterio diagnóstico del DSM-IV (con la excepción de uno compartido entre los TP esquizoide y esquizotípico). La adaptación española de Calvo, Caseras, Gutierrez y Torrubia (2002) muestra unas adecuadas propiedades psicométricas.

Las siguientes escalas se considera que evalúan *constructos psicopatológicos*:

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1975; adaptación española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido, 2002). Es un cuestionario autoaplicado multidimensional que está compuesto por 90 ítems. El cuestionario proporciona información en relación a 9 dimensiones de síntomas psicopatológicos (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Así como tres escalas generales que son el Índice Global de Severidad (*GSI*), el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (*PST*), y el Índice de Sintomatología Positiva Total (*PSDI*); los cuales valoran el grado de malestar y síntomas globales. Existen datos normativos españoles, tanto para población clínica como para la general. Los índices *alfa* de fiabilidad de la adaptación española del *SCL-90-R* están entre 0,77 y 0,90. El *SCL-90-R* muestra una elevada sensibilidad diagnóstica, de entre el 80 y el 90%, pero una muy baja especificidad, entre el 20 y el 60%.

Inventario de Depresión de Beck [BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) Versión española del BDI-I (Conde y Useros, 1974).] Es una escala auto-administrada de 21 ítems que mide sintomatología depresiva. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 (normal) a 3 (más severo). Se responde seleccionando la frase que refleje de una manera más concisa el estado de ánimo a lo largo de la semana pasada. La escala en su versión original

ha mostrado índices elevados de consistencia interna (coeficientes α medios = 0,86) y de validez en distintos estudios y culturas (Beck *et al.*, 1988; Conde y cols. 1996). Utilizamos una adaptación española de la versión inglesa, que presenta unos índices de fiabilidad y validez aceptables según los diferentes estudios (Conde y Useros, 1974). La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 63. Las puntuaciones de 10 a 18 son indicadores de síntomas depresivos de leves a moderados. Las puntuaciones de 19 a 29 son indicadores de sintomatología depresiva de moderada a grave y las puntuaciones de 30 a 63 indican síntomas depresivos graves (Beck, Steer, y Garbin, 1988).

El Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Adaptación al castellano de Echeburúa (1991). Es una escala de 10 ítems a partir de los cuales se obtiene una puntuación global de autoestima. Los ítems se puntúan en una escala de 1 a 5. La puntuación máxima es 40, indicando elevada autoestima. Muestra unas adecuadas propiedades psicométricas (Vazquez, Jimenez, Vazquez-Morejon, 2004; Atienza, Moreno y Balagué, 2002).

Escala de Actitudes Disfuncionales-Versión Reducida. (EAD; Weisman y Beck, 1976; Versión reducida de Burns, 1980. Adaptación española de Bas y Andrés, 1985). Esta escala surge del modelo cognitivo de la depresión, e intenta recoger las creencias y actitudes que con frecuencia muestran los pacientes depresivos. No obstante, esta idea originaria se transforma en que estas creencias y actitudes son fuente de vulnerabilidad hacia la presencia de un trastorno psicológico. Evalúa 6 tipos de actitudes o creencias negativas con una escala de tipo likert con 5 puntos que van de *la total coincidencia* a *total desacuerdo* (De -2 Total coincidencia, -1 Poca coincidencia, 0 Neutral, 1 Poca desacuerdo y 2 total desacuerdo). El polo negativo indica la actitud disfuncional, por lo tanto las puntuaciones negativas indican la presencia de actitudes disfuncionales. Bas y Andrés (1992) obtuvieron valores medios para población clínica de 79,33 (de= 33,13), mientras que para individuos con depresión mayor el valor medio fue de 96,92 (de= 31,90); en población clínica la correlación con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I) fue de 0,46. Utilizamos la puntuación total de la Escala EAD, que mide de un modo general las actitudes disfuncionales y que engloba las siguientes escalas:

- a) **Aprobación**, evalúa la necesidad de aprobación del individuo y su nivel de

- dependencia respecto a los demás. La puntuación negativa significa que la persona basa la autoestima en cómo reacciona y qué piensa la gente respecto a la persona.
- b) **Amor**, evalúa la percepción que tiene el individuo sobre el amor, su miedo a la soledad, al fracaso de pareja o rechazo social. Una puntuación negativa implica que la valoración de uno mismo depende de la estima que recibe o no de los demás.
 - c) **Realización**, o Ejecución, evalúa cómo el individuo percibe el éxito. Una puntuación negativa implica que la valoración de uno mismo se realiza en base a las cosas que hace, en su productividad.
 - d) **Perfeccionismo**, se evalúa el afán de perfeccionismo del individuo, si se rige por pensamientos del todo o nada. Una puntuación negativa implica la creencia de que uno siempre tiene que hacer las cosas perfectas, exigiéndose la perfección a sí mismo.
 - e) **Derechos**, evalúa el concepto que tiene el individuo sobre la interacción social y las recompensas de las mismas. Una puntuación negativa es el sentimiento de que uno tiene el derecho a todo, que necesita que los demás satisfagan todos sus deseos.
 - f) **Omnipotencia**, evalúa el nivel de autoexigencia que se impone el individuo a sí mismo. Una puntuación negativa significa la tendencia a considerar se el centro de su universo personal y a sentirse responsable de gran parte de lo que sucede a su alrededor.
 - g) **Autonomía**, evalúa el nivel de autonomía personal y de la satisfacción de sus propias necesidades. La habilidad para encontrar la felicidad dentro de uno mismo. En una puntuación negativa el bienestar emocional depende de los demás.

Escala Multidimensional de Craving de Alcohol – EMCA Se trata de una escala desarrollada por Guardia-Serecigni, Segura, Gonzalvo, Trujols, Tejero, Suarez, Martí (2004) para medir dos factores del *craving*, el deseo y la desinhibición conductual entendida como falta de resistencia. La escala consta de 12 ítems que se agrupan en dos subescalas, deseo y desinhibición conductual. Es un instrumento autoaplicado que proporciona una puntuación global y puntuaciones en las 2 subescalas. Los puntos de corte propuestos son:

1. Puntuación global de *craving*: ausente: 12; leve: 13-22; moderado: 23-40; intenso: >40.
2. Deseo de beber: ausente: 10; leve: 11-37; moderado: 18-34; intenso: >34

3. Desinhibición conductual: ausente: 2; leve: 3; moderado: 4-7; intenso: >7

Esta escala ha mostrado utilidad clínica discriminante de comorbilidad y severidad adicción en poblaciones T Dependencia al Alcohol (Guardia-Serecigni, Luquero, Siñol, Burgete y Cardús, 2005) y también en la predicción de la recaída en los T Dependencia al Alcohol Guardia-Serecigni, Estorch, Surkov, Valle, García-Ribas (2010).

En cuanto al funcionalismo e impacto de los trastornos mentales se han administrado las siguientes escalas:

Escala HoNOS o Health of the Nation Outcome Scales. (Wing, Curtis y Beevor, 1996. Royal College of Psychiatrists), Adaptada al español por Uriarte, Beramendi, Medrano (2001). Es una escala de salud mental desarrollada por el Colegio Oficial de Psiquiatras Británico a iniciativa del gobierno británico, para evaluar de manera rutinaria los resultados de salud y funcionamiento psicosocial de las personas atendidas en todo el sistema de salud mental. Se trata de una escala breve, constituida por un conjunto de 12 ítems diseñados para medir un rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a los trastornos mentales, utilizadas por profesionales de salud mental de forma rutinaria. El rango temporal hace referencia a los últimos 15 días. Tiene cuatro subescalas *Problemas de Conducta* (Agresividad, Autolesiones y Consumo de Tóxicos), *Deterioro* (cognición y problemas físicos), *Problemas Clínicos o Síntomas* (Alucinaciones y Delirios, Ànimo Depresivo, y otros síntomas comórbidos) y *Problemas Sociales* (Relaciones, Actividades de la Vida Diaria, residencia y entorno). La escala de puntuación es de tipo likert de 4 puntos, de 0 a 4. En general el significado de la escala de puntuación es 0= Ningún problema en el periodo evaluado, 1= Problemas leves que no tienen repercusión, 2= Problemas moderados que requieren o intervención ó que esté en el plan de trabajo, 3= Problema Grave, 4= Problema Severo. Es una escala que debe ser administrada por el equipo de profesionales que es referente del caso y necesita información de distintas áreas de la vida de las personas para ser codificada. A más puntuación indica más severidad, lo que supone más problemas asociados a la enfermedad mental. Esta escala se considera de resultados porque permite evaluar el resultado de una intervención terapéutica, a lo largo del tiempo.

Evaluación del Eje V de Actividad Global del DSM-IV. Consta de distintas escalas, en el

estudio se administra la escala que mide el impacto global de los síntomas de enfermedad mental y la escala que valora el impacto de la enfermedad mental en la vida cotidiana, en la actividad laboral y social.

Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Eje V del DSM-IV): La escala de evaluación de la actividad global es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, con un contínuum de enfermedad psicológica o psiquiátrica a un estado de salud. Contiene un único ítem que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que están ausentes de psicopatología y que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva con un funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez,...) y 1 (manifiesta expectativa de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada. Su aplicación es hetero-administrada, y el momento temporal valorado es el actual.

Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL del Eje V del DSM-IV). Esta escala es especialmente útil para hacer un seguimiento de la evolución clínica de un paciente en términos generales y aplicando una única medición. Esta escala se ha de puntuar sólo en función del funcionamiento social y laboral. Tiene un único ítem que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que nunca parecen superados por los problemas de la vida y que son valorados por sus abundantes habilidades positivas) y 1 (Incapacidad persistente para mantener la higiene personal o acto suicida grave para la expectativa manifiesta de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada.

3.3. Procedimiento

Todos los sujetos aceptaron mediante consentimiento informado la participación en la evaluación psicológica. Los sujetos que presentaban una conductas adictivas estaban abstinentes en el momento de la administración de la prueba. Esta abstinencia se confirmaba mediante urinoanálisis, prueba de control de tóxicos que era negativa antes de administrar las pruebas. El psicólogo clínico que evaluaba se aseguraba previamente a la administración de los inventarios y cuestionarios que los sujetos reunían las condiciones

para ser evaluados tales como: funciones mentales relativamente preservadas, estabilidad psicopatológica, capacidad lectora preservada y comprensión verbal. Antes de la administración se explicaba cada una de las pruebas y se daban las instrucciones pertinentes. En cada uno de los casos, el responsable de la administración de las pruebas, se aseguraba mediante retroalimentación de la comprensión de las instrucciones. Una vez realizada la administración de las pruebas y antes de su corrección, se revisaban con el sujeto los ítems o cuestiones en los que había tenido dificultad. Las pruebas administradas no eran las mismas para todos los sujetos ya que el tiempo de administración de todas las pruebas utilizadas en este estudio hubiera superado las 4 horas de evaluación psicológica.

Teníamos principalmente dos muestras la primera provenía de atención comunitaria de salud mental y adicciones, y la segunda de una muestra de comunidades terapéuticas de drogas. Vamos a describir el procedimiento para la evaluación de los TP que se siguió y las escalas administradas las dos muestras.

Atención Comunitaria de Salud Mental: El criterio utilizado para determinar el diagnóstico de Eje II, la presencia o ausencia de trastorno de personalidad en los pacientes derivados a terapia psicológica fue la concordancia del juicio clínico de al menos dos de los terapeutas de los pacientes. Se realizaban dos diagnósticos en ciego, uno por parte de la persona que derivaba al tratamiento psicológico y otra por parte del psicólogo que recibía la demanda. Entonces, se determinaba:

- 1) El grado de concordancia en relación a presencia o ausencia de trastorno de la personalidad.
- 2) La concordancia en el diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad.
- 3) La concordancia criterio a criterio para el diagnóstico específico de Trastorno de la Personalidad.

Para ser clasificado dentro de la categoría **Presencia de Trastorno de la Personalidad** se necesitaba una concordancia completa en los dos primeros pasos. En caso de no concordancia se recurría a un evaluador externo; este era un psicólogo clínico de más con 15 años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los TP. El procedimiento a seguir era una discusión de los criterios DSM, y el grado de discrepancia entre los dos

diagnósticos en ciego hasta determinar la presencia o ausencia de TP. Un 30 % de los casos (n=130) tuvieron que ser discutidos con el experto y reevaluados. El índice Kappa de concordancia para los dos criterios necesarios para ser clasificado como Presencia de TP fue de 0,75. En función del diagnóstico de se generó una variable denominada Cluster de Eje II. A partir de los siguientes criterios (Figura 4):

- **Cluster A**, se incluyó en esta categoría a los sujetos que cumplían los criterios diagnósticos de Esquizoide, Esquizotípico, Paranoide o Mixto de Cluster A.
- **Cluster B**, se incluyó en esta categoría a los sujetos que cumplían los criterios diagnósticos de Límite, Narcisista, Antisocial, Histriónico o Mixto de Cluster B.
- **Cluster C**, se incluyó en esta categoría a los sujetos que cumplían los criterios diagnósticos de Evitativo, por Dependencia, Obsesivo-Compulsivo, o Mixto de Cluster C.
- **Eje I**, se incluyó en esta categoría a los sujetos que cumplían criterios para un diagnóstico de Eje I pero no de Eje II.

Figura 4. Criterios de codificación de la variable Cluster de Eje II.

Una vez realizada esta evaluación para cada sujeto de la muestra del estudio se procedía a la evaluación de la Escala de Gravedad para los trastornos de la personalidad (Tyrer y Johnson, 1996). La codificación se detalla en la Figura 5. Queremos reseñar que se siguió el mismo procedimiento que se detalló anteriormente, aunque en este caso no se calcularon índices de Kappa para conocer la concordancia de diagnóstico.

Por limitaciones económicas, no se pudo administrar todas las pruebas de evaluación psicológica a un mismo sujeto. Las escalas que se administraron conjuntamente con el CEY-VR fueron la escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), la Escala de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la escala de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa, la Escala de Actitudes Disfuncionales y la Escala Karolinska de Personalidad.

Codificación	Nombre de Variable	Criterios de Tyrer y Johnson (1996)
0 No trastorno de la personalidad	EG 0	No trastorno de la personalidad
1 Dificultades de personalidad	EG 1	Criterios subumbrales de TP Cualquiera de los siguientes 4 criterios diagnósticos de esquizotípico, límite, histriónico, narcisista o dependiente 3 criterios para paranoide, esquizoide, evitativo o obsesivo compulsivo; o dos criterios para el antisocial en la sección A de los criterios
2 T. Personalidad Simple	EG2	Un único trastorno de la personalidad o un múltiple diagnóstico de trastorno de la personalidad dentro del mismo cluster
3 T. Personalidad Complejo	EG 3	Dos o más TP de distintos clusters de Eje II
4 T personalidad Grave	EG4	TP con impacto funcional y social

Figura 5. Criterios de codificación de la Escala de Gravedad de Trastornos de la personalidad (EG)

Comunidad Terapéutica. En los pacientes ingresados en la Comunidad Terapéutica, el procedimiento fue la administración del Cuestionario de personalidad PDQ-4+. La entrevista clínica para verificar el diagnóstico de TP no pudo administrarse por cuestiones de presupuesto. Por lo que se procedió para el diagnóstico de TP del siguiente modo, una vez corregido el cuestionario de personalidad PDQ-4+, y ante una puntuación del PDQ-4+ mayor a 25 el psicólogo clínico que administró las pruebas y entrevistó a los pacientes sometía el posible diagnóstico de TP a concordancia la valoración a través del juicio clínico del diagnóstico de TP por parte del profesional clínico responsable del tratamiento del paciente en la Comunidad terapéutica. Este profesional conocía el estado y la psicopatología presente, tenía acceso a la historia clínica, a los diagnósticos actuales y a los diagnósticos evolutivos que presentaba el paciente. Para ser diagnosticado de TP era necesario tener PDQ-4+ mayor de 25 y que el juicio clínico de los dos profesionales concordara con el diagnóstico de TP. Matizar que en ningún caso de puntuación menor a 25 del PDQ-4+ recibió un diagnóstico final de Trastorno de la Personalidad. Así mismo, una vez identificado el diagnóstico categorial, se procedía al diagnóstico de Severidad de Trastornos de la Personalidad definidos por los criterios de Tyrer y Johnson (1996).

Los participantes en esta muestra de CT se les administró el Inventario de Personalidad

PDQ-+4, la Escala de Impulsividad de Barrat, el cuestionario SCL-90-R, la Escala HoNOS, y Escala de craving EMCA y el CEY-VR.

Para finalizar, el número de individuos que respondió a cada cuestionario fue: Cuestionario de Esquemas de Young-Versión Reducida (n=610), Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) = 358, Escala de Depresión de Beck (BDI) = 282, Escala de Autoestima de Rosemberg (ROS)= 280, Susceptibilidad al Castigo y a la Recompensa (SCSR)= 115; Escala de Actitudes Disfuncionales (EAD)= 114; Escala Karolinska de Personalidad (KSP)= 80 y por último Inventario de Personalidad PDQ-R, la Escala de Impulsividad de Barrat, el SCL-90-R, la Escala HoNOS, y Escala de craving EMCA = 173.

3.4. Análisis de Datos

Los análisis de datos del estudio psicométrico del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR) en población clínica se realizaron con el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versión 20. Con respecto a los cuestionarios todos aquellos que tenían un porcentaje superior al 2 % de ítems fueron excluidos del análisis. En resto de los casos, si una respuesta estaba en blanco, ésta era sustituida por la media de respuestas que la persona había dado al resto de ítems de la misma escala. La puntuación total de cada escala se obtuvo directamente de la suma de las puntuaciones de las respuestas a sus ítems.

A continuación se calcularon los descriptivos de las variables demográficas, clínicas y de las escalas. Los descriptivos de tendencia central (media, mediana moda y desviación estándar), se calcularon para el CEY-VR, para los rasgos de personalidad, los constructos psicopatológicos y de las medidas de resultados y/o funcionalismo. En relación a las variables categoriales se calculó el número de casos y de los porcentajes para cada uno de las categorías. Además para el CEY se calcularon los índices de dispersión (Asimetría, Kurtosis y el análisis de las pruebas de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov), así como un análisis descriptivo de las escalas del CEY en función del género y una comparación de medias t-test, aplicando la corrección de Bonferroni.

En relación al análisis de la consistencia interna se calcularon los análisis de fiabilidad

mediante el Alfa de Cronbach para las escalas del CEY, así mismo para el resto de escalas de estudio. Se estudió la estabilidad temporal (método test-retest) mediante el cálculo de los análisis de test-retest medidos por el coeficiente de correlación de Spearman Brown a las 6 semanas y al año para las 15 escalas del CEY.

Se estudió la Validez de constructo a través del análisis de interrelación entre los esquemas correlaciones inter-ítems (para cada una de las subescalas y para la puntuación total). Así mismo se estudió la estructura factorial del CEY a través del análisis factorial confirmatorio mediante el programa LISREL 8.71 (Jöreskog & Sörbom, 2006). Se calculó un análisis factorial confirmatorio correlacionado (CFA) para ver si aparecía la estructura latente de los 15 factores del CEY-VR a nivel de ítems, para ver la carga individual de cada uno de los 75 ítems (λ_{1-75}), y la carga de sus residuales (q_{1-75}). Las variancias de cada factor de esquemas latente se fijó (u_{1-15}) en uno. Los parámetros para los análisis factoriales confirmatorios se realizaron a través de la matriz de covariancia como input. Los modelos se estimaron por la teoría normal de la máxima probabilidad o verosimilitud. Los estadísticos de bondad de ajuste que se calcularon para conocer el ajuste de los modelos fueron, el índice de ajuste comparativo (CFI), la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA) y la raíz cuadrada estandarizada de los residuos (SRMR). Los criterios que se emplearon para determinar si existía una adecuada de bondad de ajuste, fueron los propuestos por Hu y Bentler (1999) donde los valores de CFI de 0.95 o superiores reflejan un ajuste adecuado y de que valores menores que 0.06 para RMSEA y menores de 0.08 para SRMR reflejan un buen ajuste.

También se calcularon siguiendo las mismas especificaciones los análisis factoriales confirmatorios para dirimir que estructura factorial de segundo orden se ajustaba mejor al modelo. Para elegir las comparaciones a realizar sólo se tuvieron en cuenta las soluciones factoriales de estudios de muestras clínicas. Se compararon tres modelos, la estructura de segundo orden de cuatro factores propuesta por Lee y Dunn (1999) y replicada por Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, Haugum, Nordahl, Hovland y Holte (2006), el modelo de cinco factores de segundo orden propuesto por Young (1990) y un modelo de 3 factores de la versión española del Cuestionario de Esquemas de Young larga de 205 ítems (Cid y Torrubia, 2002). En este caso sólo se calcularon los análisis factoriales que permitían las correlaciones entre los factores, a raíz de la concordancia de los resultado obtenidos en

todos los estudios, los modelos correlacionados ajustan mejor que los no correlacionados (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz 2005; Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, Haugum, Nordahl, Hovland y Holte, 2006; Saariaho, Saariaho, Karila, Joukamaa 2009).

La variancia única de cada escala se representó por el coeficiente de regresión al cuadrado (variancia explicada) de las ecuaciones que representan a las 15 escalas del CEY-VR después de que se tuvieran en cuenta los factores de segundo orden. Un 50 % de la variancia explicada se consideró una alta variancia única y un 25 % de la variancia del concepto se consideró un bajo nivel de variancia única (Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, Haugum, Nordahl, Hovland y Holte, 2006).

En lo que respecta a la validez convergente y discriminante para conocer la relación entre las escalas psicopatológicas y de rasgos de personalidad, escalas de resultados y funcionalismo, síntomas de trastornos de la personalidad, y el CEY-VR se calcularon las correlaciones de Pearson o orden-zero, y después con el método del análisis de la regresión múltiple se calcularon las correlaciones semiparciales y los índices de correlación múltiple al cuadrado utilizando el método introducir (Enter) siguiendo las recomendaciones de Oei y Baranoff (2007) para evitar la posibilidad de un alto error de tipo I si se utiliza el método pasos hacia delante. Del mismo modo, se utilizó la corrección de Bonferroni para ajustar los niveles de significación de los índices de correlación, correlación semi-parcial y correlación múltiple al cuadrado.

A nivel general en los modelos de regresión en el caso de utilizar las escalas psicopatológicas, de funcionalismo, de resultados y de rasgos de personalidad, estas escalas fueron entradas en las ecuaciones de regresión como variables dependientes y los esquemas o la puntuación total de los esquemas como variables explicativas o independientes. Específicamente,

- Escalas de psicopatología: se realizaron análisis de regresión múltiple para la puntuación total del BDI, EAD, ROS, índice GSI del SCL-90-R, para el EMCA deseo de global de beber, y las subescalas Deseo beber y Desinhibición conductual, las cuáles fueron introducidas como variables dependientes, y las escalas del CEY

(esquemas) o la puntuación total del CEY como variables independientes.

- Escala de resultados HoNOS y sus cuatro subescalas Problemas de Conducta, Deterioro, Síntomas y Social, fueron entradas como variables dependientes y las escalas del CEY (esquemas) o la puntuación total del CEY como variables independientes.
- Escalas de funcionalismo EEAG y EEASL, se introdujeron como variables dependientes y las escalas del CEY (esquemas) o la puntuación total del CEY como variables independientes.
- Cuestionario de personalidad PDQ-4+, la puntuación total del PDQ-4+, se introdujo como variable dependiente y las escalas del CEY (esquemas) o la puntuación total del CEY como variables independientes.

Cuando se utilizaron las escalas de rasgos de personalidad, KSP, PANAS, SCSR y BIS para los análisis de regresión múltiple se entraron las escalas del CEY como variables dependientes y como variables independientes los rasgos de personalidad de la KSP, PANAS, SCSR y BIS. Específicamente, los 15 esquemas Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad Peligro, Apego, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Autosacrificio, Subyugación, Inhibición Emocional, Metas Inalcanzables se entraron como variables dependientes y como variables independientes las detallamos a continuación:

- Para la KSP se utilizaron los 5 factores de segundo orden: Emocionabilidad Negativa Incoformismo Agresivo. Búsqueda de Sensaciones no planificada e impulsiva Alejamiento Social.
- Para la PANAS se entraron las escalas de Afecto Positivo y el Afecto Negativo
- Para la SCSR fue la Sensibilidad al Castigo y la Sensibilidad a la Recompensa
- Para el BIS, fueron los tres componentes o subescalas de la Impulsividad: Cognitiva, Motora, y no planificada. Y también se realizó un análisis con la puntuación total del BIS.

Los criterios para interpretar índices de asociación fueron de 0 a 0,20 poca asociación, de índices de 0,20-0,40 serían coeficientes de correlación bajos, de 0,41 a 0,60 serían

coeficientes de correlación moderado y a partir de 0,61 serían coeficientes de correlación altos (Referencia)

Para calcular la validez convergente, discriminante y de criterio en el caso de la comparación entre grupos se utilizó los análisis t-test cuando estos eran dos grupos y los análisis de la variancia univariante cuando eran variables con más de tres categorías. En ambos casos se utilizó para ajustar la significación la corrección de Bonferroni o fueron los índices de Bonferroni los utilizados en los análisis post-hoc de la variancia. Estas comparaciones se utilizaron para comparar si había diferencia entre

- Los distintos grupos de trastornos mentales de Eje I en ausencia de comorbilidad de Trastorno de la Personalidad. Destacar que al tratarse de una adaptación en una muestra de trastornos psiquiátricos, hemos agrupado los diagnósticos en categorías generales y no hemos ido a diagnósticos específicos dentro de cada trastorno para facilitar la comparabilidad. Este procedimiento nos permitirá centrarnos en la variable objetivo de estudio presencia u ausencia de Trastorno de la Personalidad.
- Para para la comparación de los esquemas para cada uno de los trastorno mentales de Eje I (Conductas Adictivas, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad y Trastornos Mentales Genéricos) en función de la presencia o la ausencia de Trastornos de la Personalidad.
- Para la comparación entre los esquemas y las distintas variables sociodemográficas tales como estado civil, estudios, situación laboral, antecedentes personales de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.
- Para el análisis de variancia de los esquemas en función de los tres grupos trastornos mentales, trastornos mentales con presencia comorbidad e trastornos de la personalidad y un grupo de trastornos de la personalidad sin trastornos del Eje I.
- Para las comparaciones de medias entre los grupos con presencia y ausencia de Trastornos de la personalidad en función de los criterios diagnósticos clínicos y del cuestionario de personalidad PDQ-4+.
- Para el análisis de la variancia de las medias en puntuaciones directas en función de la Escala de Gravedad de los Trastornos de la Personalidad de Tyrer (4 categorías).
- Para comparaciones de medias de los esquemas para cada uno de los diagnósticos

de trastorno de la personalidad de la muestra y para cada una de las agrupaciones de los Cluster de los TP: Cluster A, Cluster B y Cluster C

Por último, pondremos a prueba la validez discriminante de CEY, como predictores de la psicopatología de los Trastornos Mentales y de los Trastornos de la Personalidad, y se intentará definir un punto de corte que marque que sea capaz de diferenciar entre la presencia y/o ausencia de un Trastorno de la Personalidad.

- Análisis de la regresión logística y análisis de la Curva ROC para la muestra clínica.

Variable Dependiente: Grupo de Presencia de Trastornos de la Personalidad

Variable Independiente: Puntuación total del CEY

Para calcular la sensibilidad al cambio del CEY-VR ante distintos tratamientos psicológicos se realiza análisis de la variancia de dos factores de medidas repetidas entre los distintos momentos de la intervención psicológica (pre- y post).

Por último para calcular la validez incremental de los esquemas en relación a la psicopatología utilizaremos análisis de regresión múltiple utilizando el método Introdurcir en todos los casos.

Por último para calcular la validez incremental de los esquemas en relación a la psicopatología utilizaremos análisis de regresión múltiple utilizando el método Introdurcir en todos los casos.

a) Predicción de la Depresión:

Variables dependientes: BDI

Variable independientes:

Primer paso: Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN) de la PANAS

Segundo paso: Puntuación total del CEY o escalas del CEY

b) Severidad Psicopatológica:

Variables dependientes: índice GSI del SCL-90-R

Variable independientes:

Primer paso: Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN) de la PANAS

Segundo paso: Síntomas de Trastornos de Personalidad (PDQ-4+)

Tercer paso: Puntuación total del CEY o escalas del CEY

Por último para calcular la validez incremental de los esquemas en relación a los Trastornos de personalidad utilizaremos análisis de regresión múltiple utilizando el método Introdudir en todos los casos.

- Trastornos de Personalidad en la muestra clínica comunitaria:

Variable Dependiente: Presencia de Trastornos de la Personalidad (Grupo = 1)

Variable Independiente: Método Introdudir.

Primer paso: Inventario Depresión de Beck (BDI).

Segundo paso: Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN) de la PANAS.

Tercer paso: Puntuación total del CEY o escalas del CEY.

- Trastornos de Personalidad para la muestra clínica de Comunidades Terapéuticas.

Variable Dependiente: Presencia de Trastornos de la Personalidad (Grupo = 1)

Variable Independiente: Método Introdudir.

Primer paso: Inventario Depresión de Beck (BDI).

Segundo paso: Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN) de la PANAS.

Tercer paso: Los síntomas de trastornos de la personalidad medidos por el PDQ-4+

Cuarto paso: Puntuación total del CEY o escalas del CEY.

III. RESULTADOS

1. Características Clínicas y Sociodemográficas de la Muestra

1.1. Diagnósticos de Trastornos Mentales de Eje I

Las frecuencias y porcentajes de los diagnósticos que recibieron los sujetos participantes en el estudio se muestran en la Tabla 22. Las conductas adictivas³, los trastornos de ansiedad, y los trastornos del estado de ánimo son las categorías diagnósticas más frecuentes, representando un 68,9 % de los diagnósticos del Eje I del total de la muestra. La evolución media de los diagnósticos psiquiátricos fue de 40,53 meses (d.e.=63,09). En relación a la comorbilidad, 41,64 % (n=254) sujetos recibieron un diagnóstico comórbido de otro trastorno del Eje I. De estos, 84 sujetos recibieron como mínimo dos diagnósticos de dependencia a sustancias o de adicciones conductuales, lo que supone un 13,8 % del total de la muestra, y 61 sujetos recibieron un diagnóstico comórbido de Trastorno por Dependencia a Sustancias y otro Trastorno del Eje I, lo que clásicamente se denomina Patología Dual, y representa un 10 % de la muestra total, por lo cual lo incluimos como grupo diagnóstico diferenciado.

Tabla 22. Diagnósticos Psiquiátricos del Eje I (n =610).

Diagnóstico de Eje I s/DSM-IV	Frecuencia	Porcentaje
Conductas adictivas ¹	216	35,1
Trastorno de ansiedad	101	16,6
Trastorno del estado de ánimo	101	16,6
Patología Dual (T Dependencia a sustancias y otro Trastorno Mental Eje I)	65	10,7
Trastorno de la conducta alimentaria	41	6,7
Trastornos adaptativos	35	5,7
Sin diagnóstico de Eje I. Trastorno Personalidad	30	4,9
Otros Trastornos Mentales (Somatoforme, disociativos, sueño, psicosis, sexuales)	23	3,8
Total de los casos	610	100

³ Conductas adictivas agrupa los diagnósticos del Trastorno por uso y abuso por sustancias, del DSM-IV, y las adicciones conductuales tales como el juego patológico, etc.

1.2. Diagnóstico Categorical de Trastorno de Personalidad según DSM-IV.

En la Tabla 23 y 24 se muestran las frecuencias y los porcentajes de diagnósticos de Eje II que recibió el total de la muestra, y también agrupados por “cluster” de Eje II. Del total, 322 (53,1 %) recibieron al menos un diagnóstico de TP y 288 (46,9 %) recibieron exclusivamente un diagnóstico sindrómico del Eje I (s/ DSM-IV).

Tabla 23. Diagnóstico de TP en la muestra estudiada (N=610).

Diagnóstico	Frecuencia	%
Sólo Eje I	288	46,9
TP con o sin comorbilidad de Eje I	322	53,1
Total	610	100

Tabla 24. Descriptivos de los diagnósticos de TP, según categorías y Cluster de Eje II⁴.

Diagnóstico	n	Porcentaje del total de la muestra (n=610)	Diagnóstico en función del Cluster de Eje II	n	Porcentaje del total de la muestra (n=610)
Paranoide	9	1,5	Cluster A	29	4,4
Esquizoide	4	0,7			
Esquizotípico	7	1,1			
Antisocial	8	1,3	Cluster B	165	27
Límite	40	6,6			
Histriónico	54	8,9			
Narcisista	18	3,0			
Evitación	25	4,1	Cluster C	104	17
Dependencia	48	7,9			
Obsesivo	5	0,8			
TP NE ²	104	17,0	Inespecificado	24	3,9
TOTAL	322	53,1	TOTAL	322	53,1

No se observaron diferencias significativas en la edad entre el grupo con diagnósticos de

⁴ TP NE = Trastorno de la personalidad no especificado. En la variable cluster, se asignó al cluster en función de las características clínicas más relevantes que son motivo de demanda de tratamiento psiquiátrico. 24 casos no se pudieron clasificar.

sólo trastornos mentales de Eje I y el grupo con diagnósticos de Trastornos de Personalidad [t (608)= 208; p > 0,001], ni tampoco se encontraron diferencias en el género entre ambos grupos [Chi-cuadrado (1) = 1,30 ; p > 0,001].

De los 322 (53,1 %) sujetos que recibieron un diagnóstico de Eje II, de estos sólo 30 (4,9 %) recibieron un diagnóstico *puro* de TP; los restantes 292 (48,20 %) recibieron también un diagnóstico comórbido de Eje I. Las categorías diagnósticas de TP más frecuentes fueron TP el TP NE, el histriónico, dependiente y con un 17%, un 8,9 % y 7,9 % respectivamente. En cuanto a la agrupación por Cluster de Eje II, el Cluster B con un 27 % del total de la muestra fue el más frecuente, seguido del Cluster C con un 17 %.

1.3. Diagnóstico Dimensional de Trastorno de la Personalidad según la Escala de Gravedad de los TP (EG, Tyrer, 1996)

Cuando se clasificó los sujetos en función de la EG, [Véase Método]. Tal como vemos en la Tabla 25, 165 (27,00 %) participantes recibieron un diagnóstico de “Eje I sin la presencia de un TP” (EG = 0); 125 (20,30 %) tendrían dificultades en su personalidad o presentarían rasgos de personalidad inflexibles y desadaptativos (EG = 1); 270 (44,30 %) cumplirían criterios para un diagnóstico de TP simple (EG =2). Y por último, 51 (8,40 %) presentarían un TP complejo o severo (EG= 3 o 4), que significaría la presencia concomitante de dos o más diagnósticos de TP.

Tabla 25. Descriptivos de la Escala de Gravedad de los TP

Escala de Gravedad de los TP		Frecuencia	%
Eje I (sin TP)	EG = 0	165	27,00
Dificultades de personalidad	EG = 1	125	20,30
TP Simple	EG = 2	270	44,30
TP Complejo	EG = 3	26	4,30
TP Severo	EG = 4	25	4,10
	Total	610	100

1.4. Variables de la Historia Clínica

Tratamiento Farmacológico (TF). Respecto al TF, 402 sujetos (65,9 %) de los 610 estaban tomando psicofármacos, 187 (30,7 %) no tenían prescrito ningún TF para los trastornos mentales que se les había diagnosticado [21 sujetos; 3,4 % sin información]. En la Tabla 26, podemos observar el tipo de tratamiento farmacológico donde destacamos que el 170 (28,8 %) de la muestra tenía prescrito más de 2 psicofármacos.

Tabla 26. Categorías Tratamiento farmacológico

Sin tratamiento farmacológico	187	30,7
Ansiolíticos/Benzodiacepinas/Hipnóticos	67	11,0
Antidepresivos	143	23,4
Antipsicóticos	23	3,7
Antidepresivos y Ansiolíticos	69	11,3
Antipsicóticos y Ansiolíticos	58	9,5
Antidepresivos y Antipsicóticos	31	5,1
Combinación 3 o más psicofármacos	12	1,9
Sin información	21	3,4
Total	610	100,0

Antecedentes Personales de Trastornos Psiquiátricos (APP). En cuanto a los APP, 247 (41,7 %) no presentaban antecedentes psiquiátricos, en cambio 345 (45,8 %) sí los tenía. De estos, el diagnóstico más frecuente que habían recibido eran las Conductas Adictivas (trastorno por uso y abuso de sustancias) con 199 (33,6 %), seguidos de los Trastornos del Estado de Ánimo con 78 (13,2 %), 41 (6,9%) de Trastornos de Ansiedad, y por último 27 (5,5 %) sujetos con otros diagnósticos tales como los Trastornos Somatoformes, Disociativos, Sexuales, de la Conducta alimentaria, y sin una comorbilidad asociada del Eje I. Destacar que 18 personas se desconocían los antecedentes personales.

Antecedentes de Tratamientos Psiquiátricos (ATP). En lo que concierne a los ATP, 255 (43,1 %) no tenía antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo. De los 345 sujetos que presentaron antecedentes personales psiquiátricos (APP), 167 (78,77 %) también había recibido tratamientos psiquiátricos previos. Los profesionales que prescribieron ese tratamiento psiquiátrico fueron en 290 de los casos (49 %) un médico-psiquiatra quien les diagnosticó y les prescribió un tratamiento farmacológico; 20 (3,4 %) casos fue un

psicólogo que aplicó tratamientos psicológico, y un 2,8 % (17) recibieron tratamientos psiquiátricos y psicológicos combinados por distintos profesionales, y por último un 1,7 % (10) con antecedentes de otros tratamientos psiquiátricos.

Antecedentes Familiares de Trastorno Psiquiátrico (AF) y Grado de Parentesco. En lo que se refiere a los *Antecedentes familiares*, 281 (47,8 %) no presentaban AF. Los 307 (43,2%) restantes refirieron AF (22 pacientes se desconocían sus AF). Los antecedentes más frecuentes a nivel diagnóstico fueron 121 (23 %) con Trastornos del Estado de Ánimo, 70 (13,3%) con un diagnóstico de Conductas Adictivas, 28 (5,3 %) refirieron Trastornos de Ansiedad, Trastorno de la Personalidad en 16 casos (3 %), 15 (2,8 %) con un diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico, Trastorno de la Alimentación en 4 casos (1,0 %), y un grupo con otros diagnósticos psiquiátricos (hipocondría, sueño, suicidio) en 5 casos (2,5 %). No se dispone de información de 83 casos al registrarse de manera genérica en la Historia clínica (13,6 %).

2. Estadísticos Descriptivos del CEY-VR

2.1. Cuestionario de Esquemas de Young

En la Tablas 27 podemos observar los estadísticos descriptivos: la media, la desviación estándar (d.e.) la mediana, la moda, la asimetría, la curtosis, y la prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnov, del CEY (escalas y CEY-VR-total) para el total de la muestra. Para la interpretación de los resultados, la puntuación directa teórica para cada escala fue de 5 mínimo y de máximo 30. Se acompaña la media de la puntuación directa, del cálculo de un índice utilizado en la investigación del cuestionario que es el de la puntuación media de la escala, el cálculo surge de dividir la puntuación directa de cada escala por el número de ítems de cada escala (5 para cada esquema). Recordemos tal como hemos apuntado en la introducción teórica, que esta puntuación media de cada esquema es la que se utiliza en los estudios para comparar las puntuaciones de los esquemas, al no existir datos normativos del CEY.

Las puntuaciones directas medias más elevadas se obtuvieron en las escalas de Metas Inalcanzables, Abandono, Autosacrificio e Insuficiente Autocontrol. En cuanto a los índices de asimetría, se observó que las escalas de Metas Inalcanzables y la CEY-VR-total tendrían una distribución aproximadamente simétrica (índices de simetría con valores cercanos a 0). En cambio, los restantes 13 esquemas, tendrían una asimetría positiva con valores claramente superiores a 0. Por este motivo la media se situó por encima de la mediana. Una excepción fue Abandono con un índice de asimetría negativo, donde la media (M= 17,91) se situaba por debajo de la mediana ($x=18$). Por último, el análisis de las pruebas de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) muestra que sólo las escalas de Grandiosidad, Metas Inalcanzables y la puntuación CEY-VR-total cumplían el supuesto de normalidad al obtener valores no significativos. La distribución de puntuaciones de los restantes 13 Esquemas, no seguiría la distribución de la ley normal.

Tabla. 27. Descriptivos del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR)

Escalas CEY-VR	Media PD	d.e.	Media Escala	d.e.	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis	K-S
Privación Emocional	14,43	6,89	2,89	1,38	14	5	0,45	-0,68	2,24 ***
Abandono	17,91	6,22	3,58	1,24	18	18	-0,12	-0,79	1,62 **
Desconfianza	14,14	5,83	2,83	1,67	14	12	0,38	-0,51	1,88 **
Imperfección	11,28	5,59	2,26	1,12	10	5	0,91	0,13	3,46 ***
Aislamiento Social	14,22	6,66	2,84	1,32	14	5	0,44	-0,64	2,05 ***
Dependencia	12,20	5,19	2,44	1,04	11	10	0,59	-0,34	2,67 ***
Fracaso	12,53	5,88	2,50	1,18	11,5	5	0,67	-0,28	2,70 *
Vulnerabilidad Peligro	14,88	5,76	2,98	1,15	15	14	0,21	-0,59	1,75 ***
Apego	13,20	5,93	2,64	1,19	13	5	0,47	-0,56	2,11 ***
Grandiosidad	14,96	5,17	2,99	1,03	15	11	0,12	-0,49	1,29
Insuficiente Autocontrol	15,33	5,37	3,07	1,07	15	15	0,26	-0,48	1,74 **
Autosacrificio	17,05	5,93	3,41	1,19	17	17	0,13	-0,64	1,44 *
Subyugación	14,99	5,75	2,99	1,15	14	11	0,35	-0,61	2,01 ***
Inhibición Emocional	14,61	5,95	2,92	1,18	14	9	0,34	-0,59	1,89 **
Metas Inalcanzables	18,20	4,83	3,64	0,96	18	19	0,04	-0,37	1,34
CEY-VR-total	219,95	55,95	14,66	3,73	217	224	0,19	-0,28	0,87

Nivel de Significación: *** $p < 0,001$; ** $< 0,01$; * $< 0,05$

3. Análisis de Fiabilidad

3.1. Consistencia Interna

En la tabla 28, se muestran los estadísticos que nos informan de la fiabilidad, los coeficientes de consistencia interna y estabilidad temporal. Las escalas presentaban unos índices adecuados de consistencia interna, a excepción de Metas Inalcanzables. Los coeficientes Alfa de Cronbach oscilaron entre 0,52 para Metas Inalcanzables y 0,80 para Privación Emocional. El Alfa de Cronbach promedio de los 16 esquemas fue de 0,71.

3.2 Test-retest

Se calculó la estabilidad temporal de los esquemas a las seis semanas. De un grupo de 53 participantes que realizaron el retest se seleccionaron sólo 15 pacientes según los requisitos que debían cumplir durante el periodo de 6 semanas antes del retest: a) estabilidad psicopatológica; b) tratamiento farmacológico estable, y sin cambio de medicación en un tiempo mínimo de 2 meses; c) no estaban en ningún proceso de psicoterapia ni individual ni grupal. Los coeficientes de correlación de Spearman para este grupo fueron heterogéneos, principalmente entre moderados y altos, pero bajos en los esquemas de Subyugación y Dependencia (en este último no significativo). El rango de coeficientes osciló entre $r=0,35$ para Dependencia y $r=0,90$ para Aislamiento Social. La estabilidad de la puntuación total del CEY a las 6 semanas fue elevada ($r= 0,88$).

De los 38 participantes restantes también se aportan los análisis test-retest. La segunda administración se realizó al finalizar el tratamiento. El intervalo mínimo de administración del CEY osciló entre un mínimo de 22 semanas y un máximo de 60 semanas. El tiempo promedio de administración fue un año. Los coeficientes de correlación de Spearman para este grupo fueron principalmente entre moderados y altos. El rango de coeficientes osciló entre $r=0,47$ (Metas Inalcanzables) y $r=0,82$ (Autosacrificio). Si se tiene en cuenta que estaban en un proceso de intervención psicológica, obtuvimos una aceptable estabilidad para cada uno de los esquemas y para la puntuación total del CEY ($r= 0,62$). El coeficiente de estabilidad temporal promedio para los 15 esquemas al año fue de 0,61.

Tabla 28. Índices de fiabilidad: consistencia interna y test-retest del CEY-VR.

	Nº de ítems	α Cronbach	Test-retest (rho Spearman)	
			6 semanas (N=15)	1 año Mín. 22-máx. 60 semanas (N = 38)
Escalas CEY-VR				
Privación Emocional	5	0,81	0,66	0,63
Abandono	5	0,76	0,58	0,63
Desconfianza	5	0,75	0,75	0,78
Imperfección	5	0,76	0,80	0,63
Aislamiento Social	5	0,80	0,90	0,56
Dependencia	5	0,71	0,35	0,53
Fracaso	5	0,80	0,77	0,55
Vulnerabilidad Peligro	5	0,64	0,82	0,54
Apego	5	0,70	0,79	0,59
Grandiosidad	5	0,62	0,63	0,53
Insuficiente Autocontrol	5	0,62	0,69	0,55
Autosacrificio	5	0,72	0,80	0,82
Subyugación	5	0,71	0,43	0,75
Inhibición Emocional	5	0,73	0,53	0,57
Metas Inalcanzables	5	0,52	0,85	0,47
CEY-VR-total	75	0,71	0,88	0,62

*r-test * $P < 0,001$ en todos los esquemas a excepción de Dependencia a las 6 semanas*

4. Validez

4.1. Validez Estructural

4.1.1. Correlaciones entre escalas

El análisis de la matriz de intercorrelaciones (Tabla 29) mostraba que existen asociaciones significativas ($p < 0,001$) entre los 15 esquemas, el rango osciló entre $r=0,14$ de Metas Inalcanzables e Insuficiente Autocontrol y el $r=0,67$ de Imperfección y Aislamiento Social. De las 105 intercorrelaciones, 59 % (62) son asociaciones bajas, 40 % (42) son moderadas y 1 % (1) es alta.

Los coeficientes de correlación entre los esquemas de la dimensión⁵ de **Desconexión y Rechazo**: Privación emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Indeseabilidad Social y Aislamiento Social, oscilan entre 0,29 para la Privación Emocional e Abandono y el 0,67 para el Aislamiento social e Imperfección. El resto de asociaciones entre los esquemas son moderadas a excepción de Abandono y Aislamiento social ($r= 0,34$) que es baja.

En la segunda dimensión **Deterioro en la Autonomía**, las correlaciones entre los esquemas de esta dimensión (Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al peligro y Apego) son entre bajas y moderadas. Destacan las asociaciones entre Dependencia y el resto de esquemas Vulnerabilidad al peligro; ($r= 0,44$), Apego ($r= 0,41$) y Fracaso ($r= 0,53$). El resto de intercorrelaciones son bajas.

El coeficiente de correlación entre los esquemas que forman parte de la dimensión **Límites Deteriorados**: Grandiosidad e Insuficiente autocontrol es moderado ($r= 0,47$). En lo que concierne a la dimensión **Dirigido para las necesidades de los Demás**, el coeficiente de

⁵ Utilizaremos para la descripción los 5 dominios Desconexión y Rechazo, Deterioro Autonomía, Límites Deteriorados, Dirigidos para las necesidades de los demás y Sobrevigilancia e Inhibición propuestos por Young, Klosko y Weishaar (2003) expuestos en el modelo teórico.

correlación entre los esquemas de Autosacrificio y Subyugación, que conforman esta dimensión, fue moderado ($r= 0,42$). Por último, en la dimensión de **Sobrevigilancia e Inhibición**, el coeficiente de correlación entre los esquemas de Inhibición emocional y Metas Inalcanzables fue bajo ($r= 0,27$).

Del resto de asociaciones entre esquemas de distintas dimensiones destacamos los coeficientes de correlación moderados de Subyugación con todos los esquemas. Después destacan la relación entre el esquema de Insuficiente Autocontrol con Imperfección, Aislamiento social, Dependencia y Fracaso. También destacamos la relación de los esquemas de la dimensión Desconexión y rechazo, donde se obtienen asociaciones entre el esquema de Imperfección con los esquemas de Dependencia, Fracaso e Inhibición Emocional. El Abandono con Vulnerabilidad al Peligro, Apego y Autosacrificio. El esquema de Desconfianza con Apego y Grandiosidad. Además, del Aislamiento social con Grandiosidad e Inhibición emocional. Para terminar, destacamos el coeficiente de Metas inalcanzables y Autosacrificio.

Las relaciones entre los esquemas y la puntuación total del CEY muestra coeficientes de correlación altos en todos los esquemas, a excepción de Vulnerabilidad al Peligro, Autosacrificio y Metas Inalcanzables que es moderado.

Para concluir, el análisis de la matriz de intercorrelaciones muestra asociaciones entre los 15 esquemas de los 5 dominios teóricos. Los coeficientes de correlación de Pearson fueron entre bajos y moderados, salvo una excepción que fue alto. Tal como se puede desprender del análisis de la matriz de intercorrelaciones podemos concluir que no se cumple el supuesto de ortogonalidad que propone el modelo de la terapia de esquemas.

Tabla 29. Matriz de Intercorrelación de las Escalas del CEY-VR (N =610)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Privación Emocional	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Abandono	0,29	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Desconfianza	0,43	0,41	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Imperfección	0,47	0,42	0,50	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Aislamiento Social	0,54	0,34	0,51	0,67	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Dependencia	0,33	0,42	0,35	0,53	0,55	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Fracaso	0,33	0,31	0,29	0,53	0,52	0,53	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Vulnerabilidad Peligro	0,23	0,40	0,33	0,36	0,35	0,41	0,30	1	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Apego	0,26	0,48	0,48	0,35	0,38	0,40	0,34	0,32	1	-	-	-	-	-	-	-
10. Grandiosidad	0,33	0,30	0,48	0,38	0,46	0,33	0,22	0,32	0,33	1	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiente Autocontrol	0,32	0,34	0,38	0,49	0,51	0,53	0,41	0,37	0,35	0,47	1	-	-	-	-	-
12. Autosacrificio	0,34	0,41	0,38	0,24	0,30	0,21	0,27	0,24	0,34	0,31	0,17	1	-	-	-	-
13. Subyugación	0,47	0,50	0,50	0,58	0,55	0,54	0,45	0,50	0,43	0,43	0,49	0,42	1	-	-	-
14. Inhibición Emocional	0,36	0,22	0,36	0,44	0,45	0,33	0,30	0,24	0,25	0,31	0,36	0,22	0,41	1	-	-
15. Metas Inalcanzables	0,26	0,21	0,21	0,20	0,25	0,18	0,18	0,20	0,32	0,37	0,14	0,41	0,27	0,29	1	-
16. CEY-VR-total	0,63	0,63	0,69	0,75	0,77	0,69	0,62	0,58	0,62	0,62	0,65	0,55	0,78	0,58	0,45	1

4.1.2. Análisis Factorial Confirmatorio

Se calcularon análisis factoriales confirmatorios (AFC) para las 15 escalas a nivel de ítems y para distintas estructuras factoriales de segundo orden que detallamos a continuación (Tablas 30,31,32).

AFC 15 Factores: El modelo consistió en una estructura oblicua de 15 factores de primer orden, coincidente con los 15 esquemas propuestos por Young. En esta se analizó a nivel de ítems si es un constructo multidimensional compuesto por 15 esquemas correlacionados. El error de la matriz de variancias y covariancias fue simétrico, con los elementos de la diagonal libres y los elementos fuera de la diagonal fijados a 0.

Tabla 30. Indices de ajuste para el modelo factorial de 15 factores, análisis de ítems del CEY-VR

MODELO	.df	χ^2 ML	CFI	NFI	NNFI	SRMR	RMSEA
Modelo 15 factores	2595	5009.01	0.97	0.93	0.96	0.055	0.041

En la tabla X podemos observar los índices de la bondad de ajuste para el diagnóstico global del modelo. “El Índice de Ajuste Comparado” o CFI que es el ajuste del modelo comparado con el modelo nulo (el que no se ajusta a nada); siendo los valores recomendables del índice CFI > 0,95. En este caso obteníamos un buen modelo de ajuste 0,97 (pc >0,95). El segundo índice es el “Error cuadrático medio de aproximación” o RMSEA de Browne y Cudeck, que mide cómo el modelo se ajustaría a las covarianzas poblacionales en el caso de tenerlas, o sea, premia la parsimonia. Este índice es sensible y se ve afectado por el tamaño de la muestra. El RMSEA de 0,041 nos indica un punto de corte de buen ajuste (p.c. <0,05). Por último El «índice de ajuste no normado (NNFI)» de Tucker y Lewis, que es independiente del tamaño muestral y tiene en cuenta la parquedad del modelo además de su bondad de ajuste, es mayor a 0,95, lo que nos indica un buen modelo de ajuste.

En resumen, se cumple la combinación propuesta por Hu y Bentler (1999): CFI mayor de 0,96 y SRMR menor de 0,09, con lo cual podemos destacar la bondad de ajuste del modelo de 15 factores.

En la Tabla 31, se pueden observar las cargas o saturaciones para cada λ ítem y la variancia. Los pesos factoriales de los ítems fueron satisfactorios con 69 ítems con pesos superiores al valor recomendado de 0,40 (Tabla 46). No obstante, encontramos pesos inferiores en 6 ítems, un ítem de Vulnerabilidad al peligro, un ítem de Insuficiente autocontrol, 1 de Subyugación y 3 ítems de Metas inalcanzables. Por lo que respecta a la variancia extraída por cada factor, que refleja la cantidad total de variancia de los indicadores tenida en cuenta por los constructos latentes, en los que se se espera que sea superior a 0,5 (Hair *et al.*, 1999). En nuestro caso, ningún factor supera este punto de corte. Todas las puntuaciones estaban cercanas a 0,5. No obstante, tal como apunta Levy, (2010) esta regla estricta debe aplicarse en las ciencias sociales, sobretodo en las áreas de economía y administración de empresas, y su aplicación es más flexible en la investigación psicológica. En nuestro caso primaba que todos los ítems del CEY saturaban en el factor propuesto.

Tabla 31. *Ánálisis factorial confirmatorio de los los ítems de los 15 esquemas del CEY-VR*

Escalas CEY-VR	Variancia extraída	1 ítem	2 ítem	3 ítem	4 ítem	5 ítem
Privación Emocional	0,37	0,76	0,68	0,61	0,79	0,59
Abandono	0,47	0,69	0,65	0,70	0,70	0,42
Desconfianza	0,43	0,65	0,66	0,71	0,51	0,53
Imperfección	0,44	0,67	0,67	0,48	0,63	0,68
Aislamiento Social	0,46	0,68	0,54	0,62	0,80	0,73
Dependencia	0,36	0,60	0,41	0,46	0,66	0,77
Fracaso	0,36	0,60	0,68	0,73	0,71	0,63
Vulnerabilidad Peligro	0,42	0,77	0,65	0,48	0,20	0,50
Apego	0,28	0,53	0,52	0,41	0,69	0,64
Grandiosidad	0,24	0,50	0,51	0,52	0,48	0,47
Insuficiente Autocontrol	0,15	0,59	0,58	0,39	0,51	0,45
Autosacrificio	0,36	0,56	0,49	0,66	0,59	0,64
Subyugación	0,28	0,52	0,68	0,37	0,63	0,65
Inhibición Emocional	0,36	0,60	0,58	0,58	0,59	0,60
Metas Inalcanzables	0,14	0,37	0,43	0,29	0,57	0,38

Los índices de fiabilidad compuesta fueron muy similares a los estadísticos de fiabilidad del Alfa de Cronbach del apartado de la fiabilidad, estuvieron entre 0,60 y 0,80, y la excepción fue el esquema de Metas inalcanzables que obtiene una fiabilidad de 0,50.

AFC en los modelos de segundo orden del CEY:

Tal como puede observarse en la Tabla 47, el segundo, el tercer y el cuarto modelo tenían como objetivo comprobar la estructura jerárquica de segundo orden de los 15 esquemas de primer orden. El procedimiento para los análisis de segundo orden que se siguieron fueron:

- a) El error de la matriz de variancias y covariancias fue simétrico, con los elementos de la diagonal libres y los elementos fuera de la diagonal fijados a 0.
- b) Se permitió la correlación entre los factores de primer orden y entre los de segundo orden.

Tabla 32. Indices de ajuste para los modelos factoriales de segundo orden del CEY-VR

MODELO	.df	χ^2 ML	CFI	NFI	NNFI	SRMR	RMSEA
Modelo de 3 factores del CEY-L	2682	5632.78	0.96	0.92	0.96	0.062	0.046
Versión española							
Modelo de 4 factores de Lee y Dunn. 1999	2679	5596.88	0.96	0.92	0.96	0.062	0.046
Modelo 5 factores Teórico TE (Young)	2675	5631.54	0.96	0.92	0.96	0.062	0.046

AFC 3 factores: En este modelo comparamos la estructura obtenida en el análisis de segundo orden de la versión larga del cuestionario de esquemas (CEY-205 ítems de Cid y Torrubia, 2002). Esta se componía de tres factores el **Deterioro** formado por los esquemas de Privación emocional, Imperfección, Aislamiento social, Inhibición emocional, Apego, Subyugación, Fracaso, Dependencia, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol. **Necesidad de Seguridad** con Abandono, Vulnerabilidad al peligro y Desconfianza, y un tercer factor denominado **Excesivo Autocontrol** con Autosacrificio y Metas inalcanzables.

En el análisis, el error de la matriz de variancias y covariancias fue simétrico, con los elementos de la diagonal libres y los elementos fuera de la diagonal fijados a 0. Se permitió la correlación entre los factores de primer orden y entre los de segundo orden. Tal como observamos en la Tabla 47, la bondad de ajuste para el diagnóstico global del modelo, χ^2 (2686)=5632.78; RMSEA = .046, NNFI = .96, CFI = .96.

AFC 4 factores: En el siguiente modelo, comparamos la estructura definida por Lee, Dunn y Waller (1999) donde encuentran cuatro factores, un primer factor **Desconexión** formado con los esquemas de Abandono, Desconfianza, Privación emocional, Imperfección, Aislamiento social e Inhibición emocional. Un segundo factor denominado **Deterioro Autonomía** con los esquemas de Dependencia, Apego, Vulnerabilidad al peligro, Fracaso, Subyugación y (Abandono con una puntuación de mayor 0,40). Un tercer factor, **Límites Deteriorados** con Grandiosidad e Insuficiente autocontrol. Y un cuarto, denominado **Autocontrol** con Autosacrificio y Metas Inalcanzables. Hoffart (2006), replicó la estructura con análisis factoriales confirmatorios, donde el esquema Abandono lo situó en el factor Autonomía Deteriorada, y no en el factor Desunión. En el análisis que realizaremos, Abandono estará situado en el factor **Desconexión** que es el que se corresponde desde la perspectiva teórica del modelo.

Siguiendo el mismo procedimiento anterior, y tal como se muestra en Tabla 47, la bondad de ajuste para el diagnóstico global del modelo, $\chi^2 (26879)=5596.8$; RMSEA = .046, NNFI = .96, CFI = .96.

AFC 5 factores: El último modelo consistió en una estructura de segundo orden según los cinco dominios teóricos propuestos por Young. La primera dimensión de **Desconexión y Rechazo** estaba formado por los esquemas de Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección y Aislamiento Social; en la segunda dimensión **Deterioro en la Autonomía y Ejecución**, con los esquemas de Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad Peligro y Apego. Una tercera dimensión denominada **Limites Deteriorados** con los esquemas de Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol. Una cuarta dimensión denominada **Dirigido a las necesidades de los demás**, con los esquemas de Subyugación y Autosacrificio, y una quinta dimensión **Sobrevigilancia e Inhibición** con los esquemas de Metas Inalcanzables e Inhibición Emocional. Siguiendo el mismo procedimiento descrito para el modelo de segundo, y tal como se observa en la Tabla 47, la bondad de ajuste para el diagnóstico global del modelo, $\chi^2 (26875)=5631.54$; RMSEA = .046, NNFI = .96, CFI = .96.

En resumen, tal como podemos observar los tres modelos de segundo orden cumplen la combinación propuesta por Hu y Bentler (1999): CFI mayor de 0,96 y SRMR menor de 0,09. Por este motivo y para decidir cual es el mejor modelo se hicieron comparaciones chi-cuadrado entre los 3 modelos de segundo orden estudiados. Entre el modelo de 3 factores de segundo orden de la versión larga española de 205 ítems y el modelo teórico propuesto por Jeff Young de 5 factores no se obtuvieron diferencias significativas ($\chi^2/df = 1,24/7, p > .0001$). En cambio si que obtuvieron diferencias significativas entre el modelo de 3 factores y el modelo de 4 factores, en el estadístico chi-cuadrado a favor del modelo de 4 factores de Lee y Hoffart ($\chi^2/df = 35,9/3, p < .0001$). En cambio no fue posible comparar directamente el modelo de 4 $\chi^2(2679) = 5596,88$ y el de 5 factores $\chi^2(2675) = 5631,54$ al tener grados de libertad mayores y menor valor de chi-cuadrado y el modelo de 5 factores menores valores de grados de libertad y mayor valor de chi-cuadrado producto del número de esquemas.

En conclusión el modelo de 4 factores de Lee, Dunn y Waller de 1999 es el modelo que mejor ajustaba en la versión española de CEY corto de 75 ítems. En la Figura 6, podemos observar el modelo de Segundo orden de los factores de primer orden de 15 esquemas aplicado a la muestra de 610 pacientes psiquiátricos. Las estimaciones de los parámetros estandarizados están cerca de las flechas. Todos los *path* son significativos a $p < 0,01$. Y a la izquierda podemos observar la variancia explicada por cada esquema (R^2)

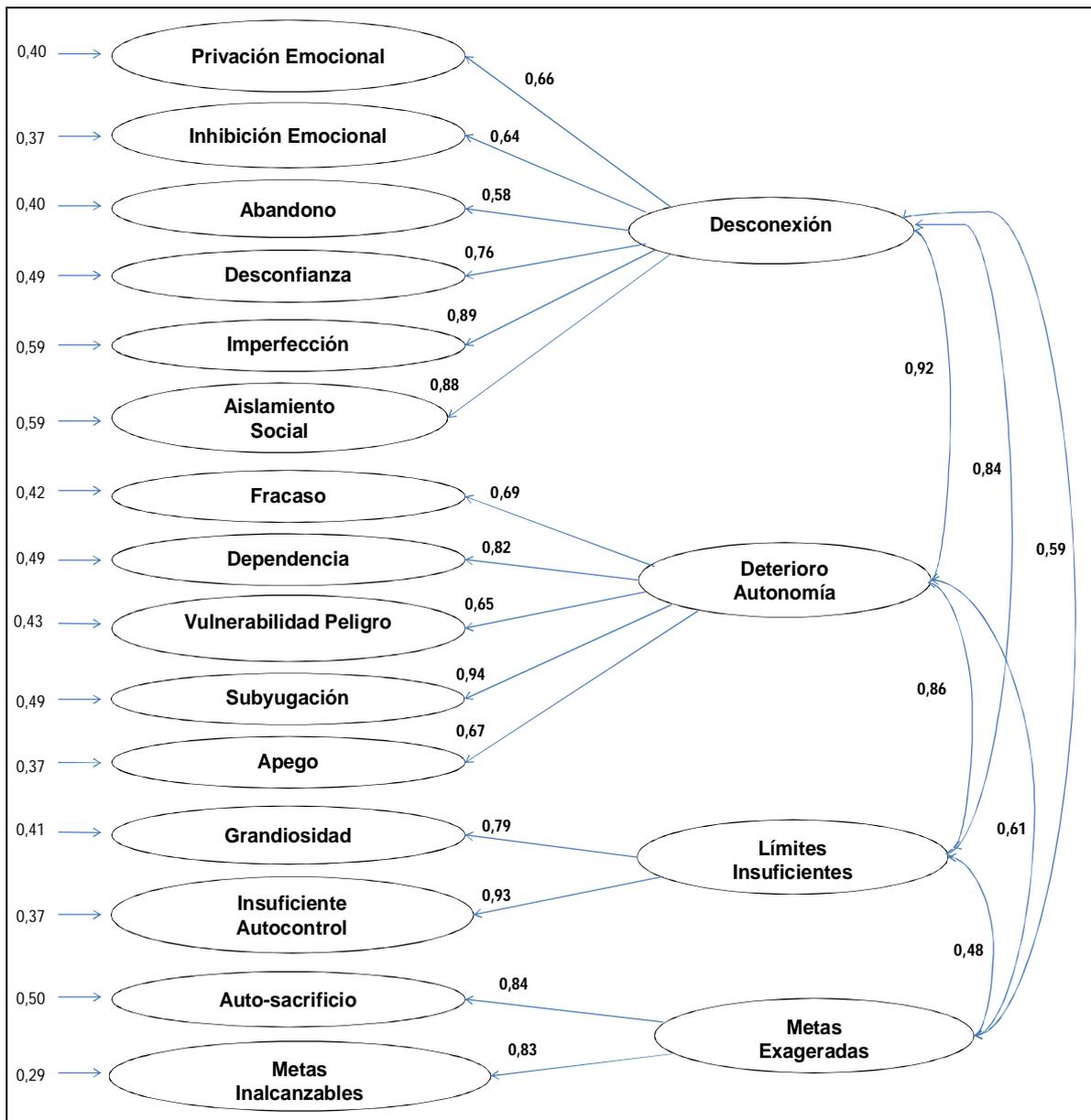


Figura 6. Estructura factorial de segundo orden correlacionada de 4 factores y los 15 esquemas del CEY (pesos de los factores de primer orden, correlaciones entre los factores de segundo orden y variancia explicada por los factores de primer orden)

4.2. Validez externa

4.2.1. Validez de Criterio

4.2.1.1. CEY-VR y Trastornos de la Personalidad

Con el objetivo de saber si el CEY-VR recoge específicamente la patología de la personalidad y sus puntuaciones no reflejan un efecto acumulativo de la psicopatología en general, realizamos un análisis que consistió en comparar 3 grupos clínicos: el grupo que recibió un diagnóstico de Trastorno Mental del Eje I, el grupo que recibió un diagnóstico de Trastorno Mental del Eje I y de Trastorno de la Personalidad, y el grupo de pacientes que recibió sólo un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad.

Para ello se computó un análisis de la variancia univariante, y se calcularon los análisis post hoc, prueba de Bonferroni para conocer las diferencias entre grupos. Los resultados mostraron diferencias significativas en todos los esquemas entre los 3 grupos. Los análisis post-hoc mostraron el siguiente patrón de significación, para los 14 esquemas y la puntuación Total del CEY: no había diferencias entre el grupo de Trastornos de Personalidad y el grupo de Trastornos de Personalidad y Trastorno Mental y en cambio, ambos grupos puntuaban significativamente más alto que el grupo de Trastorno Mental, salvo una excepción, en el esquema Vulnerabilidad al Peligro tal como se puede observar en la Tabla 33 y Figura 7.

Tabla 33. Puntuaciones medias en las escalas del CEY-VR en función de la presencia de solo trastorno de la personalidad, presencia de trastornos de la personalidad y trastorno mental, y de solo trastorno mental.

Escalas CEY-VR	Diagnósticos Clínicos							
	Trastorno Mental (n=286)		T Mental y T Personalidad (n=293)		Trastorno Personalidad (n=31)		F	Post-hoc
	M	DE	M	DE	M	DE		
Privación Emocional	11,80	(5,71)	16,75	(7,13)	16,84	(6,04)	44,93 *	TP=TM/TP>TM
Abandono	15,35	(5,81)	20,25	(5,64)	19,52	(6,00)	54,22 *	TP =TM/TP>TM
Desconfianza	11,62	(4,83)	16,28	(5,76)	17,32	(5,48)	61,14 *	TP =TM/TP>TM
Imperfección	8,84	(3,99)	13,51	(5,87)	12,68	(6,32)	61,97 *	TP =TM/TP>TM
Aislamiento Social	11,25	(5,30)	16,85	(6,61)	16,87	(7,14)	64,81 *	TP =TM/TP>TM
Dependencia	10,26	(4,18)	13,86	(5,36)	14,32	(5,74)	42,98 *	TP =TM/TP>TM
Fracaso	10,86	(5,11)	13,92	(6,22)	14,84	(5,02)	23,84 *	TP =TM/TP>TM
Vulnerabilidad Peligro	12,99	(5,49)	16,67	(5,46)	15,26	(5,56)	32,72 *	TP/TM>TM
Apego	10,85	(4,94)	15,20	(5,92)	15,90	(6,49)	49,06 *	TP =TM/TP>TM
Grandiosidad	12,67	(4,62)	17,07	(4,75)	16,13	(5,06)	64,35 *	TP =TM/TP>TM
Insuficiente Autocontrol	12,86	(4,26)	17,48	(5,23)	17,87	(6,12)	69,96 *	TP =TM/TP>TM
Autosacrificio	15,34	(5,58)	18,48	(5,87)	19,26	(5,51)	24,20 *	TP =TM/TP>TM
Subyugación	12,17	(4,42)	17,58	(5,75)	16,68	(4,45)	82,91*	TP =TM/TP>TM
Inhibición Emocional	12,69	(5,24)	16,45	(5,98)	15,03	(6,41)	32,09 *	TP =TM/TP>TM
Metas Inalcanzables	17,05	(4,88)	19,28	(4,55)	18,65	(4,68)	16,41*	TP =TM/TP>TM
<i>CEY-VR-total</i>	186,59	(40,98)	249,64	(50,88)	247,16	(49,16)	139,23*	TP =TM/TP>TM

* $p < 0,001$

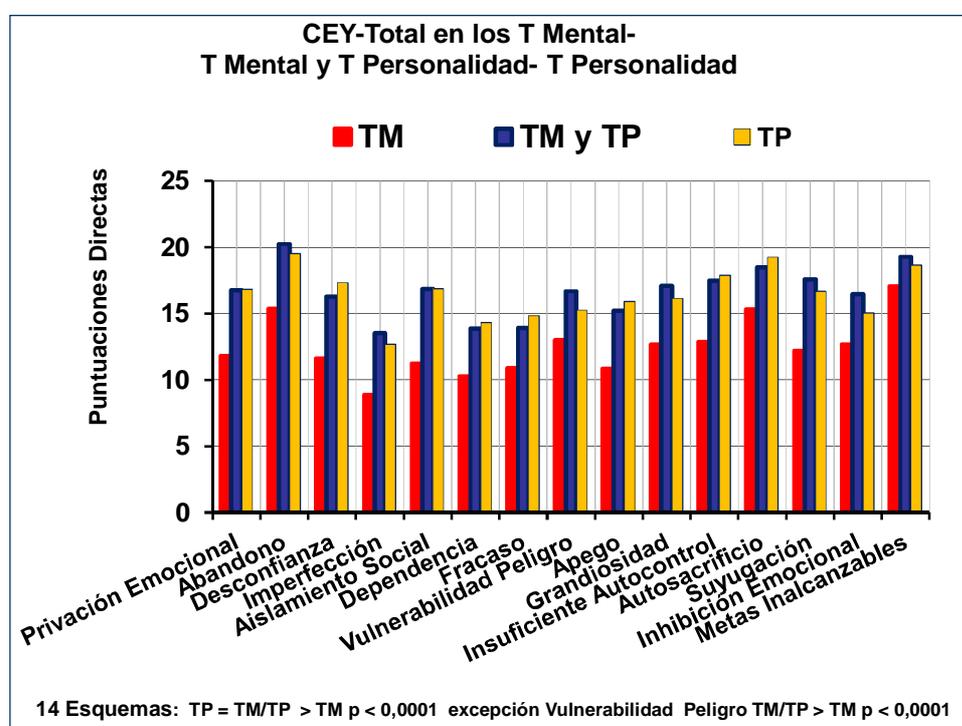


Figura 7. Esquemas en función de la presencia de solo trastorno de la personalidad, presencia de trastornos de la personalidad y trastorno mental, y de solo trastorno mental.

Diagnóstico Clínico de Trastorno de Personalidad: Una vez comprobado que la presencia de un trastorno del Eje I concomitante con un TP no aumentaba la puntuación en el CEY-VR, la muestra clínica de 610 participantes se dividió en dos grupos aquellos que recibieron un diagnóstico de Trastorno de la personalidad, “TP” (n=324), y aquellos con un diagnóstico de trastorno mental del Eje I y a los que no se les diagnóstico de un TP, “Eje I” (n=286) utilizando el criterio clínico. Para estos dos grupos se calcularon análisis de comparación de medias entre los dos grupos con TP y Eje I (Tabla 34), que mostraron diferencias significativas entre los dos grupos para todos los esquemas y también, para la puntuación total del CEY ($p < 0,001$). El grupo de TP obtuvo puntuaciones medias más elevadas que el grupo que presentaba un trastorno del Eje I sin la presencia de un trastorno de la personalidad comórbido.

Tabla 34. Puntuaciones medias en las escalas del CEY-VR en función de la presencia/ausencia de trastorno de la personalidad (criterio clínico).

Escalas CEY-VR	Eje I (N =286)		TP (N =324)		t –Student gl =608
	M	DE	M	DE	
Privación Emocional	11,77	(5,71)	16,78	(7,00)	-9,71 *
Abandono	15,36	(5,79)	20,17	(5,69)	-10,31 *
Desconfianza	11,61	(4,83)	16,37	(5,72)	-12,12 *
Imperfección	8,81	(3,99)	13,45	(5,90)	-11,48 *
Aislamiento Social	11,20	(5,29)	16,89	(6,62)	-11,78 *
Dependencia	10,22	(4,17)	13,93	(5,37)	-9,60 *
Fracaso	10,79	(5,06)	14,07	(6,12)	-7,26 *
Vulnerabilidad al Peligro	13,10	(5,48)	16,52	(5,50)	-7,87 *
Apego	10,83	(4,94)	15,39	(5,96)	-10,11 *
Grandiosidad	12,68	(4,60)	16,97	(4,80)	-11,23 *
Insuficiente Autocontrol	12,85	(4,26)	14,52	(5,29)	-12,05 *
Autosacrificio	15,26	(5,54)	18,63	(5,82)	-7,31 *
Subyugación	12,16	(4,41)	17,53	(5,62)	-13,17 *
Inhibición Emocional	12,68	(5,23)	16,32	(6,02)	-7,98 *
Metas Inalcanzables	17,05	(4,86)	19,21	(4,57)	-5,65 *
CEY-VR-total	186,36	(40,92)	249,19	(50,24)	-17,22 *

* $p < 0,001$

También, se realizó un análisis de la variancia diseño 2 x 2 con la variable presencia de Trastorno de la Personalidad (TP) versus Eje I con ausencia de TP (Eje I) y la variable género: masculino versus femenino. En dicho análisis se observaron diferencias significativas en todos los esquemas en relación al sexo ($p < 0,001$) y la variable de

agrupación presencia de TP versus Eje I, ausencia de TP ($p < 0,001$). En cambio, el análisis de la interacción presencia TP versus Eje I y la variable género: masculino versus femenino, no mostró diferencias significativas en la interrelación de ambas variables.

Criterios de Síntomas de TP del PDQ-+4: Para la muestra de Comunidades Terapéuticas se realizaron en función de los criterios del PDQ+4 para identificar un posible TP, dos análisis de validez de criterio.

Punto Corte TP del PDQ-+4: En primer lugar se utilizó el criterio establecido como punto de corte del PDQ+4 de tener una puntuación directa mayor a 25 para identificar la posible presencia de un Trastorno de la personalidad (Tabla 35). En función de este punto de corte se generaron dos grupos, un grupo denominado síntomas de TP (puntuación PDQ-+4 > 25; $n=28$) y un segundo grupo de Eje I sin síntomas de TP (puntuación PDQ-+4 ≤ 25 ; $n=145$). A continuación se realizaron comparaciones de medias entre los dos grupos y las escalas del CEY-VR (Tabla 66), y los esquemas fueron significativamente más elevados en el grupo de presencia de TP en comparación con el grupo de ausencia de TP.

Tabla 35. Puntuaciones medias en las escalas del CEY-VR en función de la presencia/ausencia de síntomas de trastorno de la personalidad (presencia: puntuación PDQ-+4 > 25; ausencia: puntuación PDQ-+4 ≤ 25)

Escalas CEY-VR	No TP (N =28)		TP (N =145)		t –Student gl =171
	M	DE	M	DE	
Privación Emocional	9,18	(4,04)	13,62	(6,01)	-4,87 *
Abandono	13,71	(5,91)	17,88	(5,18)	-3,80 *
Desconfianza	8,46	(3,69)	14,41	(5,43)	-5,54 *
Imperfección	6,64	(2,67)	11,07	(4,87)	-6,84 *
Aislamiento Social	6,96	(2,35)	12,88	(5,76)	-9,06 *
Dependencia	8,29	(3,44)	10,70	(4,39)	-2,75 *
Fracaso	7,39	(2,77)	10,63	(4,86)	-4,89 *
Vulnerabilidad al Peligro	8,79	(3,04)	13,41	(4,91)	-6,57 *
Apego	9,46	(4,24)	13,33	(5,59)	-4,17 *
Grandiosidad	9,04	(3,02)	15,05	(4,95)	-8,45 *
Insuficiente Autocontrol	10,57	(4,08)	15,36	(5,11)	-4,68 *
Autosacrificio	11,50	(4,95)	16,23	(5,64)	-4,14 *
Subyugación	9,25	(3,46)	15,07	(5,43)	-7,33 *
Inhibición Emocional	10,93	(4,35)	15,36	(5,76)	-3,86 *
Metas Inalcanzables	13,68	(4,15)	17,33	(4,80)	-3,77 *
CEY-VR-total	143,86	(31,12)	212,32	(45,83)	-9,77 *

* $p < 0,001$

Criterio PDQ-4+ y concordancia de criterio clínico: Tal como hemos especificado en el procedimiento para que un participante recibiera un diagnóstico de TP en la muestra de Comunidades Terapéuticas, tenía que cumplir con dos criterios (a) una puntuación directa del PDQ-4+ mayor a 25 y (b) una concordancia entre profesionales clínicos de un diagnóstico de TP. Se crearon en función de estos criterios dos grupos, presencia de trastorno de la personalidad (TP: n=97) y ausencia de TP (Sin TP: n= 66). A continuación, se calcularon los análisis de comparaciones medias de t-Student (Tabla 36), entre los dos grupos, y se encontraron diferencias significativas para cada uno de los esquemas y para la puntuación total ($p < 0,001$). El grupo de presencia de TP obtuvo puntuaciones medias significativamente más elevadas que el grupo que no cumplía los criterios de TP.

Tabla 36. Puntuaciones medias en las escalas del CEY-VR en función de la presencia/ausencia de trastorno de la personalidad (criterio de presencia:puntuación total en PDQ-+4 > 25 más diagnóstico clínico)

Escala CEY-VR	No TP (N =66)		TP (N =97)		t -Student gl =168
	M	DE	M	DE	
Privación Emocional	10,68	(4,11)	14,54	(6,04)	-4,25 *
Abandono	14,59	(5,31)	19,03	(4,82)	-5,54 *
Desconfianza	10,05	(4,16)	16,01	(5,19)	-7,78 *
Imperfección	7,61	(2,76)	12,32	(5,08)	-6,88 *
Aislamiento Social	8,68	(4,01)	14,35	(5,68)	-7,47 *
Dependencia	8,92	(3,63)	11,49	(4,51)	-4,02 *
Fracaso	8,71	(4,00)	11,30	(5,06)	- 3,64 *
Vulnerabilidad al Peligro	10,02	(3,86)	14,67	(4,85)	- 6,51 *
Apego	10,08	(4,34)	14,34	(5,66)	-5,43 *
Grandiosidad	10,89	(3,89)	16,40	(4,49)	-8,11 *
Insuficiente Autocontrol	12,00	(4,11)	16,53	(4,98)	-6,10 *
Autosacrificio	12,97	(5,04)	17,29	(5,57)	-5,05 *
Subyugación	11,30	(3,94)	16,21	(5,62)	-6,55 *
Inhibición Emocional	11,86	(4,41)	16,63	(5,76)	-5,97 *
Metas Inalcanzables	14,83	(4,56)	17,99	(4,61)	-4,31 *
CEY-VR-total	163,20	(34,38)	229,09	(39,21)	-11,06 *

*Significación * $p < 0,001$*

El CEY-VR como predictor de las puntuaciones totales del PDQ-4+ : La asociación entre el PDQ-4+ y las escalas del CEY-VR fue positiva y significativa. Así los valores de los coeficientes de correlación fueron entre bajos (Privación emocional, Apego, Subyugación, Inalcanzables) y moderados en el resto de once esquemas (Tabla 37). El rango osciló desde $r=0,29$ para Apego hasta $r=0,51$ para Imperfección, Aislamiento Social e Inhibición Emocional. Los coeficientes de correlación semiparciales no fueron significativos en ningún caso, indicando que ninguna de las escalas contribuía significativamente de forma específica y diferenciada de las demás a la puntuación en el PDQ-4+. En síntesis, los esquemas predecían un 44 % de la variancia de los rasgos de personalidad medidos por el PDQ-4+. Cuando se analizó la relación entre la puntuación total del CEY-VR y el PDQ-4+ se observó una correlación $r= 0,63$; $p < 0,001$, que explicaba un porcentaje de variancia algo inferior (39%) al que se obtuvo cuando se consideraron las escalas por separado.

Tabla 37. El CEY-VR y sus escalas como predictores de las puntuaciones totales del PDQ-4+ (correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y R^2)

Cuestionario de Personalidad PDQ-4+			
Escalas CEY-VR	PDQ Puntuación Directa		
	r	sr	R^2
Privación Emocional	0,24 *	0,00	
Abandono	0,32 *	0,03	
Desconfianza	0,47 *	0,06	
Imperfección	0,51 *	0,06	
Aislamiento Social	0,51 *	0,06	
Dependencia	0,37 *	0,02	
Fracaso	0,40 *	0,02	
Vulnerabilidad Peligro	0,50 *	0,14	
Apego	0,29 *	0,01	
Grandiosidad	0,50 *	0,06	
Insuficiente Autocontrol	0,31 *	-0,03	
Autosacrificio	0,32 *	-0,02	
Subyugación	0,27 *	-0,02	
Inhibición Emocional	0,51 *	0,16	
Metas Inalcanzables	0,46 *	0,03	
<i>Esquemas predicen</i>			0,44
CEY-VR-total	0,63 *		
<i>CEY-VR-total predice</i>			0,39

La puntuación Total del CEY-VR como predictor de la presencia/ausencia de TP: análisis de regresión logística.

Se realizó un análisis de la regresión logística con la variable de resultado de psicopatología de la personalidad (Presencia de Trastornos de la Personalidad = 1 vs. Ausencia de TP (Eje I) =0), entrando como predictor único la puntuación total del CEY (CEY-VR-total), para el total de la muestra (n=610). De ellos, 322 tenían un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad y 288 no tenían un diagnóstico de TP. El test del modelo completo del CEY-VR-total como predictor en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (1, n=610)=237,188 p <0,000]. En la Tabla 38, observamos el porcentaje de casos correctamente clasificados por el CEY-VR-total para cada uno de los grupos, la sensibilidad y especificidad.

Tabla 38. Porcentaje de sujetos correctamente clasificados según CEY- Total

Grupo	Eje I	TP	% correcto	
Eje I	214	74	74,3	Sensibilidad
T. Personalidad	74	248	77,0	Especificidad
			75,7	% Total

El CEY-VR-total se mostró un predictor fiable para diferenciar entre la presencia y la ausencia de TP, [Wald= 139,491 p < ,000; B= 0,30 Odds Ratio 1,031; Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,026 y Superior= 1,036].

Se calculó también un análisis de la Curva ROC (Figura 8), y conjuntamente con las Odds ratio para evaluar la capacidad predictiva del CEY-VR-total. El análisis de la Cuva Roc mostró un área bajo la curva (ABC) de 0,835, con un desviación estándar de 0,16, y un Intervalo de confianza al 95% de 0,804-.867. Según Lemeshow y Hosmer (1998) un área mayor a 0,75 indica una buena capacidad predictiva y de dicriminación. Para hallar los puntos de corte para el CEY-VR-total, podemos observar la Tabla 39, donde muestra para diferentes percentiles (10, 25 ,50 ,75 y 90), las puntuaciones directas, y los respectivos valores de punto de corte, la sensibilidad y la especificidad. Para elegir el punto de corte hemos considerado las recomendaciones de Hosmer y Lemeshow (1992), quienes aconsejan que se escoja aquel valor que sumando la sensibilidad y la 1-especificidad se

acerque más a uno. Tal como podemos ver el punto de corte idóneo siguiendo esos criterios sería 215,15 donde $(S + (1-E); 0,74 + 0,25 = 0,99)$. Este punto de corte es muy cercano al percentil 50 de la puntuación Total del CEY.

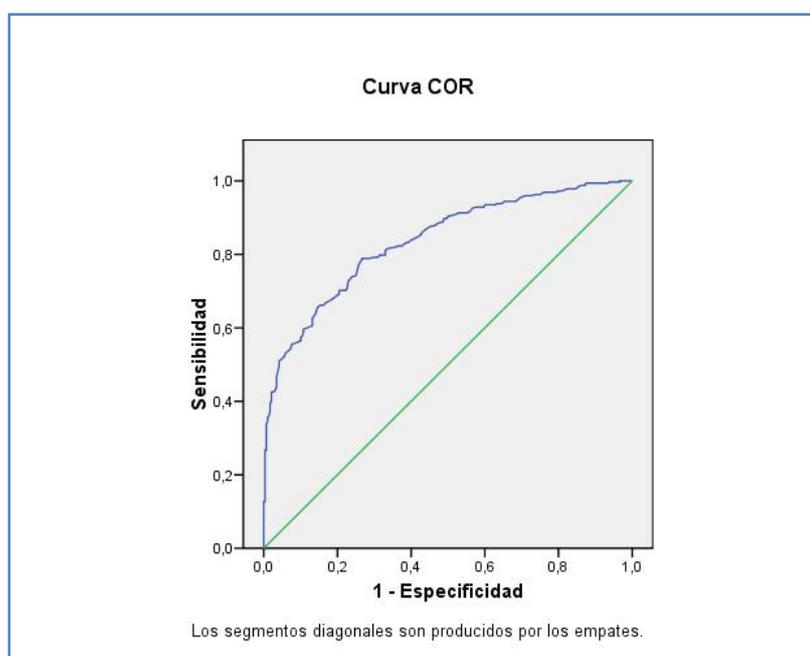


Figura 8. Curva ROC para el CEY-VR-total.

Tabla 39. Percentiles del CEY-VR-total, puntos de corte cercanos a los percentiles con los indicadores de sensibilidad y especificidad

Percentil	CEY-VR total	Punto corte	Sensibilidad	Especificidad
10	148,10	148,50	,975	,816
25	180,0	180,50	,916	,559
50	217,00	217,50	,727	,229
75	257,00	257,50	,438	,035
90	294,90	294,50	,186	,003

Puntuaciones del CEY-VR en los TP de Personalidad: Realizamos un análisis de la variancia univariante comparando la puntuación total del CEY-VR entre los diferentes trastornos de la personalidad. Los análisis revelaron diferencias significativas [F (9) 3,15 P <0,001] y los análisis post-hoc (Bonferroni) mostraron diferencias significativas en CEY-VR entre el TP por Dependencia y el TP Histriónico (Dif M I-J): 52,27 p <0,001), puntuando significativamente más alto el TP por Dependencia que el Histriónico (Tabla 40 y Figura 9).

Tabla 40. CEY-VR-total para los TP

CEY-VR-total			
TP	n	M	DE
Esquizoide	4	222,75	(32,66)
Esquizotípico	7	207,57	(52,36)
Antisocial	8	216,88	(50,79)
Límite	40	242,85	(64,34)
Histrionico	54	250,19	(48,18)
Narcisista	18	213,06	(59,02)
Evitacion	25	261,64	(45,64)
Dependencia	48	265,33	(45,00)
Obsesivo	5	265,60	(30,78)
Inespecificado	104	254,21	(44,25)
Total	313	249,78	(50,66)

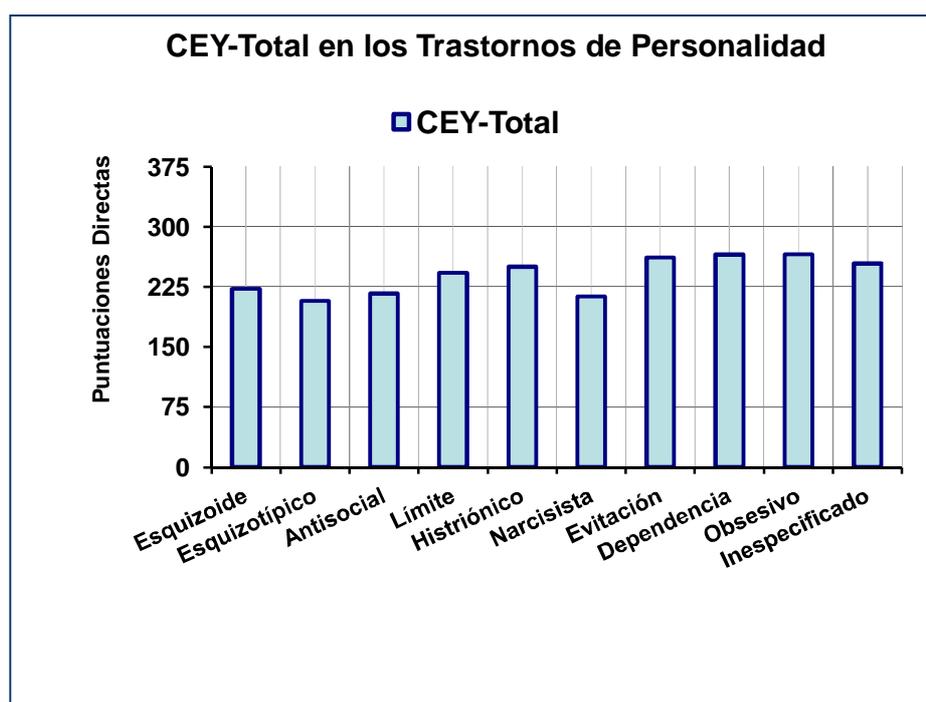


Figura 9. Puntuaciones Totales del CEY-VR en función de los TP

Realizamos el mismo tipo de análisis para los distintos TP en función de los Cluster: Cluster A, Cluster B y Cluster C, se excluyeron los que no se pudieron clasificar por TP Inespecífico, se entró la puntuación Total del CEY, encontrándose diferencias significativas [F (4)= 79,90 p<0,001]. Los análisis post-hoc Bonferroni mostraron que el Cluster C

puntuaba significativamente más elevado que el Cluster B y Cluster A. [Cluster A (n=29; M= 237,79 (de=46,34); Cluster B (n=165; M= 242,30 (de= 53,96); Cluster C n=104; 266,63 (de=43,87)].

Comparación de puntuaciones en las escalas del CEY-VR en función del Cluster de TP. A continuación se realizó un análisis de comparación de medias de cada una de las escalas del CEY-VR entre los individuos con diagnóstico de TP del Cluster C y los individuos con diagnóstico de TP de Cluster B. Los perfiles de esquemas se pueden observar en la Figura 10, donde 7 esquemas puntuaban más alto en el Cluster C que en el Cluster B, estos fueron Privación Emocional, Imperfección, Aislamiento Social, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Subyugación e Inhibición Emocional.

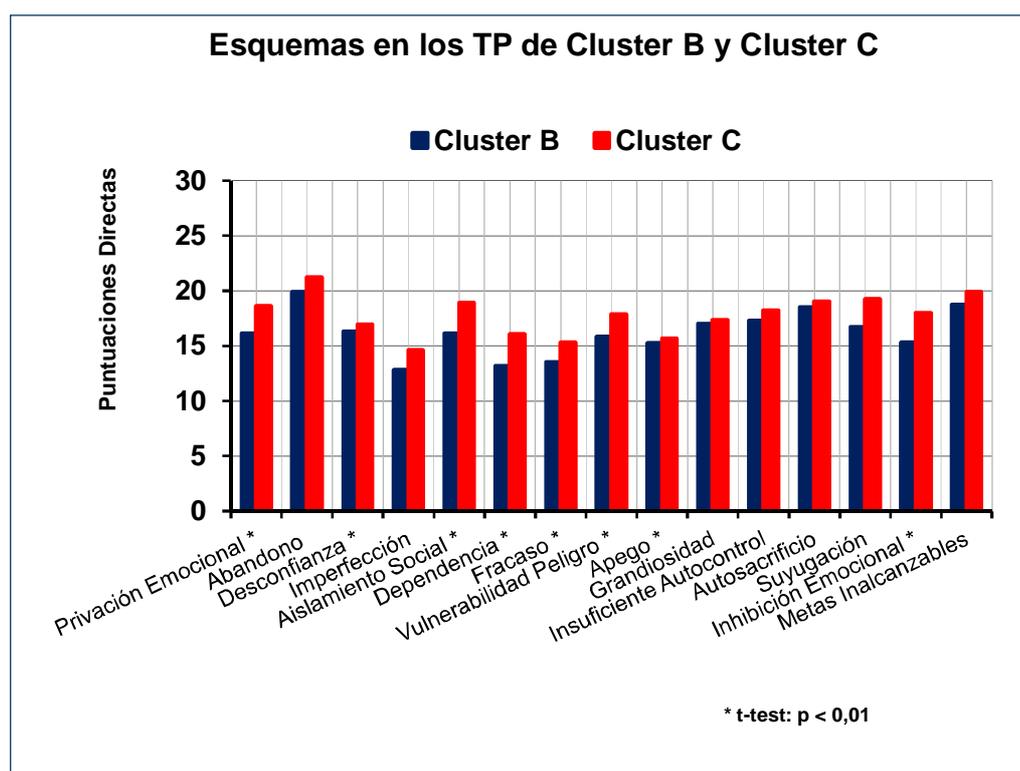


Figura 10. Esquemas en los TP del Cluster B y del Cluster C

4.2.1.2. CEY en función de la gravedad del TP (Escala Gravedad Tyrer y Johnson, 1996)

En la Tabla 41, se muestran las puntuaciones medias de los esquemas en función de la clasificación obtenida según la Escala de Gravedad (EG), [Sin TP: Sin Trastorno de Personalidad (G 0), Dif Per: Dificultades de Personalidad (G 1), TP Trastorno Personalidad (G2), TP Mo: Trastorno de Personalidad Moderado (G 3), TP Gr: Trastorno Personalidad Grave (G 4)] el resultado del análisis de la variancia y las pruebas post-hoc Bonferroni. Los resultados mostraron una relación positiva y significativa entre la Gravedad del TP y las medias de las puntuaciones directas para cada esquema. El análisis post-hoc Bonferroni que las puntuaciones en los esquemas, son significativamente mayores a medida que aumenta la severidad de la clínica de la personalidad. Destacamos que en el esquema de Imperfección se obtenían puntuaciones progresivas y significativamente más elevadas a medida que se incrementa la gravedad. El esquema de Subyugación estuvo cerca de este gradiente creciente y también la puntuación total del CEY-VR pero no diferenciaron a nivel de puntuaciones entre el TP grave (G 4) y el TP moderado (G 3).

Esta falta de diferenciación también se presentan entre el TP moderado (G 3) y el TP (G 2) en los esquemas de Privación emocional, Abandono, Desconfianza, Aislamiento social, Dependencia, Gradiosidad, Insuficiente autocontrol, Inhibición emocional, y Metas inalcanzables. En cambio, los esquemas de Autosacrificio, y Metas inalcanzables no diferenciaban entre criterios TP, pero si que se diferenciaban con los criterios de severidad de los extremos, entre el TP Grave (G 4) y sin T Personalidad (G 0). Por último, Autosacrificio, Inhibición emocional y Meta inalcanzables no diferenciaron entre los dos niveles más bajos de la severidad, o sea la no presencia de trastorno (G 0) y dificultades de personalidad (G 1).

Para completar este estudio, se realizó con las puntuaciones obtenidas en las escalas del CEY y con la CEY-VR-total, un análisis de la variancia (5x2) en función de estos 5 grupos de gravedad de Trastorno de Personalidad y entrando la variable género como covariante, (se han observado diferencias de género en el apartado de descriptivos; donde la tendencia era que las mujeres puntuaban más alto en los esquemas que los hombres).

Los resultados mostraban una Lambda de Wilks significativos para la escala de severidad de Tyrer ($L= 0,499$; $F= 7,44$; $p < 0,001$), en los análisis post-hoc se observó que a medida que aumenta la gravedad del trastorno de la personalidad, se produce un incremento en la puntuación media de cada uno de los esquemas y en la puntuación total del CEY-VR. También se halló un efecto significativo para la variable género ($L= 0,938$; $F= 2,57$; $p < 0,001$). Los análisis post-hoc mostraron un efecto significativo mínimo ($p < 0,05$) del sexo en 9 de los esquemas, a excepción de Dependencia, Apego, Grandiosidad, Insuficiente autocontrol, Inhibición emocional y Metas inalcanzables. En estos 9 esquemas y en la puntuación total del CEY las mujeres puntuaron más alto que los hombres. En cambio, no se observaron diferencias significativas para la Lambda de Wilk ($L= 0,915$; $F= ,879$; $p > 0,05$) en la interacción del sexo y la gravedad de los trastornos de la personalidad.

Resultados

Tabla 41. Comparaciones de medias de las Escalas del CEY-VR en función de la Escala de Gravedad de los Trastornos de la Personalidad (Tyrer y Johnson, 1996)

Escalas CEY-VR	Sin TP (G 0) (N=165)		Dif Per (G 1) (N=124)		TP (G 2) (N = 271)		TP Mo (G 3) (N = 26)		TP Gr (G 4) (N = 25)		Análisis Variación		Pruebas Post-Doc
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	F	p =	Bonferroni
Privación Emocional	10,88	(5,46)	12,99	(9,78)	16,05	(6,80)	18,38	(6,50)	23,36	(6,40)	35,03 *		4 > 3,2 > 1 > 0
Abandono	13,84	(5,70)	17,35	(5,25)	19,73	(5,25)	21,43	(5,01)	24,30	(6,27)	40,90 *		4 > 2 > 1 > 0; 3 > 1 > 0
Desconfianza	10,72	(4,78)	12,77	(4,63)	15,86	(5,41)	17,42	(5,71)	21,64	(6,43)	43,61 *		4 > 3,2 > 1 > 0
Imperfección	7,94	(3,52)	10,07	(4,24)	12,50	(5,31)	15,77	(6,43)	21,40	(5,07)	61,73 *		4 > 3 > 2 > 1 > 0
Aislamiento Social	10,08	(4,88)	12,76	(5,43)	16,12	(6,42)	17,96	(5,47)	24,48	(5,06)	53,39 *		4 > 3,2 > 1 > 0
Dependencia	9,23	(3,79)	11,56	(4,30)	13,35	(5,03)	14,36	(5,94)	20,16	(4,99)	42,16 *		4 > 3,2 > 1 > 0
Fracaso	9,88	(4,65)	12,16	(5,48)	13,54	(5,88)	14,35	(9,51)	19,12	(6,45)	21,56 *		4 > 3,2,1 > 0
Vulnerabilidad Peligro	12,03	(5,59)	14,21	(5,05)	16,21	(5,30)	16,93	(5,10)	20,32	(6,37)	23,59 *		4 > 2 > 1 > 0; 3 > 0
Apego	9,96	(4,10)	12,05	(5,64)	14,80	(5,95)	17,03	(5,02)	18,92	(5,84)	32,54 *		4 > 2 > 1 > 0; 3 > 1 > 0
Grandiosidad	11,93	(4,63)	13,59	(4,40)	16,66	(4,56)	17,19	(5,31)	21,04	(4,52)	42,54 *		4 > 3,2, > 1,0
Insuficiente Autocontrol	11,79	(3,99)	14,28	(4,22)	17,13	(4,99)	17,65	(6,35)	22,20	(2,30)	50,49 *		4 > 3,2, > 1,0
Autosacrificio	15,00	(5,60)	15,71	(5,50)	18,52	(5,89)	18,76	(5,27)	19,40	(5,72)	13,12 *		4 > 1,0; 3 > 0; 2 > 1,0
Subyugación	11,01	(4,17)	13,67	(4,26)	16,82	(5,23)	19,73	(6,26)	23,24	(5,27)	64,49 *		4,3 > 2 > 1 > 0
Inhibición Emocional	11,89	(8,19)	13,72	(5,25)	15,77	(5,90)	18,15	(5,55)	20,84	(5,88)	24,21 *		4 > 2 > 1,0; 3 > 1,0
Metas Inalcanzables	16,72	(5,18)	17,48	(4,41)	19,04	(4,51)	19,73	(5,66)	20,72	(3,46)	23,52 *		4 > 1,0; 3 > 0; 2 > 1,0
CEY-VR-total	172,93	(39,52)	204,38	(35,47)	242,14	(44,77)	264,84	(50,77)	321,48	(48,20)	118,16 *		4 > 3,2 > 1 > 0

Escala de Severidad: Sin TP: Sin Trastorno de Personalidad (G 0), Dif Per: Dificultades de Personalidad (G 1), TP Trastorno Personalidad (G 2)
TP Mo: Trastorno de Personalidad Moderado (G 3), TP Gr: Trastorno Personalidad Grave (G 4).

4.2.1.3. Análisis de validez incremental del CEY-VR en los Trastornos de la Personalidad y en la Psicopatología

Las variables psicopatológicas (Depresión del BDI), la Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) y las Esquemas (escalas del CEY-VR) como predictores de la presencia/ausencia de Trastorno de la Personalidad: análisis de la regresión logística.

Se realizó un análisis de la regresión logística con la variable de resultado de psicopatología de la personalidad (Presencia de Trastornos de la Personalidad = 1 vs. Trastorno Mental del Eje I con ausencia de TP = 0), y como predictores entraron en primer lugar (método introducir) los síntomas depresivos evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), en segundo lugar (método introducir) entraron como predictores los rasgos de personalidad de Afecto Positivo y Afecto Negativo, evaluados mediante la PANAS, y en tercer lugar (método introducir) entraron como predictores los esquemas evaluados mediante el Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR). El total de la muestra fue de $n=282$ sujetos, con un grupo de 144 Trastornos de la Personalidad, y un grupo de 138 con Trastornos del Eje I, sin TP.

Primer paso: El test del modelo completo con el BDI (depresión) como predictor en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (1, $n=282$)=70,19 $p < 0,0001$]. La prueba de Hosmer y Leviwhow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)=5,30 $p > 0,05$). La depresión en su conjunto clasificaba correctamente un 69,9 % del total del grupo y se mostraba un predictor fiable para diferenciar entre la presencia y la ausencia de TP, [Wald= 49,64; $p < ,000$; B= 0,12, Odd Ratio =1,124, Intervalo de confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,088 y Superior= 1,162].

Segundo paso: A parte de la Depresión, se le añadieron los rasgos de personalidad de Afecto Positivo y Afecto Negativo. Estos como predictores en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (3, $n=282$) =77,17 $p < 0,0001$]. La prueba de Hosmer y Leviwhow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 6,99 $p > 0,05$).

La Depresión y los rasgos de Afecto positivo y Negativo, en su conjunto clasificaban

correctamente 71,3 % de los casos del grupo. Los análisis de los predictores nos indicaban que la Depresión (BDI) [Wald= 14,59 $p < ,0001$; B= 0,70; Odd Ratio = 1,082, Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,040 y Superior= 1,129], y el Afecto Negativo (AN) [Wald= 6,59 $p < ,010$; B= 0,05; Odd Ratio =1,054; Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,011 y Superior= 1,099]. En cambio, el Afecto Positivo no surgía como predictor [AP: Wald= 1,03 $p > 0,05$; B -0,23; Odd Ratio =0,977]

Tercer paso: se mantuvieron los predictores de depresión, de rasgo de afecto positivo y afecto negativo, y se entraron todos los esquemas como predictores (introducir). El test del modelo completo de los esquemas en contra de un modelo de sólo la constante, fue un modelo significativo [Chi-cuadrado (18, n=282) =145,82 $p < 0,0001$]. La prueba de Hosmer y Leivihow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo no se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 15,88 $p < 0,044$), cuando $p > 0,05$ para rechazar la hipótesis nula. Este coeficiente que mide la calibración del modelo, el grado de ajuste entre lo esperado y lo observado. En cambio, la capacidad discriminativa de los esquemas fue buena donde clasificaban un 81,9% de los casos, (Tabla 42).

Tabla 42. Capacidad predictiva de la presencia/ausencia de los TP en función del BDI, PANAS y Escalas CEY-VR

Observado			Pronosticado		
			Grupo		Porcentaje correcto
			Sin T. Personalidad	Con T. Personalidad	
M 1	BDI				
Paso 1	Grupo	Sin T Personalidad	101	37	73,2
		Con T Personalidad	48	96	66,7
		Porcentaje global			69,9
M 2	+ PANAS				
Paso 2	Grupo	Sin T Personalidad	101	37	73,2
		Con T Personalidad	44	100	69,4
		Porcentaje global			71,3
M 3	+ Escalas del CEY-VR				
Paso 3	Grupo	Sin T Personalidad	113	25	81,9
		Con T Personalidad	26	118	81,9
		Porcentaje global			81,9

En la Tabla 43, se describen los índices del análisis de regresión logística de la depresión, afecto positivo y afecto negativo y los esquemas que surgieron como predictores significativos. Los esquemas de Abandono, Grandiosidad, Insuficiente autocontrol, y Metas inalcanzables serían predictores significativos para diferenciar entre la presencia y ausencia de trastornos de la personalidad. En este caso, y tal como hemos visto incrementarían un 10 % la capacidad predictiva de la depresión y los rasgos de afecto positivo y negativo y un 12 % en relación a la capacidad predictiva de la depresión.

Tabla 43. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP de la depresión, Afecto Positivo y Afecto Negativo y las escalas del CEY (sólo $p < 0,05$)

Paso 3	B	E.T.	Wald gl (1)	p	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
BDI	0,02	0,03	0,61	0,43	1,02	0,97	1,08
Afecto Negativo	0,01	0,03	0,29	0,59	1,01	0,96	1,07
Afecto Positivo	-0,03	0,03	1,07	0,30	0,97	0,92	1,03
Abandono	0,09	0,04	5,92	0,01	1,09	1,02	1,17
Metas Inalcanzables	0,11	0,04	6,63	0,01	1,12	1,03	1,22
Grandiosidad	0,11	0,04	7,16	0,01	1,12	1,03	1,22
Insuficiente Autocontrol	0,03	0,04	5,19	0,02	1,09	1,01	1,19
Constante	-7,57	1,35	31,56	0,00	0,00		

Las variables psicopatológicas (Depresión del BDI), Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) y la puntuación Total del CEY-VR como predictores de la presencia/ausencia de Trastorno de la Personalidad: análisis de la regresión logística.

Este análisis es el mismo que el realizado en el apartado anterior, con la única diferencia que en el paso 3 entramos la puntuación total del CEY-VR en vez de los esquemas. Por lo tanto nos vamos a centrar en la descripción de este **Tercer Paso**. Se mantuvieron los predictores de depresión, de rasgo de afecto positivo y afecto negativo, y se entraron todos los esquemas como predictores (método introducir).

El test del modelo completo de los esquemas en contra de un modelo de sólo la constante, fue un modelo significativo [Chi-cuadrado (4, n=282) =131,24 $p < 0,0001$]. La prueba de Hosmer y Levihow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo no se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 25,54 $p < 0,001$), cuando es necesaria una no

significación ($p > 0,05$) para rechazar la hipótesis nula. Este coeficiente que mide la calibración del modelo, el grado de ajuste entre lo esperado y lo observado, no se cumple al entrar la puntuación total del CEY-VR. En cambio, la capacidad discriminativa de los esquemas fue buena, tal como podemos observar en Tabla 44, donde clasificaban un 78,4% de los casos.

Tabla 44. Capacidad predictiva de la presencia/ausencia de los TP en función del BDI, PANAS y la puntuación CEY-VR-Total

Observado			Pronosticado		
			Grupo		Porcentaje correcto
			Sin T. Personalidad	Con T. Personalidad	
M 1	BDI				
Paso 1	Grupo	Sin T Personalidad	101	37	73,2
		Con T Personalidad	48	96	66,7
		Porcentaje global			69,9
M 2	+ PANAS				
Paso 2	Grupo	Sin T Personalidad	101	37	73,2
		Con T Personalidad	44	100	69,4
		Porcentaje global			71,3
M 3	+ CEY-VR-total				
Paso 3	Grupo	Sin T Personalidad	111	27	80,4
		Con T Personalidad	34	110	76,4
		Porcentaje global			78,4

En Tabla 45, podemos observar los coeficientes de Wald, su significación, la Beta y las Odds Ratio, para la depresión, afecto positivo y afecto negativo y el CEY-VR-total, siendo este último un predictor significativo que incrementa la variancia explicada en un 11 % en relación a la depresión y un 7 % en relación a la Depresión, y el Afecto Positivo y Negativo.

Tabla 45. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP como función del BDI, Afecto Positivo y Afecto Negativo y el CEY-VR-total.

	B	E.T.	Wald gl(1)	p	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
BDI	0,02	0,02	0,39	,532	1,02	0,97	1,06
Afecto Negativo	0,02	0,02	0,50	,478	1,02	0,97	1,07
Afecto Positivo	-0,02	0,03	0,42	,516	0,98	0,94	1,03
CEY-VR-total	0,03	0,01	40,14	,000	1,03	1,02	1,04
Constante	-6,69	1,18	32,05	,000	0,01		

Las variables Psicopatológicas (Índice de Severidad global del SCL-90-R), la Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), los síntomas de Trastorno de la Personalidad (PDO-4+) y los Esquemas (Escala CEY-VR) como predictores de la presencia/ausencia de los Trastornos de la Personalidad: análisis de regresión logística. Se realizó un análisis de la regresión logística con la variable de resultado de psicopatología de la personalidad (Presencia de Trastornos de la Personalidad = 1 vs. Eje I sin TP =0), y como predictores entraron en primer lugar (método Introducir) los síntomas generales y malestar evaluados mediante el Índice de Severidad Global (GSI del SCL-90), en segundo lugar (método Introducir) entraron como predictores los rasgos de personalidad de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa, evaluados mediante la PANAS, en tercer lugar (método introducir) entró la puntuación directa del PDQ-4+ y en cuarto lugar (método introducir) la puntuación total del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR). El total de la muestra fue de N=171 sujetos, con un grupo de 103 Trastornos de la Personalidad, y un grupo de 68 con Trastornos del Eje I, sin TP.

Primer paso: El test del modelo completo con el Índice GSI (malestar general) como predictor en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (1, n=171)=30,99 p <0,0001]. La prueba de Hosmer y Leviwhow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 1,91 p > 005). El índice de de Severidad Global en su conjunto clasificaba correctamente un 68,4 % del total del grupo y se mostraba un predictor fiable para diferenciar entre la presencia y la ausencia de TP, [Wald= 23,36; p < ,000; B= 1,55; Odd Ratio =4,734, Intervalo de confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 2,52 y Superior= 8,89].

Segundo paso: El test del modelo completo del Índice de Severidad Global (GSI del SCL-90), con los rasgos de personalidad de Afecto Positivo y Afecto Negativo como predictores en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (3, n=172) =35,65 p <0,0001]. La prueba de Hosmer y Leviwhow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 8,39 p > 005).

Los predictores, Índice GSI del SCL-90-R y los rasgos de Afecto positivo y negativo, en su conjunto clasificaban correctamente 70, 2 % de los casos del grupo. En lo que concierne a la capacidad predictiva el Índice GSI [Wald= 8,70 p < ,01; B= 1,11; Odd Ratio = 3,018,

Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,449 y Superior= 6,286], y el Afecto Negativo [Wald= 3,98 $p < ,010$; B= 0,62; Odd Ratio =1,064; Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,011 y Superior= 1,131] se mantienen como predictores fiables para diferenciar entre la presencia y ausencia de TP. En cambio, el Afecto positivo no surge como predictor [AP: Wald= 0,421 $p > 0,05$; B -0,16; Odd Ratio =0,934]

Tercer paso: El test del modelo completo del Índice de Severidad Global (GSI del SCL-90), con los rasgos de personalidad de Afecto Positivo y Afecto Negativo y con la puntuación directa del PDQ-4+ como predictores en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (4, n=172) =68,90 $p < 0,0001$]. La prueba de Hosmer y Levihow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-square (8)= 10,96 $p > 0,05$).

En su conjunto, estos predictores en su conjunto clasificaban correctamente 78,9 % de los casos del grupo. Por lo que concierne a los índices del análisis de regresión la puntuación total del PDQ-4 [Wald= 22,15 $p < ,0001$; B= 0,112; Odd Ratio = 1,119, Intervalo de Confianza 95,0% para la Odds ratio: Inferior= 1,068 y Superior= 1,172], era el predictor significativo para diferenciar entre la presencia y ausencia de TP. En cambio, no se mantenían como predictores significativos estadísticamente el Índice GSI del SCL-90 [GSI: Wald= 0,19 $p > 0,05$; B= 0,20; Odd Ratio = 1,225], ni el Afecto Negativo [AN:Wald= 0,82 $p > 0,05$; B= 0,32; Odd Ratio =1,034]; ni tampoco el Afecto Positivo [AP: Wald= 2,45 $p > 0,05$; B -0,45; Odd Ratio =0,956].

Tal como hemos visto en el ejemplo anterior estos tres primeros pasos son iguales, en este cuarto paso tenemos dos posibilidades entrar los esquemas como predictores o la puntuación total del CEY. A continuación vamos a mostrar primero la puntuación total del CEY y después entraremos los 15 esquemas.

Cuarto paso con CEY-VR-total: En este paso se incluyeron la puntuación total del CEY a los predictores anteriores. El test del modelo completo como predictor en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (5, n=172)=107,89 $p < 0,000$]. La prueba de Hosmer y Levihow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo

se ajustaba a lo esperado (Chi-square (8)= 9,18 $p > 005$). Este modelo tal como podemos observar en la Tabla 82, en su conjunto clasificaban correctamente 83 % de los casos del grupo.

Tabla 46. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP de la depresión, Afecto Positivo y Afecto Negativo y el CEY-VR-total.

Observado	Pronosticado			
	Grupo		Porcentaje correcto	
	Sin T. Personalidad	Con T. Personalidad		
M 1 GSI				
Paso 1 Grupo	Sin T Personalidad	40	28	58,8
	Con T Personalidad	26	77	74,8
	Porcentaje global			68,4
M 2 + PANAS				
Paso 2 Grupo	Sin T Personalidad	41	27	60,3
	Con T Personalidad	24	79	76,7
	Porcentaje global			70,2
M 3 + PDQ-4+				
Paso 3	Sin T Personalidad	47	21	69,1
	Con T Personalidad	15	88	85,4
	Porcentaje global			78,9
M 4 + CEY-VR-total				
Paso 4 Grupo	Sin T Personalidad	54	14	79,4
	Con T Personalidad	15	88	85,4
	Porcentaje global			83,0

En la Tabla 47, observamos que los predictores significativos para diferenciar entre la presencia y la ausencia de TP en este último paso fueron la puntuación total del PDQ-4 y el CEY-VR-total. Sin embargo, el Índice GSI del SCL-90, el Afecto Positivo, el Afecto Negativo no mantenían la significación.

En resumen, la puntuación total del CEY-VR mostró una variancia explicada de un 14,6% en comparación con el Índice GSI del SCL-90, de un 12,8 % a el modelo del GSI y de la Afectividad Positiva y Negativa, y un 4,1 % cuando se introduce en el modelo los síntomas de TP del PDQ-+4.

Tabla 47. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP como función del BDI, Afecto Positivo y Afecto Negativo y el CEY-VR-total.

4 paso	B	E.T.	Wald gl(1)	p	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
GSI	-1,21	0,64	3,56	0,06	0,30	0,09	1,05
Afecto Negativo	0,00	0,04	0,00	0,98	1,00	0,92	1,09
Afecto Positivo	-0,05	0,04	1,84	0,17	0,95	0,89	1,02
PDQ-R+	0,07	0,02	7,94	0,00	1,07	1,02	1,13
CEY-VR-total	0,05	0,01	27,03	0,00	1,05	1,03	1,07
Constante	-9,17	2,00	21,09	0,00	0,00		

Cuarto paso con los Esquemas: En este paso se incluyeron los 15 escalas del CEY a los predictores anteriores (Tabla 48). El test del modelo completo como predictor en contra del modelo de sólo la constante fue significativo [Chi-cuadrado (19)=128,88 p <0,000]. La prueba de Hosmer y Leviwhow de bondad de ajuste del modelo indicaba que el modelo se ajustaba a lo esperado (Chi-schare (8)= 14,37 p > 005). Este modelo tal como podemos observar en la Tabla 48, en su conjunto clasificaban correctamente 85,4 % de los casos del grupo.

Tabla 48. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP del BDI, PANAS, PDQ-4+ y las escalas del CEY-VR

Observado			Pronosticado		
			Grupo		Porcentaje correcto
			Sin T. Personalidad	Con T. Personalidad	
M 1	GSI	Porcentaje global	68,4		
M 2	+ PANAS	Porcentaje global	70,2		
M 3	+ PDQ-4+	Porcentaje global	78,9		
M 4	+ Escalas CEY-VR				
Paso 4	Grupo	Sin T Personalidad	54	14	79,4
		Con T Personalidad	11	92	89,3
		Porcentaje global			85,4

Para finalizar, los esquemas de Desconfianza, Vulnerabilidad Peligro, Apego, Grandiosidad surgían como predictores significativos conjuntamente con Afecto Positivo (puntuaciones bajas), la puntuación total del PDQ-4+ y el índice GSI (Tabla 49). En cambio el Afecto Negativo perdía su significación.

En resumen, la puntuación total del CEY-VR aportaba una variancia explicada de un 17% en comparación con el Índice GSI del SCL-90, de un 15,4 % a el modelo del GSI y de la Afectividad Positiva y Negativa, y un 6,5 % cuando se introduce en el modelo los síntomas de TP del PDQ+4. En este caso mejora la capacidad predictiva incremental que la puntuación total del CEY.

Tabla 49. Coeficientes Beta, Wald y Odds Ratio para la clasificación de la presencia/ausencia de TP como función del GSI, PANAS y las escalas del CEY-VR (sólo esquemas $p < 0,05$).

4 paso	B	E.T.	Wald gl(1)	p	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
GSI	-1,95	0,78	6,20	0,01	0,14	0,03	0,66
Afecto Negativo	0,04	0,05	0,51	0,47	1,04	0,93	1,16
Afecto Positivo	-0,12	0,05	5,97	0,01	0,89	0,81	0,98
PDQ-R+Total	0,09	0,03	7,77	0,01	1,09	1,03	1,16
Desconfianza	0,20	0,08	6,69	0,01	1,23	1,05	1,43
Vulnerabilidad	0,18	0,08	5,28	0,02	1,20	1,03	1,41
Peligro							
Apego	0,14	0,06	5,13	0,02	1,15	1,02	1,31
Grandiosidad	0,20	0,08	5,36	0,02	1,22	1,03	1,44
Constante	-10,29	2,65	15,05	0,00	0,00		

4.2.1.4. Sensibilidad al cambio

El modelo de la Terapia de Esquemas propone una serie de intervenciones para modificar estos Esquemas. Un elemento importante y clave para mostrar la validez del modelo es que el cuestionario que se deriva sea sensible a la intervención psicológica. Además, y no sólo desde la perspectiva clínica si no también desde la perspectiva psicométrica es importante determinar en términos de validez, si el cuestionario es capaz de recoger y mostrar cambios en las puntuaciones de los esquemas en función de distintos tipos de intervenciones.

El cuestionario para tener validez debería ser sensible a) a la no intervención, b) a las intervenciones basadas en cambios de esquemas tal como propone el modelo teórico de intervención, c) a si aplicamos técnicas de intervención centradas en los síntomas y orientadas a la resolución de problemas como puede ser las intervenciones de la terapia cognitivo conductual en el Eje I d) debería recoger cambios diferenciales si aplicamos estrategias derivadas de otros modelos de terapia tal como los psicodinámicos e) y además

esta estabilidad debería mantenerse a lo largo del tiempo. Para intentar testear esta validez se van a presentar dos tipos de datos:

- 1) **Sin intervención:** En primer lugar cuando comparamos las medias de los esquemas en un grupo de 15 individuos donde no existe ningún tipo de intervención psicológica a las 6 semanas. Un grupo de 15 usuarios, 12 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 35,33 años, que estaban en lista de espera para entrar en una psicoterapia se les volvió a administrar el cuestionario de esquemas a las 6 semanas. 46,7 % recibieron un diagnóstico de Conducta adictiva, un 26,6 % recibió un diagnóstico de T. Estado de Ánimo y un 20 % recibió un diagnóstico de trastorno de ansiedad. El 46.7 % recibió un diagnóstico comorbido de T. Personalidad: un 50 % de Cluster B y otro 50 % de Cluster C. El 100 % estaba de baja o en paro.

Las comparaciones de medias no paramétricas T de Wilcoxon, con valores estandarizados, no son significativas para ninguno de los esquemas en los dos intervalos de administración del cuestionario de esquemas (Figura 11).

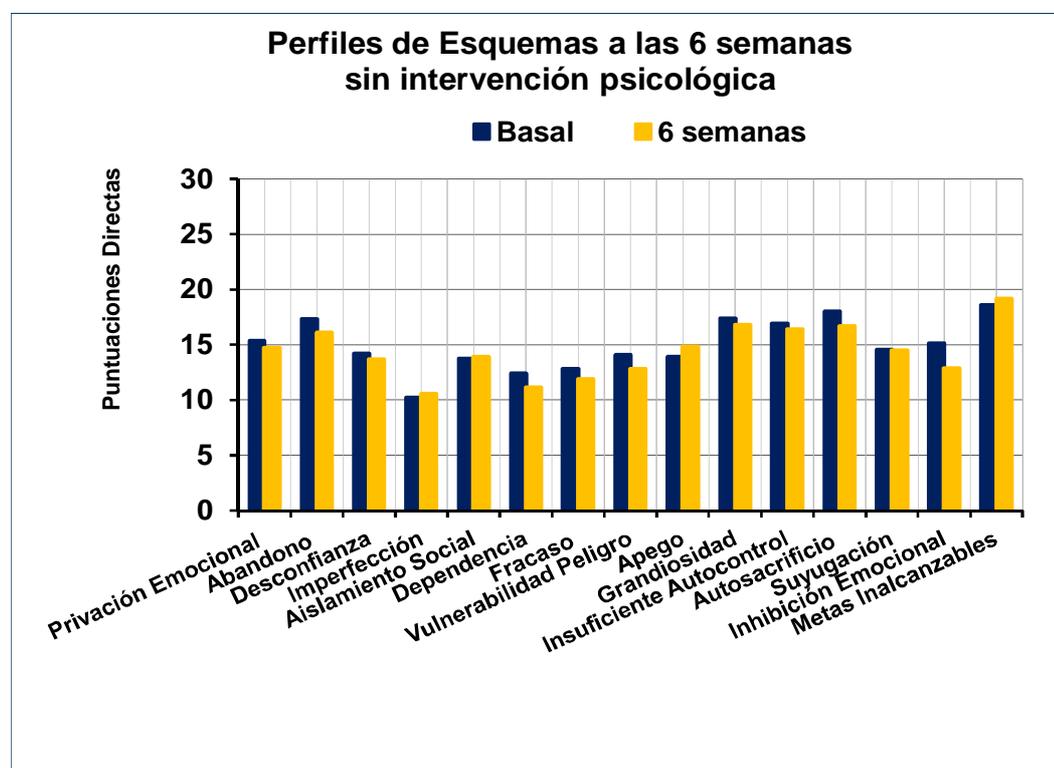


Figura. 11. Perfiles de Esquemas a las 6 semanas sin intervención psicológica.

2) **Sensibilidad al Cambio en las Terapias Psicológicas:** Presentaremos un estudio de sensibilidad global a la intervención, comparación de medias apareadas antes y después de la terapia psicológica, formado por todas el siguiente grupo de intervenciones:

- a) **Grupo Trastorno Distímico:** 5 mujeres con un diagnóstico de trastorno distímico de 6 años de evolución, con 4 años de seguimiento en un CSM, todas ellas con tenían prescrito un tratamiento farmacológico: antidepresivos o con combinación de antidepresivos y ansiolíticos. La edad media de 48 años, un 80 % tenían antecedentes personales de trastorno psiquiátrico y también antecedentes de tratamiento psiquiátrico. El 80 % de la muestra había recibido un diagnóstico de trastorno de la personalidad: 2 TP histriónico y 2 TP por dependencia. Todas ellas tenían antecedentes psiquiátricos en la familia. El grupo de terapia fue de 22 sesiones, con una frecuencia semanal y de duración de una hora y media. Tenía como objetivo modificar las estrategias de afrontamiento que utilizaban para hacer frente al estado de ánimo, emociones negativas y eventos estresantes. El programa de intervención era una adaptación del modelo Coping Skills to Depression.
- a) **Grupo de Terapia en Pacientes con Rasgos Neuróticos de Personalidad:** Grupo de 9 mujeres con una media de edad de 40,11 años, reciben un diagnóstico de trastorno de la personalidad: 77,8 % TP histriónico y 2 TP no especificado, un 77,8 % recibe un diagnóstico comórbido de eje I de trastorno depresivo y 22,2 de trastorno de ansiedad. De estas, un 66,7 % tenían antecedentes de tratamiento previo, 89,9 % tenía antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. El grupo de terapia psicodinámico centrado en modificar los mecanismos de defensa y mejorar su adaptación al medio con una duración de 36 sesiones una vez a la semana y de una hora y media. Las técnicas de intervención se basaban en el técnicas de psicodrama y en la interpretación de los mecanismos de defensa.
- b) **Grupo de Terapia Cognitivo-Conducutal para el Eje I:** La muestra se componía de 5 mujeres y 3 hombres, de una media de edad de 24,87 años. El diagnóstico de Eje I fue: 4 Trastorno de Ansiedad, 2 Trastornos del Estado de ánimo, 1 T. Dependencia al alcohol y un Trastorno alimentario 62,5 % recibieron un diagnóstico comórbio de trastorno de la personalidad. Por lo que se refiere a los

antecedentes psiquiátricos personales y familiares un 62 % los habían reerido. Todos ellos estaban tomando tratamiento farmacológico del tipo antidepresivo, 2 de ellos conjuntamente con ansiolíticos. Todos ellos recibieron terapia cognitivo conductual para el eje I. Se realizó para cada uno de los 6 casos, la conceptualización del caso según el modelo de terapia cognitiva, y se utilizó esta conceptualización como guía para desarrollar la intervención posterior (Referencias). En ningún momento y a pesar de que existía comorbilidad psiquiátrica con el Eje II se utilizaron estrategias de terapia cognitiva para el Eje II. Recibieron como media de 22 sesiones individuales de terapia de 45 minutos con una frecuencia quincenal.

- c) **Terapia de Esquemas en los Trastornos de la Personalidad:** Un grupo de 10 usuarios con un diagnóstico de trastorno de la personalidad a quienes se aplicó Terapia de Esquemas, comparamos las intervenciones antes y después de la terapia. La muestra estaba compuesta por un 10 sujetos, un 60 % de mujeres, con una media de edad de 31,61 años. El diagnóstico de Trastorno del Eje I: 1 TP límite sin Eje I, 3 T por dependencia al alcohol, 3 T depresivos y 3 T de ansiedad. En lo que concierne al diagnóstico de TP, 4 de TP Cluster B: 2 Histriónico, 1 Límite y 1 Narcisista, y 5 TP de Cluster C: 4 dependientes, 1 evitativo, y un No especificado. El 70 % con antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, y antecedentes familiares. El 100 % estaban con tratamiento farmacológico. Todos ellos estaban recibiendo un tratamiento en un Centro de Salud Mental para el TP. Aceptaron entrar en tratamiento para su trastorno de la personalidad y se les aplicó el Protocolo Ambulatorio de la Terapia de Esquemas en los Trastornos de la Personalidad (Cid, 1997; 2001). El grupo de 10 usuarios recibieron una media de 48 sesiones, mínimo 45-máximo 60 sesiones de Terapia de Esquemas.
- d) **Terapia de Grupo en la Patología Dual:** Grupo de 6 individuos, 5 hombres (83,3%) y una mujer, con una media de edad de 41,83 años de edad. Todos ellos con un diagnóstico de Eje I de Trastorno por dependencia al alcohol y de Trastorno de personalidad: 4 de Cluster C y 2 No Especificado. Todos ellos estaba tomando psicofármacos. Un 83,3 % no tenido antecedentes psiquiátricos personales ni había

recibido tratamiento psiquiátricos previos, un 66,6 % tenía antecedentes familiares. Todos ellos estaban con tratamiento farmacológico y con tratamiento de interdictos del alcohol. El tiempo de abstinencia medio del grupo era de 1 año y 5 meses. Grupo de Prevención de Recaídas para la patología dual (Cid, Tejero y Guardia; 1996; 2000): El protocolo de intervención grupal que se desarrolló en la Unidad de Conductas Adictivas y que se basaba en la integración del modelo de Prevención de Recaídas de A. Marlatt y la Terapia de Esquemas desarrollada por Jeff Young, constaba de 36 sesiones de terapia grupal de frecuencia semanal y de una hora y media duración.

La muestra total fueron 53 participantes , 24 hombres y 29 mujeres, con una edad media de 35,85 años (de=12,03). Los diagnósticos que recibieron fueron: 17 de Trastorno por Dependencia a Sustancias, 17 de Trastorno del Estado de Ánimo, 12 de Trastornos de Ansiedad, 6 Trastornos de personalidad sin Eje I y un participante un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Para calcular la sensibilidad al cambio del CEY ante distintos tratamientos psicológicos se van a realizar análisis de medidas repetidas, comparaciones de medias no paramétricas (t de Wicolxon) entre los distintos momentos de la intervención psicológica (pre- y post). Los resultados mostraron diferencias significativas antes y después de la intervención en seis esquemas y en la puntuación total del CEY-VR (Tabla 50) En todos los casos la puntuación de los esquemas es menor la finalizar la intervención (post-).

Tabla 50. Sensibilidad al cambio de las escalas del CEY-VR en terapias en las terapias psicológicas.

Escalas CEY-VR	Pre-		Post-		T	p <
	M	DE	M	DE		
Privación Emocional	18,19	(7,47)	14,86	(7,61)	-2,93	0,01
Abandono	17,16	(6,99)	15,38	(6,66)	-2,39	0,05
Fracaso	15,83	(6,21)	14,55	(6,64)	-2,01	0,05
Autosacrificio	17,15	(6,50)	16,19	(6,31)	-2,48	0,05
Metas Inalcanzables	20,16	(4,37)	17,88	(4,86)	-2,29	0,05
CEY-VR-total	237,61	(62,24)	216,08	(65,84)	-2,01	0,05

4.2.2 Validez Convergente y Discriminante

4.2.2.1. CEY-VR y variables de personalidad

Se estudió la relación del CEY-VR y sus escalas con distintas escalas que miden rasgos de personalidad: Susceptibilidad al Castigo y Susceptibilidad a la Recompensa (SCSR), Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), Escalas de Personalidad del Karolinska (KSP) y Escala de Impulsividad de Barrat (BIS).

Para ello se realizaron análisis de correlación de Pearson y análisis de regresión múltiple considerando cada una de las escalas de esquemas como variable dependiente y los rasgos de personalidad de cada modelo como variables predictoras.

Para cada escala del CEY-VR se calculó la correlación de Pearson con cada una de las variables de personalidad del modelo considerado, las correlaciones semiparciales (indicadoras del porcentaje de variancia que explica específicamente y de manera diferenciada cada variable respecto al resto de variables) y la correlación múltiple al cuadrado (R^2) que nos indicaba el porcentaje de variancia de cada escala del CEY-VR que era explicado por el conjunto de rasgos de personalidad de cada cuestionario.

Las escalas de la PANAS como predictores de las puntuaciones en el CEY-VR: El análisis de las correlaciones entre las escalas del *CEY* y la Escala PANAS, mostró una asociación positiva entre el Afecto Negativo (AN; positiva) y los 15 Esquemas (Tabla 51).

Todas ellas alcanzaron niveles de significación una vez aplicada la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$), los valores de “*r*” oscilaron entre $r=0,32$ para Metas Inalcanzables y $r=0,54$ para la Vulnerabilidad al Peligro. El coeficiente de correlación entre AN y la puntuación total (CEY-VR-total: $r = 64$; $p < 0,001$) fue elevado.

En cambio, la asociación fue opuesta entre Afecto Positivo (AP; negativa) y los esquemas. Los coeficientes de correlación fueron significativos para 13 de los 15 Esquemas, los

valores de “r” oscilaron entre $r=0,14$ para Grandiosidad y Desconfianza y $r=0,44$ para Fracaso, lo que indicaba unos valores entre bajos y moderados. Los dos esquemas que no se asociaron significativamente con AP fueron Autosacrificio y Metas Inalcanzables. El coeficiente de correlación entre AP y la puntuación total (CEY-VR-total: $r = -0,35$; $p < 0,001$) fue bajo.

En los coeficientes de correlación semiparcial se observaron tendencias muy parecidas a las obtenidas en las correlaciones de Pearson en el Afecto Negativo, asociación positiva y rangos entre bajos y moderados, una vez controlado el efecto del Afecto Positivo, destacando la relación de AN con Vulnerabilidad al Peligro ($r=0,50$) y de la puntuación total del CEY-VR ($r= 0,55$). En lo que respecta a las correlaciones semiparciales entre el Afecto Positivo y los esquemas se encontraron asociaciones negativas y significativas entre Afecto Positivo y los esquemas de Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso y Subyugación. Los valores fueron entre bajos y moderados, no siendo así para la puntuación total del CEY-VR ($r=-0,16$), con muy poca asociación.

En relación a la variancia explicada por Afecto Negativo y Afecto Positivo para cada uno de los esquemas osciló entre el 11% para Metas Inalcanzables y el 33 % para Dependencia, el porcentaje de variancia explicado de la puntuación total del CEY-VR fue de un 40%.

Por último, destacar que las correlaciones semiparciales para Afecto Negativo son bastante parecidas a las correlaciones de Pearson, mientras que las semiparciales per Afecto Positivo fueron claramente inferiores que las correlaciones de Pearson. En conjunto, dichos resultados indicarían que la mayor parte de varianza que explica la PANAS de las variables del CEY-VR sería atribuible a Afecto negativo.

Tabla 51. Las escalas de la PANAS como predictores de las puntuaciones del CEY-VR y de sus escalas: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Escala PANAS				R^2
	Afecto Negativo		Afecto Positivo		
	r	sr	r	sr	
Privación Emocional	0,39 *	0,33 *	-0,22 *	-0,11	0,16
Abandono	0,44 *	0,41 *	-0,16 *	-0,03	0,19
Desconfianza	0,43 *	0,40 *	-0,14 *	-0,01	0,18
Imperfección	0,47 *	0,39 *	-0,32 *	-0,18 *	0,25
Aislamiento Social	0,49 *	0,39 *	-0,38 *	-0,24 *	0,30
Dependencia	0,50 *	0,39 *	-0,42 *	-0,28 *	0,33
Fracaso	0,43 *	0,31 *	-0,44 *	-0,32 *	0,28
Vulnerabilidad Peligro	0,54 *	0,50 *	-0,19 *	-0,03	0,29
Apego	0,34 *	0,31 *	-0,16 *	-0,05	0,12
Grandiosidad	0,39 *	0,33 *	-0,14 *	-0,03	0,13
Insuficiente Autocontrol	0,41 *	0,33 *	-0,33 *	-0,21	0,21
Autosacrificio	0,33 *	0,34 *	-0,01	0,09	0,12
Subyugación	0,46 *	0,39 *	-0,28 *	-0,14 *	0,23
Inhibición Emocional	0,33 *	0,28 *	-0,20 *	-0,10	0,12
Metas Inalcanzables	0,33 *	0,33 *	0,03	0,07	0,11
CEY-VR-total	0,64 *	0,55 *	-0,35 *	-0,16 *	0,40

$n= 531$ para PANAS. Significación (p): * $p < 0,0001$

Las escalas del SCSR como predictores de las puntuaciones en el CEY-VR: Los coeficientes de correlación entre las escalas del CEY-VR y la Escala Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SCSR), mostraron una asociación positiva entre los esquemas y las dos escalas del SCSR (Tabla 50).

La escala Sensibilidad al Castigo (SC) mostró asociaciones positivas y significativas con cada todas las escalas del CEY-VR ($p < 0,05$), a excepción de Grandiosidad. No obstante, cuando se aplicó la corrección de Bonferroni, tres esquemas perdieron la significación: Apego, Autosacrificio y Metas inalcanzables. Los coeficientes de correlación fueron moderados, y los valores de “r” oscilaron entre $r=0,19$ para Autosacrificio y $r=0,61$ para Dependencia. El coeficiente de correlación entre SC y la puntuación total (CEY-VR-total: $r = 63$; $p < 0,0001$) fue elevado.

Del mismo modo, se encontraron asociaciones positivas y significativas entre la Susceptibilidad a la Recompensa (SR) en 3 de los 15 esquemas: Grandiosidad ($p <$

0,0001), Apego ($p < 0,01$) y Abandono ($p < 0,05$). No obstante, al aplicar la corrección de Bonferroni, sólo se mantuvo significativa Grandiosidad, con un índice de correlación moderado de $r=0,40$.

Las correlaciones semiparciales que indican la influencia de cada variable sin el efecto de la otra, mostraron la misma tendencia que el análisis de correlación de Pearson. En Sensibilidad al Castigo se obtenían índices de asociación con los mismos esquemas (con rangos entre moderados y altos) muy parecidos a los obtenidos con las correlaciones de Pearson. Esto se debe a la escasa asociación de la Sensibilidad a la Recompensa con los esquemas, que, siguiendo la misma tendencia observada en la correlación de Pearson, el esquema de Grandiosidad fue el único que se mostró relacionado con esta dimensión.

Por último, la Sensibilidad al Castigo y la Sensibilidad a la Recompensa explicaban una variación que osciló entre el 4 % para Metas Inalcanzables y el 40 % para Dependencia. En cambio la Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa explicaban, ambas escalas consideradas conjuntamente, un 42% de la puntuación total del CEY.

Tabla 51. Las escalas de la SCSR como predictores de las puntuaciones del CEY-VR y de sus escalas: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Escala SCSR				R^2
	Sensibilidad Castigo		Sensibilidad Recompensa		
	r	sr	r	sr	
Privación Emocional	0,40 *	0,39 *	0,02	0,01	0,16
Abandono	0,40 *	0,40 *	0,18	0,18	0,20
Desconfianza	0,32 *	0,31 *	0,17	0,17	0,13
Imperfección	0,52 *	0,51 *	0,12	0,11	0,28
Aislamiento Social	0,60 *	0,60 *	0,07	0,01	0,36
Dependencia	0,61 *	0,61 *	0,16	0,15	0,40
Fracaso	0,46 *	0,47 *	-0,11	-0,12	0,23
Vulnerabilidad Peligro	0,36 *	0,36 *	0,17	0,16	0,16
Apego	0,25	0,25	0,24	0,24	0,12
Grandiosidad	0,12	0,11	0,40 *	0,40 *	0,17
Insuficiente Autocontrol	0,56 *	0,56 *	0,17	0,16	0,34
Autosacrificio	0,19	0,19	0,12	0,12	0,05
Subyugación	0,60 *	0,60 *	0,07	0,06	0,37
Inhibición Emocional	0,50 *	0,50 *	-0,04	-0,05	0,26
Metas Inalcanzables	0,20	0,18	0,07	0,07	0,04
CEY-VR-total	0,63 *	0,62 *	0,17	0,18	0,42

$n = 114$ para SCSR. Significación (p): * $p < 0,0001$

Las dimensiones de la KSP como predictores de las puntuaciones en el CEY-VR: Se calcularon los coeficientes de correlación entre los 15 Esquemas y los 5 factores de segundo orden Emocionabilidad Negativa, Inconformismo Agresivo, Búsqueda de Sensaciones impulsiva y no socializada, Alejamiento social y Socialización de la Escala de Personalidad de Karolinska (Tabla 52). Los rasgos temperamentales de Emocionabilidad Negativa se asociaron positivamente ocho esquemas, Privación emocional, Desconfianza, Aislamiento social, Dependencia, Fracaso, Insuficiente autocontrol, Subyugación y Metas inalcanzables. Los coeficientes de correlación fueron entre bajos y moderados. Las correlaciones entre las subescalas de Emocionabilidad Negativa y la puntuación total del CEY-VR-total fueron altas ($r=0,61$).

Las correlaciones semiparciales con Emocionabilidad Negativa, controlando el efecto de los otros rasgos, encontraron cinco esquemas con asociaciones positivas y significativas. Estos fueron Imperfección, Fracaso, Insuficiente Autocontrol, Subyugación y Metas inalcanzables, en este caso se perdían las asociaciones con los esquemas de la dimensión Desconexión y Rechazo. Los índices de asociación fueron bajos ninguno fue superior a 0,40.

El rasgo de Inconformismo Agresivo se asociaba positivamente con los esquemas de Desconfianza, Imperfección, Grandiosidad e Insuficiente autocontrol, con índices de correlación entre bajos y moderados. En cambio las correlaciones semiparciales no muestran ninguna asociación significativa entre el Inconformismo Agresivo y las escalas del CEY-VR.

El rasgo de Alejamiento social obtenía una asociación positiva con la Privación emocional con un coeficiente de correlación bajo de $r=0,36$. Esta significación desaparecía en los resultados del coeficiente de correlación semi-parcial ($p < 0,001$ mayor que $p < 0,0007$), donde ningún índice significativo superaba la corrección de Bonferroni entre los esquemas y el Alejamiento Social.

Por otro lado, los índices de correlación fueron negativos entre la Socialización y los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Subyugación. Estos coeficientes

eran entre bajos y moderados, a excepción de la puntuación total del CEY que fue alta ($r=0,56$). Estas asociaciones no se mantenían con las correlaciones semiparciales, donde sólo los esquemas de Grandiosidad e Insuficiente autocontrol se asociaban negativamente y significativamente con el rasgo de Socialización. Los índices de correlación eran bajos, menores a 0,30 para ambos.

Para terminar, la variancia explicada por los factores de segundo orden de la escala KSP fue de un 11 % para Autosacrificio a un 42% de Subyugación. Para la puntuación total del CEY-VR la variancia explicada por estos 4 factores fue de un 47%.

Tabla 52. Los factores de segundo orden de la KSP como predictores de las puntuaciones del CEY-VR y de sus escalas: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas	Escala de Personalidad de Karolinska										R^2
	Emocionabilidad Negativa		Inconformismo Agresivo		Busqueda Sensaciones		Alejamiento social		Socialización		
	r	sr	r	sr	r	sr	r	sr	r	sr	
Privación Emocional	0,39*	0,20	0,21	0,11	-0,03	-0,17	0,36*	0,31*	-0,37*	-0,21	0,36
Abandono	0,35	0,21	0,16	-0,05	0,19	-0,03	-0,18	-0,19	-0,35	-0,18	0,19
Desconfianza	0,36*	0,14	0,45*	0,26	0,21	-0,07	-0,02	0,02	-0,45*	-0,17	0,30
Imperfección	0,33	0,08	0,36*	0,17	0,19	-0,04	0,14	0,17	-0,46*	-0,24	0,28
Aislamiento Social	0,45*	0,22	0,27	0,06	0,22	0,04	0,21	0,23	-0,47*	-0,20	0,33
Dependencia	0,53*	0,35*	0,19	-0,05	0,25	0,05	0,03	0,03	-0,44*	-0,15	0,32
Fracaso	0,47*	0,33*	0,15	-0,03	0,19	0,06	0,12	0,12	-0,35	-0,09	0,25
Vulnerabilidad Peligro	0,37	0,27	0,16	0,09	0,02	-0,12	-0,12	-0,16	-0,16	0,00	0,13
Apego	0,31	0,22	0,15	-0,06	0,17	-0,05	-0,16	-0,17	-0,36	-0,19	0,20
Grandiosidad	0,27	0,02	0,33*	0,06	0,31	0,02	-0,13	-0,08	-0,49*	-0,29*	0,26
Insuficiente Autocontrol	0,52*	0,34*	0,34*	0,12	0,27	0,06	0,06	0,09	-0,44*	-0,08	0,33
Autosacrificio	0,26	0,20	0,02	-0,02	-0,11	-0,20	0,04	-0,04	-0,14	-0,12	0,11
Subyugación	0,58*	0,35*	0,21	-0,05	0,19	-0,04	0,12	0,10	-0,52*	-0,25*	0,42
Inhibición Emocional	0,28	0,20	0,23	0,19	0,05	-0,01	0,18	0,19	-0,18	0,03	0,15
Metas Inalcanzables	0,37*	0,37*	0,04	-0,02	-0,02	-0,09	-0,05	-0,11	-0,10	0,04	0,16
CEY-VR-total	0,61*	0,36	0,34	0,08	0,22	-0,07	0,08	0,06	-0,56*	-0,23	0,47

$n = 90$ para KSP. Significación (p): * $p < 0,0007$

Las escalas del BIS como predictores de las puntuaciones en el CEY-VR: Los índices de correlación entre la escala de Impulsividad de Barrat y las escalas del CEY-VR fueron entre moderados y bajos (Tabla 53). El único esquema que no correlacionaba significativamente con las escalas de Impulsividad del BIS fue el esquema de Apego.

La escala de Impulsividad Cognitiva correlacionaba positivamente, puntuaciones entre moderadas y bajas, con todas las escalas del CEY-VR, a excepción de Apego y Metas inalcanzables. El rango de “r” osciló entre el $r=0,17$ para Privación emocional y el $r=0,33$ para Insuficiente autocontrol. En cambio, los esquemas de Privación emocional, Desconfianza, Grandiosidad e Inhibición emocional perdieron la significación con la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$). La puntuación total del CEY-VR correlacionaba positivamente y moderadamente con la Impulsividad cognitiva ($r= 0,35$; $p < 0,001$).

La escala de Impulsividad Motora correlacionaba positivamente, con puntuaciones entre moderadas y bajas, con todas las escalas del CEY-VR, a excepción de Apego, Metas inalcanzables, Privación emocional e Inhibición emocional, estos dos último no superaron la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$). El rango de “r” osciló entre $r=0,15$ para Inhibición emocional y el $0,36$ de Dependencia. La puntuación total del CEY-VR correlacionaba positivamente y moderadamente con la Impulsividad motora ($r= 0,37$; $p < 0,001$).

La escala de impulsividad no planificada correlacionaba positivamente con puntuaciones bajas con las escalas del CEY-VR de Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Insuficiente Autocontrol que son los esquemas que se ajustan a la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$). En cambio, Desconfianza Fracaso, Autosacrificio, Metas Inalcanzables, Subyugación e Inhibición Emocional y Metas Inalcanzables con significaciones cercanas. La puntuación total del CEY-VR se asociaba positivamente y con un coeficiente de correlación bajo con la Impulsividad no planificada ($r= 0,20$; $p < 0,001$).

Por general, las correlaciones semiparciales, disminuyeron de manera importante el grado de asociación entre los esquemas y la impulsividad. Específicamente, se encontraron asociaciones positivas entre Impulsividad Cognitiva y el esquema de Fracaso, con un coeficiente de correlación bajo. También, la misma tendencia entre la Impulsividad Motora y los esquemas de Desconfianza, Dependencia y Sugyugación, con asociaciones positivas

e índices de correlación bajos. Sin embargo, no se mostraron significativos los índices de correlación parcial entre la Impulsividad no Planificada y las escalas del CEY-VR.

Las tres escalas de impulsividad, Cognitiva, Motora, y No planificada explicaban una variancia (R^2) pequeña de los esquemas, en un rango que osciló entre el 2 % para Apego y un 16 % para Dependencia. Un aspecto a destacar fue la nula aportación de la impulsividad en los esquemas de Apego, Privación Emocional, Grandiosidad e Inhibición emocional.

Tabla 53. Las escalas del BIS como predictores de las puntuaciones del CEY-VR y de sus escalas: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Escala de Impulsividad de Barrat						R^2
	Cognitiva		Motora		No planificada		
	r	sr	r	sr	r	sr	
Privación Emocional	0,17	0,10	0,14	0,07	0,12	0,05	0,04
Abandono	0,24 *	0,15	0,25 *	0,16	0,10	-0,01	0,09
Desconfianza	0,18	0,03	0,33 *	0,27 *	0,13	0,03	0,11
Imperfección	0,30 *	0,17	0,30 *	0,18	0,17 *	0,04	0,13
Aislamiento Social	0,26 *	0,11	0,29 *	0,19	0,21 *	0,10	0,12
Dependencia	0,27 *	0,10	0,36 *	0,25 *	0,22 *	0,10	0,16
Fracaso	0,32 *	0,24 *	0,22 *	0,09	0,14	0,01	0,11
Vulnerabilidad Peligro	0,25 *	0,17	0,26 *	0,17	0,07	-0,05	0,10
Apego	0,11	0,07	0,10	0,06	0,06	0,02	0,02
Grandiosidad	0,14	0,07	0,21 *	0,17	0,02	-0,06	0,05
Insuficiente Autocontrol	0,33 *	0,19	0,22 *	0,07	0,30 *	0,18	0,15
Autosacrificio	0,20 *	0,06	0,27 *	0,20	0,16	0,07	0,09
Subyugación	0,31 *	0,18	0,33 *	0,22 *	0,15	0,01	0,14
Inhibición Emocional	0,18	0,09	0,15	0,07	0,17	0,10	0,04
Metas Inalcanzables	0,07	0,11	0,09	0,08	-0,16	-0,21	0,05
CEY-VR-total	0,35 *	0,19	0,37 *	0,24 *	0,20 *	0,04	0,18

N= 173 para BIS; * Significación ($p < 0,001$)

La puntuación total de la escala de Impulsividad correlacionaba positivamente con puntuaciones con 10 escalas del CEY-VR: Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad Peligro, Insuficiente Autocontrol, Autosacrificio, Subyugación y con la puntuación total CEY-VR. Las únicas excepciones fueron Apego, Metas inalcanzables, Privación emocional, Grandiosidad e Inhibición emocional, estos tres últimos esquemas no superaban la significación de la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$). Los coeficientes de correlación fueron entre

moderados y bajos, con un rango de “r” que osciló entre $r= 0,16$ para Grandiosidad y $r=0,38$ para Dependencia. La puntuación total del CEY-VR correlacionaba positivamente y moderadamente con la puntuación total de impulsividad ($r= 0,40$; $p < 0,001$). La variancia explicada por el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado, fue muy baja no superó el 15 %. El rango de variancias fue de ninguna varianza explicada para Metas Inalcanzables al 14 % para Dependencia.

4.2.2.2. CEY-VR y variables psicopatológicas

Se estudiará la relación del Cuestionario de Esquema de Young (CEY-VR) con las distintas escalas que miden psicopatología. Tres de ellas relacionadas con la evaluación de la psicopatología desde la perspectiva cognitiva: la depresión a través del, Inventario de Depresión de Beck (BDI), las actitudes disfuncionales a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales (EAD) y la autoestima a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg, una medida general de psicopatología mediante el SCL-90-R y una medida del deseo de beber a través de la Escala de Deseo de Beber (EMCA).

Para ello se presentarán los análisis de correlación, análisis de la regresión múltiple donde se han entrado cada una de las variables de la psicopatología como variable dependiente (BDI, EAD, SCL-90-R y EMCA) y como variable independiente los esquemas, de estas informaremos de los índices de correlación parcial y los coeficientes de correlación múltiple al cuadrado (R^2) que nos indicarán la variancia explicada de los esquemas para cada variable psicopatológica.

Las escalas del CEY-VR como predictores del BDI: La escala de Depresión de Beck (BDI) mostraba asociaciones positivas con los 15 esquemas y la puntuación total del CEY-VR (Tabla 54).

Los coeficientes de correlación fueron entre moderados y altos, y el rango de “r” osciló entre $r=0,24$ para Metas Inalcanzables y $r=0,59$ para Aislamiento Social y Dependencia. Sin embargo en las correlaciones semiparciales fueron los esquemas de Dependencia, Fracaso y Vulnerabilidad al Peligro los que obtenían asociaciones significativas y bajas

con la depresión. Los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza y Aislamiento social no superaron la corrección de Bonferroni de la correlación semi-parcial. Los esquemas predecían un 54 % de la variancia (R^2) de la depresión medida por el BDI.

Por último, la asociación entre el BDI y la puntuación total de la escala del CEY-VR fue positiva y alta, ($r=0,70$), coincidía como era de esperar con la correlación semi-parcial en cuanto a valor y significación. La correlación múltiple al cuadrado de la puntuación total del CEY-VR explicaba un 50 % de la variancia de la Depresión.

Las escalas del CEY-VR como predictores del SCL-90-R: Se seleccionó el índice general de malestar (GSI) de la escala del SCL-90-R para analizar la asociación con el CEY-VR. Los resultados mostraron asociaciones positivas con los 15 esquemas y con la puntuación total del CEY-VR (Tabla 54).

Los índices de correlación fueron entre bajos y altos. El rango de “r” osciló entre $r= 0,29$ para Apego y $r= 0,59$ para Subyugación. El índice global de Severidad (GSI) se asociaba positivamente y con puntuaciones altas con la puntuación total del CEY-VR ($r=0,70$; $p < 0,001$).

Los índices de correlaciones semiparciales entre los esquemas y el índice GSI no fueron significativos, ninguna escala del CEY-VR superó la corrección de Bonferroni ($p < 0,003$).

La correlación múltiple al cuadrado de las escalas del CEY-VR explicaba un 50 % de la variancia del índice GSI del SCL-90-R.

Tabla 54. Las escalas del CEY-VR como predictores del BDI ó SCL-90-R: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	BDI			SCL-90-R		
	Depresión		Puntuación Total	Índice GSI		
	r	sr	R^2	r	sr	R^2
Privación Emocional	0,52 *	0,10		0,34 *	0,06	
Abandono	0,45 *	-0,02		0,43 *	0,12	
Desconfianza	0,52 *	0,08		0,51 *	0,06	
Imperfección	0,57 *	0,06		0,54 *	0,03	
Aislamiento Social	0,59 *	0,05		0,58 *	0,09	
Dependencia	0,59 *	0,15*		0,50 *	0,11	
Fracaso	0,54 *	0,13*		0,44 *	0,07	
Vulnerabilidad Peligro	0,48 *	0,10*		0,57 *	0,12	
Apego	0,36 *	0,00		0,29 *	-0,04	
Grandiosidad	0,42 *	0,06		0,45 *	0,03	
Insuficiente Autocontrol	0,48 *	0,01		0,43 *	-0,02	
Autosacrificio	0,33 *	0,06		0,35 *	-0,06	
Subyugación	0,52 *	-0,01		0,59 *	0,11	
Inhibición Emocional	0,38 *	-0,02		0,36 *	0,00	
Metas Inalcanzables	0,24 *	-0,04		0,31 *	0,07	
<i>Predicción escalas CEY-VR</i>			0,54			0,50
CEY-VR-total	0,70*			0,70 *		
<i>Predicción CEY-VR-total</i>			0,50			0,50

N= 281 para BDI; N=172 para SCL-90-R. Significación: * p <0,003

Las escalas del CEY-VR como predictores de la escala EAD: Las asociaciones entre la Escala de Actitudes Disfuncionales, en su puntuación total, y las escalas del CEY-VR fueron negativas, en general de moderadas a bajas (Tabla 55).

Los coeficientes de correlación oscilaron entre $r=0,19$ para Metas Inalcanzables y $r= 0,54$ para Subyugación. El único esquema que no obtenía asociaciones significativas fue el de Metas inalcanzables, al no superar la corrección de Bonferroni de significación $p <0,001$. Las correlaciones semiparciales mostraron que no había asociaciones significativas entre la

puntuación total del EAD y las escalas del CEY-VR. El coeficiente de correlación múltiple entre los esquemas y la puntuación total de la escala de actitudes disfuncionales, muestra que la variancia explicada por los esquemas fue de un 41 % de las actitudes disfuncionales.

La correlación entre la puntuación total del CEY-VR y la puntuación total de la EAD (EAD-Total) fue moderada, y negativa ($r = -0,58$ $p < 0,001$). La correlación múltiple al cuadrado fue de 34, que es la proporción de variancia que explicaba la puntuación total del CEY-VR de las actitudes disfuncionales en su puntuación total.

Las escalas del CEY-VR como predictores de la Escala de Autoestima de Rosenberg:

La escala de Autoestima de Rosenberg mostró asociaciones negativas las escalas del CEY-VR con 9 esquemas, Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad peligro y Grandiosidad. (Tabla 55).

Los coeficientes de correlación fueron bajos, siendo el más alto el que mostró el esquema de Grandiosidad ($r=0,25$). Sin embargo, no se observó ninguna asociación significativa al calcular los índices de correlación semi-parcial entre las escalas del CEY-VR y la escala de Autoestima de Rosenberg. El índice de correlación múltiple al cuadrado mostró que los esquemas explicaban un 15% de la variancia escala de autoestima de Rosenberg.

El coeficiente de correlación entre la puntuación total del CEY-VR y la escala de autoestima Rosenberg fue baja ($r=-0,25$; $p < 0,001$). El coeficiente de correlación parcial entre ambos no fue significativo. La variancia explicada (R^2) por la puntuación total del CEY-VR de la escala de autoestima de Rosenberg fue de un 5%, menor que con las escalas del CEY-VR.

Tabla 55. Las escalas del CEY-VR como predictores del EAD ó Rosenberg: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	E Actitudes Disfuncionales			E Autoestima Rosenberg		
	Puntuación Total			Puntuación Total		
	r	sr	R ²	r	sr	R ²
Privación Emocional	-0,28 *	0,08		-0,25 *	-0,15	
Abandono	-0,47 *	-0,09		-0,12 *	0,04	
Desconfianza	-0,48 *	-0,10		-0,22 *	-0,03	
Imperfección	-0,52 *	-0,08		-0,18 *	0,02	
Aislamiento Social	-0,37 *	0,00		-0,22 *	-0,02	
Dependencia	-0,45 *	-0,07		-0,24 *	-0,16	
Fracaso	-0,31 *	-0,02		-0,12 *	0,03	
Vulnerabilidad Peligro	-0,35 *	0,01		-0,23 *	-0,13	
Apego	-0,31 *	0,08		-0,07	0,07	
Grandiosidad	-0,25 *	0,01		-0,23 *	-0,13	
Insuficiente Autocontrol	-0,41 *	-0,09		-0,12	0,07	
Autosacrificio	-0,40 *	-0,11		-0,10	0,01	
Subyugación	-0,54 *	-0,13		-0,14	0,09	
Inhibición Emocional	-0,32 *	0,06		-0,13	0,01	
Metas Inalcanzables	-0,19	-0,01		-0,13	0,01	
<i>Predicción escalas CEY</i>			0,41			0,15
CEY-VR-total	-0,58			-0,25		
<i>Predicción CEY-VR-total</i>			0,34			0,05

N=114 para EAD; N= para ROS. Significación (p): * $p < 0,002$

Las escalas del CEY-VR como predictores de la Escala EMCA: La asociación entre las escalas de craving del EMCA y las escalas del CEY-VR fue positiva y los coeficientes de correlación entre moderados y bajos, tal como podemos ver en la Tabla 56. Hay que reseñar que las escalas del CEY-VR de Abandono, Autosacrificio y Metas Inalcanzables no se asociaban significativamente con ninguna de las tres escalas del EMCA: deseo global, deseo de consumir y desinhibición conductual.

El deseo global del EMCA (puntuación total) se asociaba positivamente con puntuaciones entre bajas y moderadas con las escalas del CEY-VR, a excepción de Abandono, Autosacrificio y Metas inalcanzables, a las que se le añadía Apego y Grandiosidad al aplicar el ajuste Bonferroni ($p < 0,001$). El rango de coeficientes fue de $r=0,16$ para Apego a $r=0,43$ para Dependencia. Esta escala del CEY-VR, Dependencia, fue la única que mostró unos índices de correlación semi-parcial significativos. La asociación fue positiva, a pesar de que el índice de correlación fue bajo ($r=0,25$). El coeficiente de correlación múltiple al cuadrado, mostraba que las escalas del CEY-VR predecían un 19 % de la variancia de la escala global de deseo de consumir.

La asociación fue positiva y significativa entre el deseo global del EMCA y la puntuación total del CEY-VR con coeficientes de correlación bajos ($r=0,34$; $p < 0,001$). La variancia explicada (R^2) por la puntuación total del CEY-VR fue de un 11 % de la escala global de craving.

La escala Deseo de consumir del EMCA se comportó en la misma línea que la escala de craving global, con asociaciones positivas e índices entre bajos y moderados. El rango de “r” fue de $r=0,21$ para Privación emocional, Grandiosidad e Inhibición emocional a $r=0,41$ para Dependencia. Al igual que la escala global, Dependencia fue el esquema que obtenía asociaciones significativas con la escala deseo de consumir con un coeficiente de correlación bajo ($r=0,22$). El índice de correlación múltiple al cuadrado mostraba que los esquemas explicaban un 23% de la escala de deseo de consumir.

La puntuación total del CEY-VR se asoció positivamente con la escala Deseo de consumir, con un coeficiente bajo ($r=0,34$), siendo la variancia explicada (R^2) por la puntuación total del CEY-VR de un 12% de la escala de deseo de consumir.

Por último, la escala de Desinhibición conductual del EMCA, se asociaba positivamente y con puntuaciones bajas en el esquema de Dependencia ($p < 0,001$). Cuando se aplicó la corrección de Bonferroni seis esquemas: Imperfección, Vulnerabilidad peligro, Insuficiente Autocontrol ($p < 0,01$), Subyugación, Inhibición emocional, y la puntuación total del CEY ($p < 0,05$) perdían la significación. La correlación semi-parcial mantenía esta asociación en el esquema de Dependencia, aunque con índices de correlación bajos

($r=0,20$). La variancia explicada (R^2) por los esquemas fue de un 14% de la escala de desinhibición conductual.

La puntuación total del CEY-VR se asoció positivamente con la escala de desinhibición conductual, con un coeficiente moderado $r=0,17$, con una escasa variancia explicada por la puntuación total del CEY, un 2% de la escala de deseo de consumir.

Tabla 56. Las escalas del CEY-VR como predictores del EMCA: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Escala EMCA								
	Deseo global			Deseo de consumir			Desinhibición conductual		
	r	sr	R^2	r	sr	R^2	r	sr	R^2
Privación Emocional	0,21*	0,17		0,21*	0,15		0,08	0,08	
Abandono	0,08	-0,06		0,09	-0,05		0,08	-0,01	
Desconfianza	0,24 *	0,08		0,23 *	0,06		0,13	0,06	
Imperfección	0,30 *	0,06		0,28 *	0,03		0,19	0,09	
Aislamiento Social	0,26 *	-0,07		0,27 *	-0,04		0,09	-0,11	
Dependencia	0,43 *	0,25*		0,41 *	0,22 *		0,25*	0,21*	
Fracaso	0,33 *	0,06		0,35 *	0,10		0,07	-0,11	
Vulnerabilidad Peligro	0,24 *	0,03		0,23 *	0,02		0,16	0,05	
Apego	0,16	0,03		0,19 *	0,07		0,04	-0,07	
Grandiosidad	0,20	0,01		0,21 *	0,01		0,08	-0,05	
Insuficiente Autocontrol	0,25 *	0,01		0,24 *	0,00		0,17	0,06	
Autosacrificio	0,05	-0,11		0,07	-0,09		-0,04	-0,14	
Subyugación	0,26 *	-0,03		0,26 *	-0,04		0,15	0,04	
Inhibición Emocional	0,22 *	0,04		0,21 *	0,04		0,17	0,05	
Metas Inalcanzables	0,03	-0,01		0,05	0,00		0,05	0,03	
<i>Predicción escalas CEY-VR</i>			0,19			0,23			0,14
CEY-VR Total	0,34*			0,34*			0,17*		
<i>Predicción CEY-VR-total</i>			0,11			0,12			0,02

N=173 Significación (p): * $p < 0,025$

4. 2. 2.3. CEY-VR y variables sociodemográficas.

En este apartado estudiamos la relación entre las escalas del CEY-VR y una serie de variables sociodemográficas tales como la Edad, Estado Civil, Estudios, Situación Laboral. Para todas las variables en función de las categorías de los grupos se realizaron análisis univariantes de la variancia o comparaciones de medias t-Student, a excepción de la variable edad donde se calculó un análisis correlacional.

Edad y CEY-VR: Los análisis de correlación de Pearson mostraron asociaciones negativas y significativas entre la edad y los esquemas en Aislamiento Social, Apego, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, y también en la puntuación total del CEY, con coeficientes de correlación bajos de ≤ 20 .

Comparaciones del CEY-VR con el género. En la Tabla 57, se detallan los descriptivos en función del género de las diferentes escalas del CEY-R y las comparaciones de medias mediante la t de Student, aplicando la corrección de Bonferroni ($p < 0,001$). En este caso se observaron diferencias significativas en cuanto a género en los cinco esquemas del dominio de Desconexión (Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección y Aislamiento Social), Dirigido a las necesidades de los demás (Autosacrificio y Subyugación) y el esquema de Vulnerabilidad al Peligro. En estos esquemas las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres, al igual que en la puntuación total del CEY.

Por último queremos destacar que sin la corrección de Bonferrini esta significación aumentaba a 13 de los 15 esquemas, diferencias significativas (mínimo $p < 0,05$) y sólo en dos esquemas Grandiosidad e Inhibición emocional, no se observaron diferencias a nivel de género.

Tabla 57. Descriptivos de las escalas del CEY-VR según género

Escalas CEY-VR	Hombres (N= 324)		Mujeres (N =286)		t-test (gl=608)	p
	M	DE	M	DE		
Privación Emocional	13,21	(6,14)	15,82	(7,43)	-4,68	*
Abandono	16,79	(5,89)	19,18	(6,33)	-4,82	*
Desconfianza	13,27	(5,29)	15,14	(6,25)	-3,99	*
Imperfección	10,43	(4,86)	12,24	(6,18)	-4,03	*
Aislamiento Social	12,98	(6,39)	15,64	(6,60)	-5,01	*
Dependencia	11,60	(4,95)	12,87	(5,36)	-3,03	
Fracaso	11,02	(5,35)	14,24	(5,99)	-6,95	
Vulnerabilidad al Peligro	13,70	(5,50)	16,20	(5,76)	-5,48	*
Apego	12,48	(5,42)	14,01	(6,37)	-3,18	
Grandiosidad	14,65	(5,10)	15,31	(5,23)	-1,59	
Insuficiente Autocontrol	14,80	(5,34)	15,94	(5,35)	-2,61	
Autosacrificio	15,68	(5,49)	18,60	(6,04)	-6,25	*
Subyugación	14,04	(5,37)	16,07	(5,98)	-4,36	*
Inhibición Emocional	14,59	(5,77)	14,64	(6,16)	-1,11	
Metas Inalcanzables	17,67	(4,71)	18,80	(4,85)	-2,92	
CEY-VR-total	206,92	(52,74)	234,71	(55,90)	-6,31	*

Significación (p): * $p < 0,001$

Antes de terminar este apartado, destacar que se realizaron análisis de la variancia univariantes entre las escalas del CEY-VR y las variables estado civil, estudios, y situación laboral. Los resultados mostraron que no habían diferencias entre estas variables y la puntuación total del CEY-VR. En cambio si que observaron pequeñas diferencias entre algunas escalas del CEY-VR y estas variables de las que destacamos: los participantes con el estado civil de casados puntuaban más alto en los esquemas de Vulnerabilidad al peligro y Autosacrificio en comparación con el resto de situaciones, soltero o separado/viudo. En la variable estudios, destacar que los universitarios puntuaban más alto que los participantes que realizaron estudios post-obligatorios. Por último, en relación a la situación laboral, las personas que estudian o trabajan puntúan significativamente más alto en Autosacrificio que aquel grupo que está en el paro o de baja laboral.

4.2.2.4. CEY-VR y variables clínicas y funcionales

Comparaciones de las escalas del CEY-VR y el tratamiento farmacológico: En la Tabla y la Figura se describen las comparaciones de medias t de Student de los esquemas en función de si tenían o no prescrito un tratamiento psicofarmacológico, sin tratamiento farmacológico (Sin TF; n=188) y con tratamiento farmacológico (Con TF; n= 404 (Tabla 58 y Figura 12). Los análisis revelaron diferencias significativas, con la corrección de Bonferroni, en 7 de los 15 esquemas entre el grupo Sin Tratamiento psicofarmacológico y el grupo Con tratamiento psicofarmacológico al igual que con la puntuación total del CEY. Las personas que tenían prescritos psicofármacos obtuvieron puntuaciones más elevadas en los esquemas que aquellas personas que no estaban recibiendo tratamiento farmacológico.

Por último, resaltar que los esquemas de Aislamiento Social, Autosacrificio, Metas Inalcanzables no superaron la corrección de Bonferroni a pesar de ser las diferencias de medias significativas $p < 0,05$.

Tabla 58. Comparaciones de medias de las escalas del CEY-VR en función de la presencia (Con TF) y ausencia (Sin TF) de tratamiento farmacológico (sólo con diferencias significativas)

Escalas CEY-VR	Sin TF		Con TF		t-test (590)	p <
	M	DE	M	DE		
Privación Emocional	13,20	(6,89)	15,06	(6,80)	3,04	0,002
Abandono	16,67	(6,56)	18,30	(5,96)	3,90	0,004
Desconfianza	13,20	(5,76)	14,35	(5,80)	2,63	0,009
Dependencia	11,37	(4,80)	12,59	(5,30)	2,68	0,001
Fracaso	11,24	(5,59)	13,01	(5,88)	3,47	0,007
Vulnerabilidad al Peligro	13,26	(5,63)	15,57	(5,76)	3,27	0,0001
Apego	12,24	(5,63)	13,62	(6,01)	2,65	0,008
CEY-VR-total	206,70	(56,84)	225,36	(54,31)	3,86	0,0001

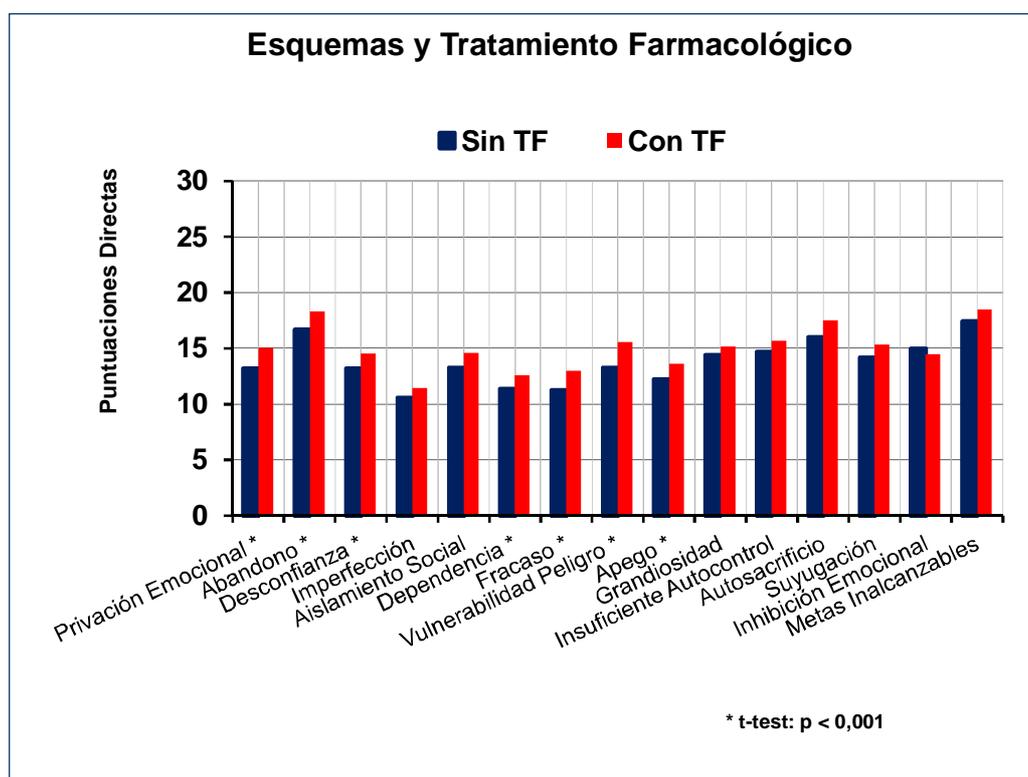


Figura 12. Escalas del CEY-VR en función del tratamiento farmacológico.

Comparaciones de las escalas del CEY-VR y los Antecedentes Personales de

Trastorno Psiquiátrico: Las comparaciones de medias t-test mostraron que existían diferencias significativas en 2 esquemas y la puntuación total del CEY, siendo mayores las puntuaciones medias de los esquemas en el grupo que presentaba Antecedentes Personales de Patología Psiquiátrica (Figura 13). Específicamente, la escala del CEY-VR de Abandono [$t(494,3) = -2,91$; $p < 0,001$], y de Desconfianza [$t(556,1) = -2,78$; $p < 0,001$].

Destacar que los esquemas de Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Subyugación, y la puntuación total del CEY [Sin APP: $M = 204,54$ ($de = 54,38$); APP: $M = 233,68$ ($de = 53,42$). $t(590) = -2,14$], no superaron la prueba de Bonferroni de corrección de la significación $p < 0,01$.

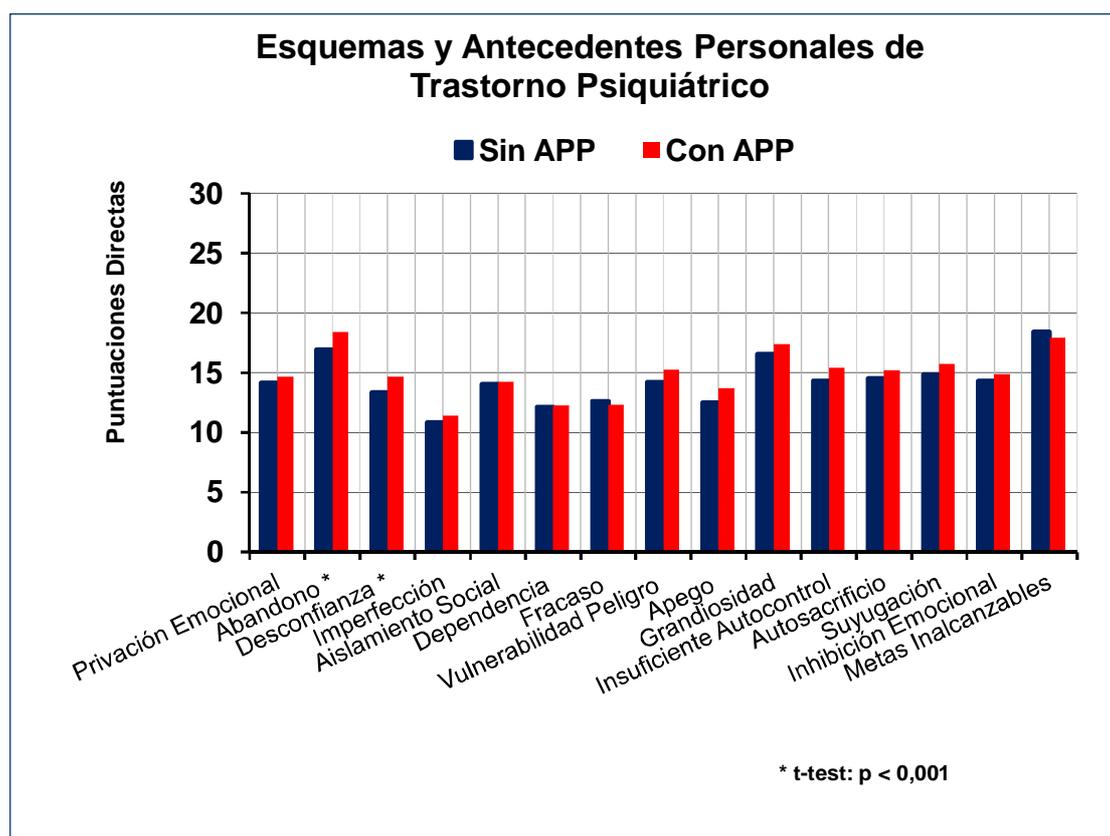


Figura 13. Comparaciones de medias de los esquemas en función de la presencia o ausencia de Antecedentes Personales de Trastorno psiquiátrico

Las escalas del CEY-VR en comparación con los Antecedentes Familiares de Trastorno Psiquiátrico: Respecto a la variable Antecedentes Familiares de Trastorno psiquiátrico (Tabla 59), las comparaciones de medias (t-test) entre el grupo que no presentaba antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico (No AF) y el grupo que sí tenía antecedentes familiares (AF), mostraron que las medias de todos los esquemas, a excepción de Metas Inalcanzables, eran significativamente mayores en el grupo que tenía antecedentes familiares psiquiátricos.

Tabla 59. Comparaciones de medias de las escalas del CEY-VR en función de la presencia (AF) u ausencia (No AF) de Antecedentes Familiares de Trastorno Psiquiátrico.

Escalas CEY-VR	No AF (N= 281)		AF (N =307)		t-test gl (586)	p
	M	DE	M	DE		
Privación Emocional	13,44	(6,93)	15,46	(6,70)	-3,58	***
Abandono	16,55	(5,99)	18,99	(6,15)	-4,87	***
Desconfianza	12,93	(5,62)	15,24	(5,84)	-4,87	***
Imperfección	10,06	(5,14)	12,21	(5,69)	-4,80	***
Aislamiento Social	13,10	(6,70)	15,20	(6,43)	-3,86	***
Dependencia	11,23	(4,90)	13,11	(5,27)	-4,46	***
Fracaso	11,18	(5,99)	13,66	(6,04)	-5,29	***
Vulnerabilidad Peligro	13,82	(5,82)	15,79	(5,58)	-4,21	**
Apego	12,06	(5,69)	14,28	(5,96)	-4,61	***
Grandiosidad	14,29	(5,39)	15,53	(4,96)	-2,87	**
Insuficiente Autocontrol	14,08	(5,04)	16,53	(5,45)	-5,63	***
Autosacrificio	16,23	(6,05)	17,85	(5,80)	-3,37	***
Subyugación	13,68	(5,50)	16,19	(5,66)	-5,43	***
Inhibición Emocional	13,97	(5,88)	15,25	(5,93)	-3,12	**
Metas Inalcanzables	17,89	(5,12)	18,37	(4,53)	-1,20	
CEY-VR-total	204,54	(54,38)	233,68	(53,42)	-6,56	***

** p < 0,01 *** p < 0,001

Las escalas del CEY-VR como predictores de la Escala HoNOS: De las cuatro escalas de la HoNOS (Tabla 60), la escala de Problemas de Conducta de la HoNOS se asoció positivamente con 4 escalas del CEY-VR, Vulnerabilidad al Peligro, Desconfianza, Aislamiento Social (p < 0,0008). Los índices de correlación fueron bajos. Por lo que se refiere a las correlaciones semiparciales, ningún índice de correlación se mostró significativo entre los esquemas y la escala de problemas de conducta. Las escalas del CEY-VR explicaban un 18 % de la variancia (R^2) de la escala de Problemas de Conducta de la escala HoNOS.

La escala de Deterioro de la HoNOS se asoció positivamente con dos escalas de CEY-VR, Privación Emocional y Fracaso (p < 0,0008), con puntuaciones bajas. Señalar que cuatro esquemas perdieron la significación estadística cuando aplicamos la corrección de

Bonferroni: Abandono ($p < 0,01$), Desconfianza, Vulnerabilidad al Peligro y Autosacrificio ($p < 0,05$). Los índices de correlación semiparcial, sólo mostraron una asociación positiva y significativa con la escala del CEY-VR de Fracaso, el coeficiente de correlación fue bajo ($r=0,27$). Las escalas del CEY-VR explicaban un 24% de la variancia de la escala de Deterioro.

La escala Problemas Clínicos de la HoNOS no mostró asociaciones con las escalas del CEY-VR ni en los coeficientes de correlación de Pearson ni en los coeficientes de correlación semiparcial. El coeficiente de correlación múltiple de los esquemas para precedir los problemas clínicos de la HoNOS, mostró que la variancia explicada fue de un 10 %.

La escala de Problemas Sociales de la HoNOS no se asociaron a nivel de correlaciones al no superar la corrección de Bonferroni. En cambio las correlaciones semiparciales que controlan el efecto de los demás esquemas mostraron una asociación positiva y significativa con el esquema de Fracaso con un índice de correlación bajo de $r=0,25$ ($p < 0,0008$). La variancia explicada (R^2) por las escalas del CEY-VR fue de un 19 % de la escala de problemas sociales de la HoNOS.

La puntuación total del CEY-VR no se asoció significativamente con ninguna de las subescalas de la HoNOS. La variancia explicada por la CEY-VR-total fue de un 4% de la escala de problemas de conducta, un 2% de la escala de Deterioro y de un 1 % para las escalas de Problemas Clínicos, y de Problemas Sociales de la escala HoNOS.

La Puntuación Total de la escala HoNOS se asoció positivamente con dos esquemas, Privación Emocional ($r=0,23$) y Fracaso ($r=0,22$) ($p < 0,001$), con unos coeficientes de correlación bajos. Ningún índice de correlación semiparcial fue significativo entre los esquemas y la puntuación total de la escala HoNOS. El porcentaje de variancia explicada por las escalas del CEY-VR fue de un 20 % de la puntuación total de la escala HoNOS. Todo al contrario, no se observó ninguna asociación significativa entre la puntuación total del CEY-VR y la puntuación total de la escala HoNOS. Así mismo, el porcentaje de variancia explicada (R^2) por la puntuación del CEY-VR de la puntuación total de la escala HoNOS fue escaso, un 2 %.

Tabla 60. Las escalas del CEY-VR como predictores de la escala HoNOS: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Health of Nation National Outcomes Scales											
	Problemas de Conducta			Deterioro			Problemas Clínicos			Problemas Sociales		
	r	sr	R ²	r	sr	R ²	r	sr	R ²	r	sr	R ²
Privación Emocional	0,10	-0,03		0,27*	0,16		0,12	0,06		0,20	0,07	
Abandono	0,12	0,00		0,19	0,15		0,07	0,01		0,15	0,18	
Desconfianza	0,27*	0,11		0,13	0,04		0,08	0,01		0,05	-0,05	
Imperfección	0,17	-0,02		0,09	0,05		0,02	-0,05		0,03	-0,08	
Aislamiento Social	0,27*	0,14		0,05	-0,11		0,11	0,09		0,17	0,19	
Dependencia	0,08	-0,07		0,02	-0,05		-0,02	-0,08		-0,01	-0,10	
Fracaso	0,07	-0,06		0,25*	0,27*		0,10	0,09		0,19	0,25*	
Vulnerabilidad Peligro	0,31*	0,16		0,18	0,08		0,14	0,10		0,06	-0,02	
Apego	0,04	-0,07		-0,11	-0,12		0,08	0,09		0,01	0,05	
Grandiosidad	0,03	-0,06		0,06	0,01		-0,05	-0,05		-0,07	-0,12	
Insuficiente Autocontrol	0,06	-0,05		-0,04	-0,12		-0,08	-0,11		-0,04	-0,05	
Autosacrificio	0,06	-0,11		0,15	0,06		0,10	0,05		0,14	0,07	
Subyugación	0,20	0,14		0,06	-0,08		0,08	0,02		0,01	-0,13	
Inhibición Emocional	0,09	-0,03		-0,03	-0,04		-0,08	-0,11		-0,05	-0,04	
Metas Inalcanzables	0,01	-0,06		0,08	0,06		-0,03	-0,03		-0,03	0,02	
<i>Predicción escalas CEY</i>			0,18			0,24			0,10			0,19
CEY Total	0,20			0,14			0,22			0,08		
<i>Predicción CEY-VR-total</i>			0,04			0,02			0,01			0,01

N=172 en HoNOS p < 0,0008

Las escalas del CEY-VR como predictores de las escalas de funcionamiento EEAG y

EEASL: La asociación entre la Escala Evaluación Actividad Global y el CEY era negativa y significativa con cuatro esquemas Privación Emocional, Aislamiento Social, Vulnerabilidad al Peligro y Autosacrificio, los índices de correlación fueron bajos. Los índices de correlación semiparcial no encontraron ninguna relación entre las escalas del CEY-VR y la escala EEAG. El coeficiente de correlación múltiple al cuadrado mostró que

las escalas del CEY-VR explicaron un 13 % de la Actividad Global.

La asociación entre la Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral y los esquemas fue negativa y significativa para la escala del CEY-VR de Fracaso, tanto para la correlación de Pearson como para la correlación semiparcial, con un índice bajo de correlación. Las escalas del CEY-VR explicaron un 16% de la variancia de la EEASL.

Tabla 60. Las escalas del CEY-VR como predictores de la escala Evaluación Actividad Global: Correlaciones de Pearson, correlaciones semiparciales y correlaciones múltiples (R^2)

Escalas CEY-VR	Escala Evaluación Actividad Global			Escala Evaluación Actividad Social y Laboral		
	r	sr	R^2	r	sr	R^2
Privación Emocional	-0,20*	-0,07		-0,14	-0,04	
Abandono	-0,14	-0,06		-0,12	-0,13	
Desconfianza	-0,12	0,05		-0,05	0,02	
Imperfección	-0,13	-0,03		0,02	0,08	
Aislamiento Social	-0,18*	-0,08		-0,10	-0,11	
Dependencia	-0,02	0,08		-0,01	0,06	
Fracaso	-0,13	-0,10		-0,17*	-0,20 *	
Vulnerabilidad Peligro	-0,18*	-0,10		-0,10	-0,06	
Apago	-0,09	-0,07		0,03	0,00	
Grandiosidad	-0,06	-0,04		0,06	0,02	
Insuficiente Autocontrol	0,02	0,13		0,10	0,13	
Autosacrificio	-0,22 *	-0,14		-0,13	-0,10	
Subyugación	-0,09	0,07		-0,02	0,07	
Inhibición Emocional	-0,02	0,03		0,12	0,08	
Metas Inalcanzables	-0,02	0,08		0,09	0,07	
<i>Predicción escalas CEY</i>			0,13			0,16
CEY-VR-total	-0,17			-0,05		
<i>Predicción CEY-VR-total</i>			0,03			0,02

$N=172$ $P < 0,003$

4.2.2.5. Perfiles de esquemas en la Psicopatología de Eje I

A nivel de validez discriminante se calcularon una serie de análisis en función de la presencia u ausencia de TP entre las distintas agrupaciones clínicas de diagnósticos de Trastornos mentales del Eje I.

Esquemas y los Trastornos Mentales sin un diagnóstico de TP: Se seleccionó del total de la muestra, aquellos pacientes que exclusivamente recibieron un diagnóstico de Trastorno del Eje I, sin la presencia de TP. De esta primera selección, se escogieron los grupos sindrómicos de Eje I que recibieron una mayor frecuencia diagnóstica. En concreto Conductas Adictivas (n=124), T. Estado ánimo (n=44), T. Ansiedad (n=63) y Otros Trastornos Mentales (adaptativos, conducta alimentaria, etc.; n=57) y se calculó un análisis de la variancia con estos cuatro grupos entrando como variables independientes las escalas del CEY. En la Tabla 61 y figura 14, se puede observar los valores de la F, la significación y los análisis de Bonferroni post-doc, para cada uno de los esquemas y para la puntuación total del CEY.

Las puntuaciones medias de 11 esquemas: Privación Emocional, Desconfianza, Impefección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad, Grandiosidad, Autosacrificio, Subyugación, Metas Inalcanzables y la CEY-VR-total fueron significativamente más altas en el grupo de trastornos del estado de ánimo, en comparación con las conductas adictivas.

Los trastornos del estado de ánimo puntuaban significativamente más alto en los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza, Aislamiento Social, Subyugación y la puntuación total del CEY en comparación con los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad puntuaban significativamente más alto en los esquemas de Desconfianza, Fracaso, Vulnerabilidad al peligro, Metas inalcanzables y el CEY-VR-total que las conductas adictivas.

Los otros trastornos mentales puntuaban significativamente menor en 4 esquemas: Privación emocional, Desconfianza, Subyugación, Aislamiento Social y la puntuación total del CEY cuando se comparaba con los Trastornos del Estado de Ánimo. Al mismo tiempo, obtenían puntuaciones significativamente mayores en 5 de los siguientes esquemas: Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro, Autosacrificio y Metas Inalcanzables, y en la puntuación total del CEY cuando se comparaba con el grupo de conductas adictivas.

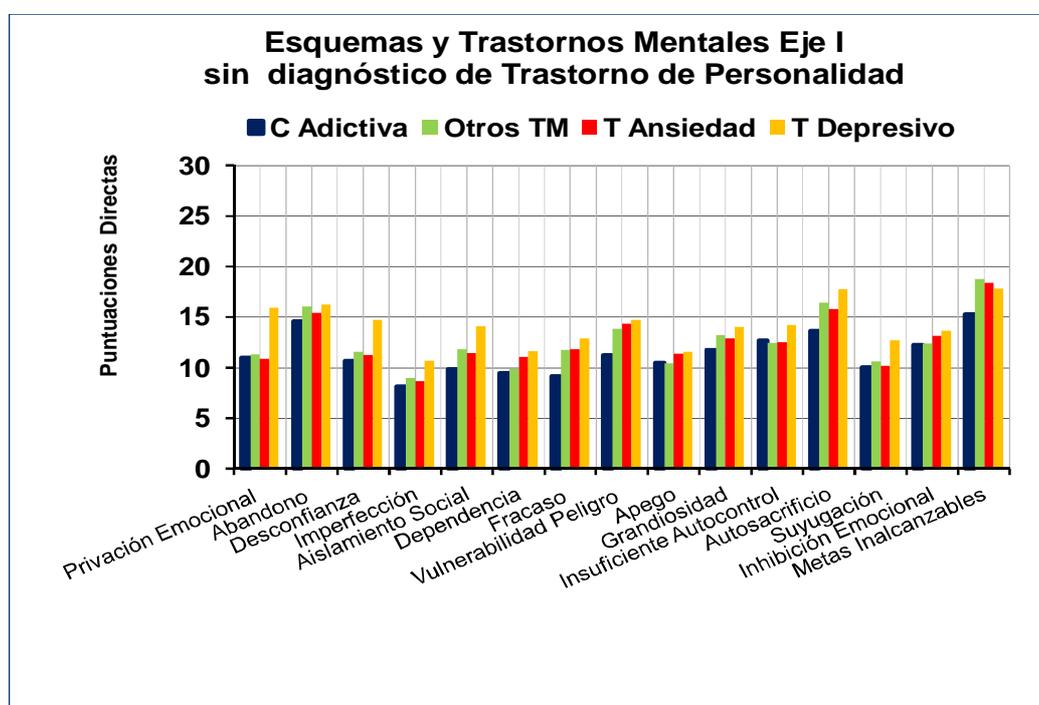


Figura 14. Perfiles de las escalas del CEY-VR en los trastornos del Eje I

Tabla 61. Análisis de la variancia de los esquemas en los T. Estado ánimo, Conductas Adictivas y T. Ansiedad, sin comorbilidad psiquiátrica de Eje II.

Esquemas	F (gl =2)	p <	Bonferroni
Privación Emocional	10,23	***	Depresión > Adictivas, Ansiedad, O TM
Abandono	1,31		
Desconfianza	8,31	**	Depresión > Adictivas, Ansiedad, O TM
Impefección	4,53	**	Depresión > Adictivas
Aislamiento Social	7,97	***	Depresión > Adictivas, Ansiedad
Dependencia	4,12	**	Depresión > Adictivas
Fracaso	8,99	***	Depresión, Ansiedad, O TM > Adictivas
Vulnerabilidad	7,80	***	Depresión, Ansiedad, O TM > Adictivas
Apego	,92		
Grandiosidad	3,29	*	Depresión > Adictivas
Insuficiente Autocontrol	1,85		
Autosacrificio	7,89	***	Depresión, O TM > Adictivas
Subyugación	4,23	***	Depresión > Adictivas, Ansiedad
Inhibición Emocional	0,99		
Metas Inalcanzables	10,58	***	Depresión, Ansiedad, O TM > Adictivas
CEY TOTAL	14,07	***	Depresión > Ansiedad = O TM > Adictivas

Significación: * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Diagnósticos Clínicos de Trastornos Mentales, Trastornos de Personalidad y CEY-

VR: En este apartado se presentan los análisis de comparaciones de medias que se calcularon para cada uno de los Trastornos del Eje I de la muestra clínica: Conductas adictivas, Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad, y Otros Trastornos Mentales, en función de la presencia comórbida o ausencia diagnóstica de un trastorno de la personalidad. Se presentan las gráficas de la puntuación media para facilitar la visualización de las comparaciones.

En la Figura 15, podemos ver las puntuaciones medias totales del CEY en los trastornos del Eje I más importantes de la muestra del estudio. Respectivamente, Conductas Adictivas, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos Mentales, tanto para el grupo sin el diagnóstico de trastorno de la personalidad (Sin TP) como para el grupo de Eje I con la presencia comórbida de trastorno de la personalidad

(Con TP). En las comparaciones de medias realizadas para la puntuación total del cuestionario de esquemas (CEY-VR-total): Conductas Adictivas, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad y un grupo genérico de otros Trastornos Mentales (se componía de T Adaptativos, T Conducta Alimentaria, T Somatoformes y T Sueño, principalmente), en función de la presencia o ausencia de trastorno de la personalidad. Los análisis muestran la misma tendencia los grupos de Trastornos Mentales y de Trastornos de la Personalidad obtienen puntuaciones significativamente mayores en el CEY-VR-total, en comparación a los grupos de Trastornos del Eje I.

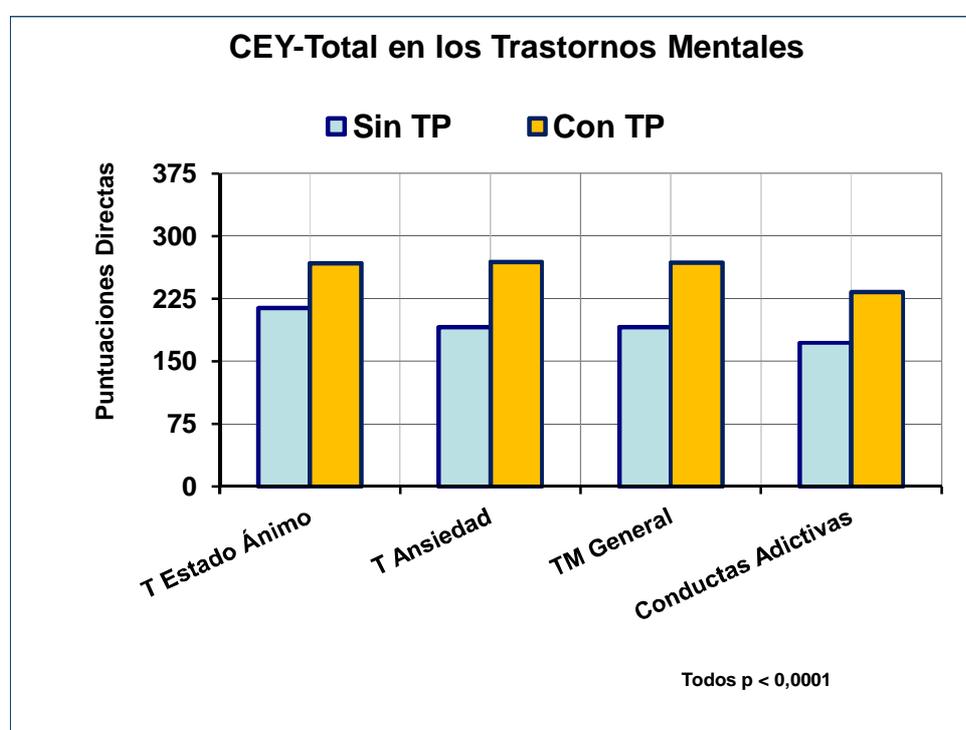


Figura 15. Puntuaciones medias del CEY-VR-total para la C. Adictiva, T Estado de ánimo, T. Ansiedad y TM General en función de la variable Presencia y Ausencia de los Trastornos de la Personalidad

4.3.2. Análisis incremental del CEY-VR en la predicción de las variables psicopatológicas con respecto a variables de personalidad

En la Depresión: Tal como hemos visto anteriormente, los esquemas predecían un 54 % de la variancia (R^2) de la depresión medida por el BDI y la puntuación total del CEY un 50

%. Los esquemas que tenían una correlación semi-parcial significativa fueron Fracaso, Dependencia y Vulnerabilidad al Peligro. Recordemos que además Privación Emocional, Desconfianza y Aislamiento Social no superaron la corrección de Bonferroni. En este apartado queremos probar si los esquemas son capaces de incrementar la variancia explicada de la Depresión cuando entran en juego otros predictores como los rasgos de personalidad, concretamente el Afecto Positivo y el Afecto. Calcularemos dos análisis de regresión, en el que seguimos el mismo procedimiento para predecir la depresión entrando en el primer paso los rasgos de Afecto Positivo y Afecto Negativo y en un segundo paso, en uno de los análisis entraremos la puntuación total del CEY-VR y en el otro, estos seis esquemas. En ambos casos se utilizó el método Introducir. El criterio de selección de los seis esquemas fue que todos ellos aparecían como predictores en los estudios de depresión.

Los análisis de regresión con la escala PANAS y la puntuación total del CEY-VR se muestra en la Tabla 62. En en primer paso, el Afecto Positivo y Afecto Negativo (negativo) explicarían un 56 % de la variancia de la depresión. En el segundo paso, se entró el CEY-VR-total, y los tres predictores mostraron significativos. La variancia incremental del CEY-VR-total fue de 8%, con una variancia final explicada por los tres predictores de un 64%.

Tabla 62. La escala de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa, y el CEY-VR-total como predictores de la Depresión (BDI-Total)

Depresión BDI-Total							
	Predictor	B	(SE)	β	t	R²	ΔR^2
Paso 1	Constante	8,09	2,26		3,57 *	0,56	
	Afecto Negativo	0,71	0,05	0,63	15,12 *		
	Afecto Positivo	-0,39	0,65	-0,26	-6,31 *		
Paso 2	Constante	-2,85	2,52		-1,13	0,64	0,08
	Afecto Negativo	0,47	0,05	0,41	8,86 *		
	Afecto Positivo	-0,28	0,06	-0,18	-4,77 *		
	CEY-VR-total	0,06	0,01	0,36	7,59 *		

n=282; * p < 0,0001

Los análisis de regresión con la escala PANAS y las escalas del CEY-VR se muestra en la tabla 63. En el primer paso, el Afecto Positivo en puntuaciones negativas (bajas) y Afecto Negativo fueron predictores de la Depresión explicando un 56 % de la variancia. En el segundo paso, se entraron los esquemas de Fracaso, Dependencia y Vulnerabilidad al

peligro, Privación emocional, Desconfianza y Aislamiento social. El Afecto Positivo (bajas) y Afecto Negativo se mantenían como predictores significativos, y los esquemas Privación emocional, Desconfianza y Fracaso serían significativos. La variancia explicada por estos esquemas sería de un 9%, y el modelo total un 65 % de la variancia de la Depresión.

Tabla 63. La escala de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa, y 6 escalas de la CEY-VR como predictores de la Depresión (BDI-Total)

Depresión: BDI							
		B	SE	β	t	R ²	ΔR^2
Paso 1	(Constante)	8,09	2,26		3,57	0,56	
	Afecto Negativo	0,70	0,04	0,62	15,12		
	Afecto Positivo	-0,39	0,06	-0,26	-6,32		
Paso 2	(Constante)	-2,36	2,45		-0,96	0,65	0,09
	Afecto Negativo	0,46	0,05	0,41	8,70 ***		
	Afecto Positivo	-0,23	0,06	-0,15	-3,68 ***		
	Privacion Emocional	0,14	0,06	0,10	2,18*		
	Desconfianza	0,18	0,08	0,11	2,29*		
	Aislamiento Social	0,14	0,08	0,05	1,73		
	Dependencia	0,17	0,09	0,09	1,85		
	Fracaso	0,17	0,07	0,10	2,25*		
	Vulnerabilidad	0,07	,007	0,04	0,91		

n=282; * p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0001

En los síntomas: Realizamos el mismo procedimiento anterior para calcular el análisis de regresión múltiple entrando como variable dependiente la severidad de los síntomas que mide el Índice GSI del SCL-90-R. Entramos como variables independientes la Afectividad Positiva y la Afectividad Negativa (PANAS), los síntomas de los Trastornos de la Personalidad (Cuestionario de Personalidad PDQ-4+) y por último las 15 escalas del CEY-VR o la puntuación total del CEY-VR. En los dos casos, se introdujo en el primer paso los rasgos de Afectividad Positiva y Negativa, en el segundo paso los síntomas de los Trastornos de la Personalidad y en el tercer paso los esquemas o la puntuación total del CEY-VR. En todos los casos el método de introducción en el análisis fue Introducir.

A continuación se describe el modelo de regresión introduciendo el CEY-VR-total en el tercer paso (Tabla 64). En el primer paso, el Afecto Positivo y Afecto Negativo fueron

predictores significativos explicando un 40 % de la variancia. En el segundo paso, se añadió como predictor la puntuación total del PDQ-4+. En este caso los tres predictores se mantenían significativos, explicando un 51 % de la variancia. En el tercer paso, se añadió la puntuación total del CEY-VR a los otros predictores. En este caso todos los predictores mostraron significación, incrementando la variancia en un 8%, y siendo la variancia explicada final de un 58 %.

Tabla 64. La escalas de Afectividad Positiva y Negativa, el cuestionario de personalidad PDQ-4+ y el CEY-VR-total como predictores de la Severidad de los Síntomas (índice GSI)

		Índice GSI					
		B	SE	β	t	R ²	ΔR^2
1 Paso	Constante	0,36	0,22		1,64	0,40	
	Afecto Positivo	0,05	0,01	0,58	9,68 ***		
	Afecto Negativo	-0,02	0,01	-0,17	-2,80 **		
2 Paso	Constante	0,04	0,21		0,17	0,51	0,11
	Afecto Positivo	0,04	0,01	0,41	6,52 ***		
	Afecto Negativo	-0,02	0,00	-0,17	-3,10 ***		
	PDQ-4+ Total	0,02	0,00	0,37	6,07 ***		
3 Paso	Constante	-0,57	0,22		-2,56 **	0,58	0,8
	Afecto Negativo	0,02	0,01	0,27	4,34 ***		
	Afecto Positivo	-0,01	0,00	-0,12	-2,43 **		
	PDQ-4+ Total	0,01	0,00	0,20	3,00 ***		
	CEY-VR Total	0,01	0,00	0,39	5,49 ***		

n=171; * p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0001

A continuación se describe el modelo de regresión incremental en el tercer paso cuando incluimos las esquemas en vez de la puntuación total del CEY-VR (Tabla 65). Los dos primeros pasos se mantuvieron como es lógico igual que en análisis que acabamos de explicar en el párrafo anterior. En el tercer paso se entraron los 15 esquemas. El análisis mostró que la Afectividad Positiva y Negativa, al igual que el PDQ-4+ fueron predictores significativos, a los que se le añadieron dos esquemas de los 15 que mide la escala del CEY-VR. Los esquemas fueron Vulnerabilidad al peligro y Dependencia. El análisis de la variancia mostró que el primer paso explicó un 40 % de variancia, el segundo paso cuando se añadió los síntomas de personalidad se incrementó la variancia explicada en un 11 %,

con un total de variancia explicada en este segundo paso de un 51%. En el tercer paso, la variancia final explicada fue del 63 %, por lo tanto los esquemas de Vulnerabilidad y Dependencia incrementaban la variancia en un 12 %. Esta variancia incremental fue superior a la que explicaba la puntuación total del CEY (58%).

Tabla 65. La escalas de Afectividad Positiva y Negativa, el Cuestionario de Personalidad PDQ-4+ y las escalas del CEY-VR como predictores de la Severidad de los Síntomas (índice GSI)

		Índice GSI						
		B	SE	β	t	p <	R ²	ΔR^2
1 Paso	Constante	0,36	0,22		1,64	0,102	0,40	0,40
	Afecto Positivo	0,05	0,01	0,58	9,68	0,000		
	Afecto Negativo	-0,02	0,01	-0,17	-2,80	0,006		
2 Paso	Constante	0,04	0,21		0,17	0,862	0,51	0,11
	Afecto Positivo	0,04	0,01	0,41	6,52	0,000		
	Afecto Negativo	-0,02	0,00	-0,17	-3,10	0,002		
	PDQ-4+ Total	0,02	0,00	0,37	6,07	0,000		
3 Paso	Constante	-0,42	0,27		-1,57	0,118	0,63	0,12
	Afecto Negativo	0,02	0,01	0,25	3,85	0,000		
	Afecto Positivo	-0,01	0,01	-0,15	-2,58	0,011		
	PDQ-4+ Total	0,01	0,00	0,16	2,41	0,017		
	Dependencia	0,02	0,01	0,14	1,93	0,050		
	Vulnerabilidad Peligro	0,02	0,01	0,16	2,25	0,026		

V. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue el estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación española de la CEY-VR en población psiquiátrica. Un segundo objetivo fue profundizar en la caracterización del constructo de los esquemas precoces desadaptativos propuesto por J. Young (1990) en cuanto a su relación con diferentes constructos psicobiológicos de personalidad, variables psicopatológicas y variables clínicas, algunos de los cuales han sido muy poco estudiados hasta el momento. Los resultados muestran que la adaptación española del CEY-VR a) posee unos niveles de consistencia interna adecuados y similares a los de la versión original y a los de otras adaptaciones, b) que posee una estabilidad temporal parecida a la de los rasgos de personalidad, c) que la estructura del constructo es estable y comparable a la observada en otros contextos culturales, d) que muestra una buena validez de criterio concurrente, e) que aporta validez incremental respecto a diferentes constructos de personalidad y a algunas variables psicopatológicas y clínicas de gran relevancia y f) que es sensible a los cambios experimentados como resultado de la aplicación de un tratamiento psicológico. Algunos resultados como la estabilidad temporal a un año en muestras clínicas, la asociación encontrada con variables de personalidad, o la especificidad de los esquemas como constructo asociado esencialmente a los trastornos de la personalidad y poco relevante en los síndromes clínicos del Eje I aportan información clave que permite profundizar en el conocimiento del constructo. Todo lo anterior nos permite afirmar que los esquemas precoces desadaptativos se perfilan como un constructo relevante y útil para el avance en el estudio y de los trastornos de la personalidad, y que el CEY-VR es un buen instrumento para evaluarlo en población clínica. Este aspecto da consistencia a la finalidad del CEY-VR, ya que fue creado para identificar el contenido asociado a los esquemas, entendiéndolo como un organizador de la personalidad y que en base a la identificación y constatación clínica de estos esquemas facilitara la planificación de un tratamiento para las

personas que padecen un trastorno de la personalidad y/o problemas caracteriológicos crónicos (Young, Klosko y Weishaar, 2003)

Se presenta a continuación la discusión de los resultados de la presente investigación. Ésta se ha estructurado siguiendo el mismo orden de la presentación de resultados

1. Análisis descriptivos

Características de las muestras estudiadas. Administramos el Cuestionario de Esquemas de Young en su versión reducida a una muestra clínica de Trastornos Mentales, donde destacan las conductas adictivas con la presencia de una prevalencia de TP alta, comparable a otras muestras clínicas (Roca, 1998), con la única particularidad que obtenemos una proporción mayor de TP de Cluster B que Cluster C. Este aspecto seguramente se debe a que en parte a que casi la mitad de la muestra tenía un diagnóstico de conducta adictiva (trastorno por dependencia de sustancias y/o juego patológico). Respecto a la Escala de Gravedad de los TP encontramos una mayor proporción de las categorías de TP simple, una menor proporción de Eje I si lo comparamos con las frecuencias obtenidas en el estudio original de Tyrer (1996), y pocos casos de gravedad de los TP. En lo que respecta a las otras variables clínicas no se diferencian de las que se pueden encontrar en estudios con muestras clínicas.

Estadísticos descriptivos de las escalas del CEY-VR: En lo que concierne a los descriptivos del CEY, y al no disponer de estudios con muestras grandes y amplios que hayan permitido una estandarización de las puntuaciones de los esquemas en cada uno de los trastornos, no hemos observado diferencias importantes en las puntuaciones de las escalas del CEY en comparación a otros estudios en los análisis visuales de los estudios. En cuanto a los índices de asimetría, el análisis de las pruebas de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) los resultados son parecidos a los de la validación danesa del CEY-S3 (Bach *et. al.*, 2015), que es la única referencia disponible, ya que por regla general estos análisis se omiten en los descriptivos.

2. Fiabilidad

2.1. Consistencia interna

Los resultados obtenidos a nivel de fiabilidad mostraban que las 15 escalas que miden los esquemas obtenían unos índices adecuados de consistencia interna, un alfa de Cronbach promedio de 0,71. Estos resultados están en consonancia con los coeficientes de fiabilidad que se obtienen en los otros estudios detallados en la revisión teórica, sobretodo con el único comparable realizado con población clínica (Welburn *et al.*, 2002) donde se obtienen unos índices de consistencia interna superiores a 0,70 para todos los esquemas, por lo tanto superiores a los obtenidos en nuestro estudio que están entre el rango moderado y alto. En la misma línea, con el estudio de Calvete *et al.*,(2005) con el que compartimos validación cultural al utilizar la misma versión del CEY-VR, pero sin randomizar, en muestras de estudiantes, obtienen coeficientes de fiabilidad parecidos (media de alfa de cronbach de 0,73). Una diferencia importante de nuestro estudio con los estudios de Welburn *et al.*, 2002 y Calvete *et al.*,(2005) es que estos utilizan la misma versión del cuestionario en cuanto a ítems y esquemas evaluados pero los ítems de cada una de las escalas que conforman los esquemas están ordenados consecutivamente, o sea los ítems de los esquemas están listados uno detrás de otro. Una aportación relevante de nuestro estudio y que mejora las cualidades técnicas del instrumento de evaluación, es que el CEY-VR fue randomizado para evitar el sesgo de tendencia de respuesta que sobredimensiona los estadísticos obtenidos (McFarland, Ryan, Ellis 2002). Tal como muestran los resultados, la randomización ha influenciado poco en los coeficientes de correlación de las escalas, sin encontrarnos con los problemas de fiabilidad de la versión corta randomizada utilizada en el estudio de Cecero, Nelson y Gillie (2004), con una media de 0,62 de los coeficientes de correlación. Si que es cierto que si comparamos los índices de la versión del CEY-VR con los índices de fiabilidad que detallan los estudios del CEY-S3, versión con los ítems randomizados, estos en general son más robustos y con coeficientes superiores a 0,70. La robustez de los coeficientes de fiabilidad también se observa con la versión larga del CEY randomizada de 205 ítems con más de 5 ítems por cada uno de los 15 esquemas, donde los índices de fiabilidad están en un rango de entre 0,76 y 0,91 en el estudio holandés de Rijkeboer y van den Berg (2006) y de un rango de 0,81 a 0,95 en el estudio en la versión en lengua flamenca de Rauwels, Claes, Smits, Dierckx, Muehlenkamp, Peuskens y

Vandereycke (2013).

En el presente estudio, el esquema de Metas de Metas Inalcanzables fue el único esquema con un coeficiente de fiabilidad menor a 0,60. En el estudio de validez de Calvete *et al.* (2005) este esquema no tiene problemas con los índices de fiabilidad, obtiene un coeficiente de alfa de cronbach de 0,69. Estos resultados son muy parecidos a los encontrados en un estudio realizado con la misma versión del CEY-VR en población Argentina (Pell, Rondón, Alfaro y Cellerino, 2012), donde este esquema obtiene un alfa de Cronbach de 0,84, en consonancia con una fiabilidad media superior a 0,7 para todos los esquemas. Una diferencia de estos dos estudios en relación al nuestro, es la población, clínica en nuestro estudio y estudiantes en los dos estudios a los que nos referimos. No obstante, entraremos más en detalle de los posibles motivos de la baja fiabilidad de este esquema en el apartado de discusión del análisis factorial confirmatorio.

En resumen, la randomización de los ítems que aporta nuestro estudio de la versión corta del CEY, mejora los aspectos metodológicos del cuestionario, y sin embargo no modifica en exceso los resultados de la consistencia interna mediana de 0,72 según los criterios de calidad de los test (Prieto y Muñoz, 2002).

2.2. Estabilidad Temporal

En el presente estudio se calculó la estabilidad relativa a las seis semanas, en un grupo de pacientes que estaban en lista de espera para iniciar una terapia psicológica. En general, los estadísticos de estabilidad mostraron unos coeficientes de correlación entre moderados y altos. Destacamos, doce esquemas que están en el rango alto de la estabilidad temporal, ocho esquemas en los que los coeficientes de estabilidad son superiores a 0,70 y otros cuatro esquemas con coeficientes entre 0,70-0,60. En el rango de coeficientes moderados encontramos a dos esquemas, Inhibición Emocional y Subyugación con coeficientes entre 0,30-0,40. El único esquema que no mostró una adecuada estabilidad temporal fue Dependencia con un coeficiente no significativo de correlación. La estabilidad de la puntuación total del CEY a las 6 semanas fue superior a 0,80.

Existen pocos estudios que puedan aportar datos acerca de la estabilidad temporal en

muestras clínicas sin intervención específica de terapia psicológica, ya que es difícil por cuestiones éticas, mantener sin tratamiento a una persona por un espacio de tiempo considerable (Rijkeboer, van den Berg y van den Bout, 2006). En nuestro caso el factor saturación de la demanda de terapia psicológica que algunas veces se da en los centros de salud mental públicos, jugó un papel clave para la poder realizar parte de este estudio. Se aprovechó el tiempo entre el día de la asignación de la primera visita y el día de la visita y aún así conseguimos 15 pacientes en 5 años.

No se han encontrado referencias de estudios que realicen un retest a las seis semanas con el CEY-VR, la referencia más cercana es con el estudio con población no clínica de Rijkeboer, van den Berg y van den Bout, (2006), que utiliza la versión original del CEY de 205 ítems randomizada. Los resultados obtenidos en nuestro estudio son comparables a los coeficientes de estabilidad temporal de $r=0,68$ a $r=0,87$ a las seis semanas.

También se parecen a los resultados que han utilizado la versión original del CEY-L con los ítems no randomizados con intervalos de estabilidad temporal parecidos, a las tres semanas (rango de $r=0,50$ a $r=0,82$) en estudiantes en el estudio de Schmidt *et al.* (1995), y a las 16 semanas, en el estudio de Renner *et al.*, (2012) en pacientes en tratamiento por trastorno depresivo, con unos índices de estabilidad temporal media de $r=0,79$ sin controlar la depresión y de $r=0,69$ cuando controlan la depresión.

En resumen, nuestros resultados de estabilidad a las seis semanas se asemejan a los coeficientes encontrados por Schmidt *et al.*, (1999) y Rijkeboer *et al.*, (2006) pero son ligeramente inferiores al estudio de Renner, aunque aceptables. Así mismo, desconocemos el efecto de la memoria en la sobreestimación de los estudios no clínicos, tal como los mismos autores reconocen (Rijkeboer, van den Berg y van den Bout; 2006), y tampoco conocemos el grado de afectación de los índices de estabilidad temporal en función del tipo de cuestionario. Todos los estudios con los que nos hemos comparado a nivel de estabilidad, y con resultados similares, están realizados con la versión larga del CEY que mide 15 esquemas y tiene 205 ítems, con más de 5 ítems por esquema, uno utilizando una versión randomizada y otros dos no. Por este motivo, podemos concluir que nuestros resultados no indican una falta seria de estabilidad del CEY a las seis semanas, e irían a favor de que los esquemas se comportan como un rasgo de personalidad.

También se calcularon los índices de la estabilidad relativa a un año de un grupo de participantes en distintas modalidades de tratamiento psicológico a los que se les volvió a evaluar al finalizar de terapia psicológica (rtest). La estabilidad fue aceptable, los coeficientes de correlación de Spearman entre los esquemas y la puntuación total de los esquemas antes de iniciar el tratamiento y al terminar el tratamiento fueron entre moderados y altos, (rho media de 0,61), con cinco esquemas con los coeficientes de estabilidad temporal mayores a $r=0,70$ (Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Autosacrificio).

En lo que concierne a la comparación de estos resultados, no tenemos referencias de ningún estudio que utilice el cuestionario de esquemas, en cualquiera de sus versiones, y que realice un rtest después de la finalización de una terapia psicológica. Por este motivo la única referencia comparable de nuestros resultados, la encontramos en el estudio realizado con la versión del CEY-VR en una muestra de mujeres embarazadas, (Blisset y Farrow, 2007). Los resultados de nuestro estudio son parecidos a los coeficientes medios de estabilidad temporal de los 15 esquemas obtenidos en este estudio, ($r=0,64$). A su vez, si comparamos los resultados que muestran otros estudios que miden la estabilidad temporal con otras versiones del cuestionario (CEY-L o CEY-V3), encontramos que los índices de estabilidad medios de nuestro estudio son superiores al coeficiente de estabilidad medio del estudio de Wang *et al.*, (2010) a los nueve años en pacientes con depresión. Del mismo modo, son parecidos a los índices test-retest (media=0,62) obtenidos por Calvete *et al.*,(2015) en una muestra de estudiantes a los 6 meses. En cambio, serían inferiores a los obtenidos por Riso *et al.* (2006), a los dos años y medio, con una media de estabilidad temporal de $r=0,73$, que disminuía a $r=0,66$ al realizar los análisis controlando la depresión en el estudio de estabilidad temporal a los dos años y medio en una cohorte de pacientes deprimidos. Este autor apuesta por la estabilidad de los esquemas como una prueba de qué funcionan como rasgos de personalidad, pero sugiere que los resultados de la estabilidad se podrían atribuir a las características de la muestra: pacientes deprimidos. Y a partir de aquí se abre el auténtico debate sobre si la evaluación de los pensamientos disfuncionales es dependiente del estado de ánimo (Calvete, Orue y González-Diez, 2015; Dozois y Rnic, 2015; Miranda y Persons, 1998). Para estos autores, las estructuras cognitivas estarían latentes hasta el momento que hay un cambio en el estado de ánimo que actúe como

activador de estas estructuras o esquemas, y sería este el motivo de poder identificar a los esquemas.

Entrando de lleno en el debate de la estabilidad Wang, Halvorsen, Eisemann y Waterloo, (2010) llegan a la conclusión de que los esquemas medidos con el CEY serían marcadores de vulnerabilidad para la depresión, donde los esquemas del dominio Desconexión (Abandono, Privación Emocional, Desconfianza y Aislamiento Social), y Límites Deteriorados (Insuficiente Autocontrol y Grandiosidad) funcionarían como un rasgo de personalidad. En cambio el resto de esquemas de los dominios Deterioro en la Autonomía, Indeseabilidad y Sobrevigilancia e Inhibición serían más estado-dependientes, sobretodo los esquemas de Apego, Dependencia y Subyugación.

Estas conclusiones concuerdan con los problemas de estabilidad que encontrábamos en el esquema de Dependencia, a las 6 semanas el coeficiente de correlación fue bajo y al año de su evaluación sus coeficientes fueron moderados, efectos también observados en Blisset y Farrow (2007); Calvete, Orue, y González-Diez, (2015) y en Riso *et al.*, (2006), donde disminuye el coeficiente de correlación al controlar los niveles de depresión. No obstante, estos resultados no concuerdan con los resultados de Stopa y Waters, (2005). Estos autores demuestran que parte de los esquemas no se ven afectados en sus puntuaciones después de someter a un grupo experimental y control a un paradigma de inducción de tres estados de ánimo (depresión, felicidad y neutro). Sin embargo, encuentran que los esquemas de Privación emocional e Imperfección se veían afectados en sus puntuaciones, con una puntuación más elevada, después de una inducción de un estado de ánimo depresivo. En cambio, Grandiosidad puntuaba más alto después de una inducción de estado de ánimo de felicidad.

En resumen, obtenemos una adecuada estabilidad temporal con coeficientes como mínimo moderados de estabilidad a las seis semanas. En este sentido el hecho de que los resultados de estabilidad obtenidos en nuestro estudio con población clínica sean comparables con el único estudio donde se utiliza la versión original del CEY de 205 ítems randomizada con población no clínica, proporcioa al CEY-VR una calidad psicométrica en relación a la medición de la estabilidad de la medición a corto plazo. En lo que concierne a los resultados de la estabilidad temporal a un año después de estar activo en una terapia

psicológica, nuestros resultados son parecidos a los otros estudios de estabilidad temporal sin intervención, y darían soporte a la noción del funcionamiento de los esquemas como rasgos de personalidad.

Para concluir, los resultados obtenidos del análisis de consistencia interna y estabilidad temporal del CEY-VR nos indican la confirmación de la hipótesis de la fiabilidad de la versión reducida del CEY.

4. Validez estructural

4.1. Matriz de intercorrelaciones

El análisis de la matriz de intercorrelaciones mostraba que existían asociaciones significativas entre los 15 esquemas. De las 105 intercorrelaciones, 59 % fueron asociaciones bajas, 40 % moderadas y 1 % alta. A excepción de la correlación alta entre Imperfección y Aislamiento social, dos esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo, la tendencia observada fue que las correlaciones entre los esquemas de la misma dimensión y entre las cinco dimensiones de esquemas eran entre bajas y moderadas.

Tal como se puede desprender del análisis de la matriz de intercorrelaciones es comprensible que no se cumpla el supuesto de ortogonalidad que presupone el modelo de la terapia de esquemas. Dichos resultados están avalados por otros estudios donde se observan índices similares de asociación entre los distintos esquemas (Calvete *et al.*, 2005; Kriston *et al.*, 2012; Oei *et al.*; Rijkeboer *et al.*, (2006); Stopa *et al.*, 1999). También van en la misma línea de los obtenidos en los análisis factoriales confirmatorios realizados por Hoffart y Reijteboer(), donde los mejores ajustes se encontraban con un modelo correlacionado de cuatro factores de segundo orden. Además, está en consonancia con las dificultades observadas en la literatura para encontrar una estructura de segundo orden plausible para el modelo de esquemas, aspecto que también se encuentra en los estudios del CEY-V3, en los que se detectan dificultades para encontrar una estructura factorial de segundo orden por la alta intercorrelación de las escalas (esquemas) y de los ítems que evalúan los esquemas.

4.2. Análisis Factorial Confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio de los ítems las 15 escalas del CEY mostró unos índices de bondad de ajuste adecuados (CFI mayor de 0,96 y SRMR menor de 0,09; Hu y Bentler, 1999) con lo cual podemos destacar la bondad de ajuste del modelo de 15 factores. Al analizar los pesos factoriales de los ítems, éstos fueron satisfactorios con 69 ítems con pesos superiores al valor recomendado de 0,40. No obstante, encontramos pesos inferiores en 6 ítems, un ítem de Vulnerabilidad al Peligro, un ítem de Insuficiente Autocontrol, 1 de Subyugación y 3 ítems de Metas Inalcanzables. Estos resultados observados en nuestra muestra (un peso menor a 0,40), no se observaron en el estudio de validación con muestras de estudiantes (Calvete y Orue, 2005). En relación a Metas Inalcanzables, el dilema es importante, mantener los ítems para ser coherente con las otras versiones, o probar con los ítems de la versión larga del CEY (Cid y Torrubia 2002), entrando los 17 ítems de Metas Inalcanzables, y reanalizar el factorial confirmatorio y observar los resultados. Este aspecto quedará para futuras investigaciones, tal como está el estado de la investigación del CEY, es mejor mantener la versión comparable con otras versiones.

Por lo que respecta a la variancia extraída por cada factor, que refleja la cantidad total de variancia de los indicadores tenida en cuenta por los constructos latentes, en los que se se espera que sea superior a 0,5 (Hair *et al.*, 1999), esta variancia estaba cercana a este valor en muchos esquemas pero en otros no. No obstante, como ya hemos comentado, este no es un criterio establecido para los estudios psicológicos (Levy, 2010). En nuestro estudio prima que cada ítem satura en el factor esperado o escala del CEY-VR.

En lo que concierne al análisis factorial confirmatorio de segundo orden el mejor modelo que se ajustaba a los datos fue el modelo de 4 factores de Lee, Dunn y Waller, (1999). Los cuatro factores son, un primer factor al que llamamos **Desconexión** formado por los esquemas de Abandono, Desconfianza, Privación Emocinonal, Imperfección, Aislamiento Social e Inhibición Emocional. Un segundo factor que recibe el nombre de **Autonomía Deteriorada** con los esquemas de Dependencia, Apego, Vulnerabilidad al Peligro, Fracaso, Subyugación. Un tercer factor, **Límites Deteriorados** con Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol. Y por último un cuarto, denominado **Autocontrol** con Autosacrificio y Metas Inalcanzables. Al contrario de Hoffart (2006), replicamos la estructura original de Lee, Duun y Waller (1999), con Abandono saturando en la

dimensión Separación y Rechazo. Los índices de ajuste del modelo de 4 factores fueron adecuados y mejores que la comparación con el de tres factores de la versión larga del CEY. Nuestros resultados van en la línea de los resultados obtenidos en muestras clínicas, y no se corresponde a los resultados encontrados en muestras no clínicas, que encuentran un modelo de segundo orden de tres factores (Calvete *et al.*, 2005; Saritas *et al.*, 2011). Tal como hemos comentado en el marco teórico, la estructura factorial de segundo orden está en entredicho por la complejidad del análisis estadístico en sí mismo. Kriston *et al.*, (2012) apuesta por un modelo bifactorial donde se mantengan las escalas del CEY y se obtenga un factor general de segundo orden que permita las correlaciones entre los distintos ítems y las escalas. A nuestro modo de ver, no vamos a avivar este debate afirmando que la estructura de cuatro factores o dimensiones que se ajusta a nuestros datos clínicos es la que el modelo teórico de TE debe asumir, porque sería una generalización arriesgada y poco consistente con la información de la que disponemos en estos momentos.

En resumen, el análisis de la validez estructural del CEY-VR realizada a través del análisis factorial confirmatorio muestra una estructura interna de 15 factores congruente con la estructura propuesta de 15 esquemas por Young (1990). Del mismo modo, la estructura factorial de segundo orden del CEY-VR concuerda con la estructura factorial de cuatro factores que se observan en muestras clínicas. Por lo tanto podemos afirmar que se cumple la hipótesis formulada acerca de que el CEY-VR posee una adecuada validez de constructo.

5. Validez de Criterio

La validez de criterio busca conocer el grado de precisión en las que la puntuación de una prueba puede predecir el criterio. En nuestro estudio, este es un aspecto crucial a verificar en relación a la escala CEY-VR, por este motivo se realizaron una serie de comparaciones entre grupos clínicos diferenciados por el criterio clínico de presencia u ausencia de un TP. Del mismo modo realizamos una serie de análisis de validez concurrente para conocer la asociación del CEY-VR con el Inventario de Personalidad PDQ-4+ que mide también la presencia u ausencia de un TP.

5.1. Diagnósticos Clínicos de Trastornos Mentales, Trastornos de Personalidad y CEY.

El primer criterio que utilizamos fue crear en base a los diagnósticos de la muestra tres grupos clínicos, uno formado por participantes que recibieron un diagnóstico de Trastornos Mentales, un segundo formado por aquellos que recibieron un diagnóstico de un Trastorno Mental y al mismo tiempo un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. Y por último, un tercer grupo donde, sólo recibieron un diagnóstico de Trastorno de Personalidad (sin presencia TM). Los resultados mostraron que los dos grupos que tenían un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad puntuaban significativamente más alto en los esquemas y en la puntuación total del CEY-VR que el grupo que recibió sólo un diagnóstico de Trastorno Mental. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos que presentaban un Trastorno de la Personalidad.

Este es un aspecto crucial para la validez de criterio del CEY-VR, la presencia de un Trastorno de Personalidad y un Trastorno Mental no incrementó las puntuaciones en el CEY-VR. Y al mismo tiempo está siendo sensible a la patología de personalidad de los dos grupos con TP. Por lo tanto estos resultados apuntan a que las escalas del CEY-VR funcionan comportándose como un rasgo de personalidad, y son capaces de recoger al mismo tiempo la sintomatología presente en un Trastorno mental y los aspectos más estructurales de la personalidad.

A nuestro entender este es el primer estudio que obtiene estos datos, debido a que no hemos encontrado referencias que hayan utilizado una estrategia parecida. Por regla general, la estrategia de los estudios ha sido introducir un grupo control no clínico para obtener diferencias entre los grupos clínicos. Este es el caso del estudio de Machaud () donde compara un grupo control, con un grupo de trastornos mentales y un grupo de trastornos mentales y trastornos de la personalidad, obteniendo diferencias significativas en los tres grupos, con puntuaciones mayores en el grupo de comorbilidad de TP y trastorno mental.

En esta misma línea, cuando el criterio clínico es presencia y ausencia de TP, obtenemos resultados concordantes, los grupos que presentan un diagnóstico de TP comórbido a un

trastorno mental puntúan más alto en los esquemas y en la puntuación total del CEY-VR. Resultados idénticos obtuvimos cuando el criterio se ha establecido mediante el uso del punto de corte del PDQ-4+ o cuando se utilizan simultáneamente este punto de corte del PDQ-4+ y la concordancia con un diagnóstico clínico de TP. En todos los casos, los esquemas fueron más hipervalentes (puntuaciones más altas) en el grupo que recibió un diagnóstico de TP.

5.2. Validez de criterio concurrente con el inventario de personalidad del PDQ-4+

La asociación entre la escala de Trastornos de la Personalidad y las escalas del CEY-VR fue positiva y significativa. Los valores de los índices de correlación fueron bajos para Privación emocional, Apego, Subyugación, Inalcanzables y moderados en el resto de once esquemas. En cambio la puntuación total del CEY obtenía un índice de correlación alto con la puntuación total del PDQ-4+. En cambio, los coeficientes de correlación semiparciales no encontraron ninguna significación de las escalas del CEY-VR y el PDQ-4+. La variancia explicada de los esquemas fue alta, un 44% de la puntuación total del PDQ-4+, un poco menor fue la variancia explicada por la puntuación total del CEY (39 %).

Nuestros resultados están en consonancia con los estudios de tipo correlacional del CEY y el PDQ-4+, donde se encontraron mostraron similares índices de asociación (Simos, 2001; Shorey, Anderson y Stuart, 2014). Son constructos que miden aspectos de los trastornos de la personalidad que convergen de manera adecuada, sin ser isomórficos.

5.3. Análisis de la regresión logística

Con el objetivo de continuar profundizando en la validez de criterio del CEY-VR realizamos una serie análisis para identificar la capacidad predictiva a la hora de clasificar entre la presencia y ausencia de TP.

En el análisis de la regresión logística de presencia/ausencia de Trastorno de la Personalidad como función de la puntuación total del CEY-VR, clasificó correctamente un 75% de los casos en los dos grupos. A continuación nos interesó conocer cuál sería la

puntuación total del CEY que nos indicaría la presencia de un TP, para ello calculamos una curva roc, y del análisis de la sensibilidad y especificidad se desprende que el punto de corte propuesta para identificar la presencia de un TP sería una puntuación total del CEY-VR superior a 215,15 puntos. Los resultados de la capacidad discriminante del CEY-L concuerdan con los de Coristine (2003) donde clasificaban correctamente a más de un 80 % de pacientes con un el TP Límite y con capacidad discriminante parecida de los encontrados en una muestra de TP por parte de Jovev y Jackson, (2003). Tenemos que destacar la ausencia de estudios donde busquen la capacidad predictiva del CEY-VR para identificar la presencia de un TP, a pesar de ser un cuestionario que pretende medir la personalidad y sus trastornos para organizar un tratamiento. Por lo tanto, nos encontramos ante la primera referencia de un punto de corte dimensional para la presencia y ausencia de un TP con el CEY-VR.

5.4. EL CEY-VR en los Trastornos de la Personalidad

Uno de los aspectos que también se estudió fue como se comportaba el CEY-VR en los TP, teniendo en cuenta que los datos disponibles nos indican que no se observan perfiles de esquemas específicos para los TP. Con este fin se realizaron una serie de comparaciones entre el CEY-VR Total y los distintos TP. Estos análisis mostraron que todos los TP tenían puntuaciones elevadas en el CEY-VR-total y con puntuaciones muy similares en los esquemas. La única diferencia significativa la encontramos en el TP por Dependencia que puntuaba más alto que el TP Histriónico en la puntuación total del CEY.

Utilizando el criterio clínico de los tres cluster de Eje II del DSM-IV, realizamos una serie de comparaciones entre los cluster, de la que destacamos que el grupo de TP de Cluster C puntuó más alto en las escalas del CEY-VR de Privación Emocional, Imperfección, Aislamiento Social, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Subyugación e Inhibición Emocional, cuando se comparaba con el Cluster B. Estos resultados contradicen la tendencia observada en los estudios donde los TP de Cluster B puntúan mas alto que los TP de Cluster C. Específicamente, el TP Límite puntuaba más alto que el resto de trastornos de la personalidad, sobretodo los de Cluster C (Jovev y Jackson, 2005; Bach, Simonsen, Christoffersen y Kriston, 2015). El motivo de la inconsistencia de estos resultados es desconocida, sólo a nivel especulativo no sabemos hasta que punto estos resultados estan

influenciados por el grado de influencia de la variable severidad de TP (Tyrer, 1996) o por el nivel de funcionamiento, ambas pueden ser variables espúreas que influyeran en estos resultados (DSM-5, 2014). Esta inespecificidad de los esquemas para diferenciar los TP ha hecho que se desarrolle el cuestionario de modos de esquema (Lobbestael y Arntz; Ref)

5.2. Criterios de Severidad de Tyrer

Otro de los criterios que utilizamos fue la clasificación propuesta por Tyrer (1996, 1999) de la Severidad de los TP. Siguiendo estos criterios dividimos la muestra en cinco categorías que van desde la ausencia de TP a TP grave, y comparamos a cada uno de estos grupos utilizando la escala del CEY-VR. Los resultados mostraron que a mayor severidad, mayor puntuación en las escalas del CEY, siendo más altas en el TP Grave. No obstante, el esquema que mostró un perfil creciente y significativo de puntuaciones desde la ausencia de TP hasta el TP más grave fue el esquema de Imperfección (si mis defectos quedan al descubierto la gente me rechazará). Por regla general las escalas del CEY-VR diferenciaban entre los distintos criterios de severidad pero no todos los esquemas mostraron un perfil creciente desde la ausencia de un TP hasta el TP Grave. Las escalas del CEY mostraron poca capacidad para diferenciar entre el TP Moderado y el trastorno de personalidad. Estos resultados nos indican que los esquemas son sensibles al criterio de severidad, aún con algunas limitaciones para diferenciar entre algún criterio de severidad.

No hemos encontrado referencias en la literatura donde comparar estos resultados. No obstante, estos resultados están alineados con las características de los esquemas. El modelo de la TE sostiene que los esquemas son universales y todas las personas tienen un conjunto de esquemas que les facilita la adaptación y en algunos casos la desadaptación. De una manera explícita se presupone que hay una dimensionalidad de esquemas, esta dimensionalidad se caracteriza por presentar una hipervalencia en función de la psicopatología, cuanto haya más patología de la personalidad, los esquemas serán más hipervalentes (mayores puntuaciones de las escalas que evalúan los esquemas). Los hallazgos obtenidos apuntan en esta dirección, y deberán corroborarse en estudios futuros. La significación clínica de estos resultados si se confirmasen puede ser muy importante ya que puede ayudar a identificar estrategias de intervención en función de estos gradientes de severidad e hipervalencia de los esquemas.

5.3. Validez incremental del CEY-VR en los Trastornos de Personalidad

La validez incremental es el grado en el que una medida explica o predice algún fenómeno de interés relativo a otras medidas (Haynes y Lench, 2003). Uno de los objetivos de nuestro estudio fue conocer que aporta el CEY-VR en relación a las otras variables psicopatológicas y los rasgos de personalidad en la predicción de los TP. Para este fin, se realizaron una serie de análisis de regresión logística que siguieron el mismo procedimiento, se entró como variable dependiente la presencia/ausencia de Trastorno de la Personalidad y como variables independientes, en tres pasos o cuatro pasos en función del análisis; en el primer paso las variables psicopatológicas (Depresión del BDI ó Severidad sintomática con el Índice GSI de la SCL-90-R), en el segundo la Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), y después la escala del CEY-VR o la puntuación total del CEY-VR que siempre entraron en último lugar en el análisis. En el caso de utilizar los síntomas de TP del PDQ-4+, se incorporaban en el análisis después de la PANAS.

En el análisis de presencia/ausencia de TP con Depresión, Afectividad Positiva y Negativa y la puntuación total del CEY, mostró que clasificaban correctamente un 78 % de los casos, y en el caso de la puntuación total del CEY incrementaba un 7 % la capacidad clasificatoria de los TP. Con el mismo procedimiento, pero en el último paso entran los 15 esquemas, el modelo clasificó correctamente a un 80 %. Los esquemas que entraron como predictores significativos en el último paso fueron Abandono, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, y Metas Inalcanzables e incrementaban la capacidad clasificatoria un 10 %.

En un segundo análisis, como variable dependiente la misma Presencia/Ausencia de Trastorno de la Personalidad, en el primer paso el Índice de Severidad global, en el segundo Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), en el tercero los síntomas de Trastorno de la Personalidad (PDQ-4+) y en el último paso los Esquemas o del CEY-VR Total. En el análisis donde se entró la puntuación total del CEY, los resultados en el cuarto paso mostraron que se clasificaba correctamente un 83% de los casos, donde el CEY-VR-total incrementó en un 4,1 % la capacidad clasificatoria en relación al modelo de síntomas del TP del PDQ-4+, la PANAS y el Índice GSI. Del mismo modo, cuando se entró en el cuarto paso las escalas del CEY-VR, el modelo clasificó correctamente un 85 %. Los esquemas que se añadieron como predictores fueron Desconfianza, Vulnerabilidad Peligro, Apego,

Grandiosidad. En este caso la validez incremental en relación al modelo donde entraron los síntomas del TP del PDQ-4+ en un 6,5 %. En este caso, los esquemas añaden una mayor validez incremental a la puntuación total del CEY.

En relación al primer y al segundo modelo no tenemos referencias con las que comparar nuestros resultados en relación a la validez incremental. En relación al primer análisis, los esquemas Abandono, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, y Metas Inalcanzables se han asociado a la presencia de trastornos de la personalidad en distintos estudios (Re).

En relación al segundo análisis que se realizó con la muestra adictos que estaban en una comunidad terapéutica de adicciones. Los esquemas Desconfianza, Vulnerabilidad Peligro, Apego, Grandiosidad se han identificado en muestras de pacientes de patología dual en mantenimiento de metadona. Estos estudios relacionaron los esquemas de Desconfianza y Vulnerabilidad al Peligro con el T Antisocial (Ball y Cereco 2000) y Nordahl, Holthe y Haugum en una muestra general de trastornos mentales encontró que la Vulnerabilidad al Peligro se asoció a rasgos del TP Paranoide, Narcisista y Límite, y Desconfianza a los rasgos Paranoides, Dependientes y Límites. El único esquema que no encontramos como significativo en los estudios de TP fue el de Apego.

En definitiva el CEY-VR aporta una validez incremental en la clasificación de los TP cuando se utiliza como predictor. Eso nos indicaría que se diferencia de otras variables psicopatológicas, de rasgos de personalidad y de síntomas de TP para aportar matices a la organización de la personalidad y de sus trastornos.

5.4. Sensibilidad

La sensibilidad al cambio es un criterio clave para una escala como la CEY-VR en la que uno de los objetivos es identificar los niveles de cambio en la TE. Por este motivo, se analizó el cambio que era capaz de medir el CEY-VR en un grupo de pacientes que participaron en distintas modalidades de terapia psicológica individual y grupal, antes y después de un tratamiento psicológico. Los resultados de nuestro estudio muestran que el CEY-VR fue sensible al cambio a la hora de detectar los cambios en un grupo de pacientes que participaron en distintos formatos de terapia psicológica. La puntuación total del CEY-VR disminuyó de un modo significativo a la finalización del tratamiento, y tres esquemas

Privación Emocional, Abandono, Autosacrificio y Metas Inalcanzables disminuyeron su puntuación al final del tratamiento. Estos resultados deben de considerarse exploratorios dado que no se hizo un diseño ad-hoc para conocer poder estudiar con detalle la sensibilidad al cambio. No obstante, nuestros resultados son parecidos a los estudios donde utilizan el CEY-VR para medir el cambio o el éxito de una intervención. Por regla general encuentran que disminuye la puntuación total o las puntuaciones de las escalas al finalizar en la terapia psicológica individual o grupal (Hagen, Nordahl y Gråwe, 2005; Halford, Bernoth-Doolan y Eadie, 2002; Hoffart, Versland y Sexton, 2002; Rusineck, Graziani, Servant, Hautekeete, y Deregnaucourt, 2004; Wegener, Alfter, Geise, Liedtke y Conrad, 2013). No obstante, es difícil traducir esta significación estadística del CEY-VR ,en una traducción clínica del significado de este cambio.

En resumen, a pesar de corroborar con nuestros resultados esta sensibilidad al cambio del CEY-VR, estos deben interpretarse como una primera aproximación exploratoria a la sensibilidad del instrumento.

6. Validez convergente/Discriminante

Un aspecto esencial de los modelos de personalidad que utilizan el análisis factorial para conocer la estructura subyacente, es que su validez depende de la relación con otros constructos. Si los esquemas se configuran como rasgos de personalidad, el significado de estos vendrá dado por la relación que establezca con otros constructos. Existen pocos estudios con población clínica donde se interrelacionen los esquemas con variables de personalidad (Thimm 2010) Por este motivo los resultados obtenidos de los análisis de correlación, correlación-parcial y de regresión, nos permiten contrastar si los esquemas funcionan como rasgos de personalidad y así nos dan la significación clínica de qué miden los esquemas.

6.1. CEY y Personalidad

Afectividad Negativa y Afectividad Positiva: La asociación entre la Afectividad Negativa fue positiva con todos los esquemas, con los índices de correlación moderados

($r=0,32$ a $r=0,54$). Estos niveles de correlación utilizando la misma escala son muy parecidos a los encontrados por Glaser en población clínica universitaria donde ocho esquemas (Abandono, Aislamiento social, Dependencia, Fracaso, Subyugación, Vulnerabilidad, Insuficiente Autocontrol y Metas Inalcanzables) estaban asociados positivamente y con correlaciones moderadas ($r=0,32$ a $0,50$) a la Afectividad Negativa. Nuestros resultados son similares a los obtenidos con otros instrumentos de medida que miden constructos similares, como la faceta de Neuroticismo, del modelo de personalidad de los cinco grandes (Thimm, 2010) donde los esquemas obtienen un rango de asociaciones ($r=0,32$ a $r=0,57$) exceptuando los esquemas de Autosacrificio y Grandiosidad. Estos mismos esquemas, conjuntamente con Metas Inalcanzables y Búsqueda de la aprobación son los que no están asociados con la faceta de Emocionabilidad Negativa, medida con el cuestionario de personalidad del DSM-5 (Bach *et al.*, 2015). Una diferencia importante en los resultados que se obtienen en el uso de esta medida de rasgos desadaptativos en relación al resto de instrumentos, son las altas correlaciones, superiores a $r=0,53$ de Emocionabilidad negativa con los esquemas. Estas altas correlaciones sólo las observamos en nuestro estudio cuando utilizamos la puntuación total del CEY y el Afecto Negativo.

El Afecto Negativo es una amplia y persistente predisposición a experimentar emociones negativas que influyen en la cognición, autoconcepto y en la visión del mundo (Watson y Clark, 1984) y además de ser una disposición más general de estrés somatopsíquico. En numerosos estudios encuentran el rasgo de Afectividad Negativa (AN) como un predictor robusto de vulnerabilidad psicopatológica. También se ha demostrado que el AN que presenta a tendencia ver y a reaccionar ante el mundo como amenazante, problemático, estresante. Las personas con altos niveles de neuroticismo son tendente a hacer evaluaciones más negativas de las situaciones que tienen que enfrentarse, lo cual hace al evento estresor más estresante o eligen estrategias de afrontamiento más poco efectivas (Bolger y Schilling 1991).

Los esquemas tal como están definidos hacen referencia al análisis de uno mismo con los demás y al autoconcepto, y se presupone que los esquemas están formados por emociones y sensaciones corporales. Por lo tanto, el hecho de compartir variancia el AN y los esquemas, serían un primer indicador de que la presencia de un esquema se relacionara con

malestar emocional, distrés somatopsíquico y la predisposición a experimentar emociones negativas. Esta asociación entre AN y los esquemas, daría soporte a tres características definitorias de los esquemas. La primera sería que las emociones forman parte de los esquemas. La asociación con el rasgo de AN, y dependiendo de los valores de la AN podrían explicar la intensidad de las emociones que están asociadas a los esquemas. Todos los esquemas están relacionados con la AN, por lo tanto conjuntamente al contenido de los esquemas deberíamos encontrar estados emocionales aversivos tales como nervioso, preocupado irritable, culpa, miedo, rabia y disgusto (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

En segundo lugar, conceptualmente las sensaciones corporales son un componente de los esquemas. Por otro lado se ha comprobado en diversos estudios que el AN tiene un componente somatopsíquico (Buchanan, Absi, Lovally, 1999), que los componentes físicos de las emociones estarían relacionados con el AN (Buchanan, Absi, Lovally, 1999), y que las quejas físicas y somáticas están relacionadas con la presencia de AN (Watson, 1988). Por lo tanto, la asociación entre AN y los esquemas podría entenderse como una prueba global y inespecífica de la presencia de sensaciones corporales en los esquemas. Evidentemente, serían necesarios estudios más específicos donde se integraran las tendencias emocionales de los individuos, registros neurofisiológicos, percepción subjetiva de sensaciones corporales y la relación de esquemas.

La tercera, la atribución de la capacidad de generar un malestar emocional cuando se activan, generando altos niveles de afecto o emociones negativas (pérdida, tristeza, miedo, rabia, vergüenza). El AN se ha asociado con emociones negativas relacionadas con el autoconcepto. Aunque se puede pensar en el mecanismo de interrelación siguiente la tendencia a experimentar estados emocionales negativos puede entenderse como un estímulo discriminante de la activación de los esquemas. En esta línea un estudio experimental encuentran que los participantes que tienen puntuaciones elevadas del CEY muestran un patrón de menor reactividad emocional cuando experimentan eventos vitales que aquellos que tienen puntuaciones bajas en el CEY, manteniendo la hiperactivación de los esquemas (Schmidt y Joiner, 2004). Por último, un elemento a estudiar en el futuro, es la influencia de la Afectividad Negativa en la activación de los esquemas.

En cambio la asociación fue negativa entre Afectividad Positiva y los esquemas, y los

coeficientes de correlación fueron bajos. No tenemos referencias con la AP más allá del estudio de validación original del CEY, donde encuentran una asociación negativa de Afectividad Positiva y la puntuación total del CEY. En la misma línea, Saritas y Soygut (2011) encuentran una asociación negativa entre la dimensión de Desconexión y Rechazo con la AP con niveles de asociación bajos. En cambio, Pell Alfano y Cellerino (2012) en una muestra no clínica obtiene asociaciones negativas con los esquemas de Privación emocional, Fracaso, Dependencia, Apego e Insuficiente, pero también asociaciones positivas con los esquemas de Metas Inalcanzables y Grandiosidad, en ambos casos con coeficientes bajos de correlación. Este rasgo se ha asimilado a la Extroversión que es un concepto más amplio pero con el que comparte la definición central de Afectividad Positiva como un rasgo que se corresponde a una predisposición que conduce a una experiencia emocional positiva, refleja un sentido de bienestar y competencia generalizada, y un desempeño interpersonal efectivo. En este sentido los estudios muestran una relación entre baja extroversión y los esquemas en muestras no clínicas (Muris, 2006; Sava 2009), que se corroboran en población clínica con asociaciones negativas y con puntuaciones bajas y moderadas entre los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social Fracaso, Subyugación e Inhibición Emocional (Thimm, 2010). Por último, Bach et al (2015) sus resultados muestran en el rasgo desadaptativo de Desapego, polo opuesto a la Extroversión, asociaciones entre moderadas y altas con los esquemas con una media de correlaciones de $r=0,56$, con índices de correlación mayores al $r=0,70$ en Aislamiento Social, Dependencia y Metas Inalcanzables. Estas asociaciones tan altas de Desapego con Metas Inalcanzables, no concuerdan con la nula relación que encontramos en nuestro estudio entre AP y este esquema.

Por lo que respecta a la variancia explicada por el Afecto Negativo y el Bajo Afecto Positivo estaba en un rango del 11% de Metas Inalcanzables y un 33 % de Dependencia, y de la puntuación total del CEY fue de un 40%. No tenemos referencias en los estudios más allá del 38 % de la variancia con Afecto Negativo se explicaba por los 15 esquemas, con un único predictor significativo que fue el esquema de Vulnerabilidad al Peligro de Glaser. Por último, todos los esquemas a excepción de Autosacrificio y Metas Inalcanzables obtuvieron relaciones con el Afecto Negativo y un bajo Afecto Positivo, y este elemento es importante de resaltar por qué esta combinación se ha visto que podrían explicar los síntomas depresivos y el diagnóstico de depresión y el solapamiento y el mantenimiento de

los trastornos de ansiedad y depresión (Brown, 2007; Kashdan, 2007; Watson, Clark y Carey, 1988). Esto nos puede ayudar a entender la posible interacción de los esquemas y la combinación de AP y AN, en población clínica como es nuestro caso, y como nos puede ayudar a entender dos aspectos centrales de la definición de los esquemas. El primero, el malestar emocional subjetivo asociado a emociones aversivas (AN) y el segundo, la tendencia a mostrarse poco entusiasta y activo, desinteresado, tristeza, letargía, con una baja excitación, y bajos niveles de alerta (bajo AP) aspectos que observamos en la clínica cuando están presentes estos esquemas.

CEY y Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa: Los esquemas obtuvieron asociaciones positivas con la Sensibilidad al Castigo (SC), a excepción de Grandiosidad, Apego, Autosacrificio y Metas Inalcanzables. Los coeficientes de correlación fueron moderados. El coeficiente de correlación entre la SC y la puntuación total ($r = 0,63$) fue elevado. En nuestro caso no tenemos referencias en cuanto a la comparación porque no se ha utilizado esta escala en otras investigaciones. No obstante, se asimila como parecido a la Evitación del Daño del modelo de personalidad de Cloninger (Ref). En esta línea, Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann y Waterloo (2009) encuentran que los esquemas a excepción de Autosacrificio, Metas inalcanzables y Grandiosidad correlacionaban de manera moderada con los esquemas en una muestra de trastornos depresivos, aunque la relación de Evitación al Daño con los esquemas se reduce a Privación Emocional, Imperfección Dependencia, Fracaso, Subyugación y Autosacrificio en muestras de estudiantes (Atalay, Akbaş, Zahmacioğlu, Kılıç y Göktuna, 2015).

En relación la **Susceptibilidad a la Recompensa (SR)**, sólo el esquema de Grandiosidad mostró asociaciones positivas y significativas con un índice de correlación moderado de $r=0,40$. La referencia más cercana al constructo Sensibilidad a la Recompensa es la escala de Búsqueda de la Novedad del modelo de siete dimensiones de Cloninger, que se ha asimilado parcialmente al constructo SR, siendo el primero más amplio en relación que está relacionada con la novedad, con señales condicionadas de recompensa, con una respuesta conductual de aproximación apetitiva, mientras que la SR se refiere a la tendencia a realizar conductas para obtener refuerzos tales como el dinero pareja sexual o poder. Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann y Waterloo (2009)

encontraron que los esquemas de Grandiosidad y Insuficiente Autocontrol estaban positivamente asociadas con esta dimensión. La propia definición de Grandiosidad como la creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; sin tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual. Sus necesidades van en primer lugar, sin importarles los riesgos o consecuencias (Young, Klosko y Weishaar) por lo tanto esta asociación es congruente con el funcionamiento del sistema de activación conductual y concuerda con la clínica que muestran estos pacientes: conductas para obtener refuerzos centrados en el sexo, poder y dinero.

La Sensibilidad al Castigo y la Sensibilidad a la Recompensa explicaban una variación entre el 4 % de Metas Inalcanzables y el 40 % de Dependencia. Aunque las correlaciones parciales mostraron la clara influencia de la Sensibilidad al Castigo, en la explicación de los esquemas. Destacamos que este último esquema, Aislamiento Social y Subyugación, la SC y SR explicaban más de un 30 % de variación, y en lo que respecta de la puntuación total del CEY explicaban un 42%.

La asociación entre esquemas y la sensibilidad al castigo, indicaría que en ciertos a mayor puntuación de esquemas se le asociaría una tendencia a la inhibición de conducta y procesos cognitivos asociados con la ansiedad y preocupación. Esta tendencia sería en función del grado de asociación entre el esquema y la SC. No es arriesgado hipotetizar que existe una posible relación de los esquemas con una hiperactividad del sistema de inhibición conductual (SIC), entendiendo que se formula el temperamento como un factor de desarrollo de los esquemas y de cómo este temperamento puede guiar los sistemas atencionales relacionados con la significación de los estímulos a los que atiende y a los que no atiende. El Sistema de Inhibición Conductual se activa en respuesta de estímulos condicionados aversivos, nuevos estímulos y señales de no refuerzo, dando como resultado la inhibición conductual, incremento arousal y atención (Referencias Gray). Es presumible que si el sustrato biológico de estos esquemas sea el SIC, implicaría que existiría una hipervigilancia y atención más elevada a estímulos de amenaza asociados al contenido de cada esquema, con la presencia de cogniciones de preocupación y ansiedad anticipatoria que se acompañaría de un estilo de respuesta de evitación Pasiva: “No hacer cosas para no recibir consecuencias adversas”. De confirmarse esta asociación en futuras

investigaciones, sería un elemento clave para la validación del funcionamiento de los esquemas y de los procesos de perpetuación (Young 2003). El SIC nos proporciona un mecanismo biológico subyacente a los procesos de esquemas, o sea no sólo estaríamos hablando de “contenidos” como un pensamiento, una creencia, una expectativa, que forman parte del esquema si no que estaríamos incluyendo dentro de los esquemas procesos neuropsicológicos de hiperactivación ante señales de castigo, lo que determinaría tendencias atencionales de selección de estímulos, de codificación de estímulos, de anticipaciones cognitivas que avanzan lo que ocurriría en función del contenido del esquema. Es evidente que el conocimiento simbólico-emocional fruto de estas tendencias innatas (SIC) y de las experiencias negativas tóxicas en el desarrollo como persona, llevarían al recuerdo (o su evitación) de situaciones subjetivas e idiosincrásicas relacionadas con la carencia emocional, fracaso, defectos, rechazo social, dependencia y que consecuentemente guiarían la conducta posterior hacia la evitación conductual. Tal como el modelo presupone, la conducta no pertenece a los esquemas, y serían estos quienes predispondría a ciertos estilos de conducta, que en el modelo denomina “conductas guiadas por el esquema”. También, no debemos olvidar como nos puede ayudar a comprender cuando un esquema está hipervalente, ya que la SC se ha asociado con un elevado pesimismo, dificultades en asertividad y disminución de la percepción de felicidad (Referencias)

CEY y Escala de Personalidad del Karolinska: El Afecto Negativo es un constructo que mide aspectos generales del distrés, la Susceptibilidad al Castigo mide aspectos relacionados con la inhibición conductual aspectos relacionados con el Neuroticismo. En nuestro estudio disponemos de un constructo que mide aspectos parecidos a través de la escala de personalidad de Karolinska, la **Emocionabilidad Negativa** con un componente más neurobiológico y más específico en relación a la tendencia a la ansiedad psíquica, somática, tensión muscular, falta de energía y de asertividad con sentimientos de culpa y desconfianza que mostraba también asociaciones positivas con ocho esquemas, Privación Emocional, Desconfianza, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Insuficiente Autocontrol, Subyugación y Metas Inalcanzables, con coeficientes entre bajos y altos. Es interesante constatar la alta coincidencia de estos resultados con los que se encontraron con la Afectividad Negativa y Sensibilidad al Castigo, con pequeñas diferencias. Estas coincidencias también se dan con la puntuación total del CEY, con coeficientes de

correlación iguales con la Emocionabilidad Negativa y la Susceptibilidad al Castigo. Esta dimensión aporta una significación de los contenidos cognitivo-emocionales relacionados con la ansiedad y preocupación a los esquemas.

La escala de Inconformismo Agresivo esta relacionado con la agresividad, verbal e indirecta (mal humor) y la irritabilidad y se relacionó con los esquemas de Desconfianza, Imperfección, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol de un modo positivo y con índices de correlación entre bajos y moderados. Estos resultados concuerdan con estudios realizados con población no clínica donde han relacionado los mismos esquemas positivamente con la agresividad (Cavete, Esteves, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Tremblay y Dozois 2009; Calvete y Orue 2010). En cambio, Waller, Babbs, Milligan, Meyer, Ohanian y Leung (2002) en un grupo de trastornos de la conducta alimentaria encuentra a nivel de rasgo de agresividad los mismos esquemas, a los que se le añadían algunos esquemas de la dimensión de Deterioro en la Autonomía y que la supresión de la agresión estaba relacionado con los esquemas. En un estudio reciente, Shorey, Elmquist, Anderson, Stuart (2015), en pacientes en un entorno residencial de tratamiento de las adicciones encontraba que el dominio de Límites insuficientes estaba positivamente asociado con la agresión verbal y una actitud agresiva, y la agresión en general, mientras que el dominio de la Desconexión y Rechazo estaba positivamente asociado con la agresión física.

El rasgo de Alejamiento Social definido como la distancia social y una baja deseabilidad social obtenía una asociación positiva con la Privación emocional con un coeficiente de correlación bajo. No encontramos otras referencias más que la similitud con las subescalas de evitación y evitación de la intimidad del cuestionario de personalidad del DSM-5, donde la privación emocional obtiene una asociación alta con esa escala. Desde la perspectiva de la TE, la privación emocional implica carencias afectivas y emocionales, los pacientes no esperan que les cuiden, les comprendan o protejan, en consecuencia no esperan un apoyo emocional, no lo piden y no lo obtienen (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Por lo tanto esta asociación es congruente con esta expectativa de mantener una distancia social y no esperar ser deseables socialmente.

Por último, **la escala de Socialización** cuyo contenido está relacionado con experiencias

positivas de la infancia, buen ajuste social y escolar, y una satisfacción general; se asoció de manera negativa con los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Subyugación. Los coeficientes eran entre bajos y moderados, en la puntuación total del CEY fue moderada. La asociación de esta escala con la mitad de los esquemas, da un indicador que los esquemas recogen experiencias negativas, dificultades para sentir un buen ajuste social y escolar con un insatisfacción asociada a estas experiencias, da sentido a los hipotetizadas experiencias negativas de la infancia como orígenes de los esquemas. Existe extensa literatura acerca del riesgo a desarrollar psicopatología en adolescentes que asocian la adversidad, entendida como la experiencia de negligencia y de abuso en la infancia, con la depresión en la infancia, adolescencia y edad adulta (Brown, Cohen, Johnson y Smailes, 1999; Kilpatrick et al., 2003; Schraedley, Gotlib, y Hayward, 1999; Harkness y Lumley, 2009) y del papel de las experiencias traumáticas, abuso sexual en los trastornos de la personalidad, sobretodo TP Límite y Antisocial (Lobbestael, Arntz y Sieswerda, 2005; Sempertegui *et al.*, 2013). Existe evidencia disponible de que los esquemas median entre la adversidad y la depresión en muestras no clínicas (Harris y Curtis 2002, Calvete 2014), en muestras clínicas (Harkness y Lumley, 2007; McGin, Cukor y Sanderson 2005). No obstante, un elemento de alta complejidad y que se escapa de esta discusión, es como estos eventos adversos en la vida generan la psicopatología, el rol de los estresores agudos o crónicos, del temperamento, de los esquemas y de los sistemas cerebrales causan esta psicopatología y una vez identificados como mejorar los tratamientos (Goodyer, 2002; McGowan y Szyf; 2010; Renner y Arntz 2013; Dozois y Rnic; 2015).

Búsqueda de Sensaciones no planificada e impulsiva, ninguna asociación de los esquemas con la búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

CEY y BIS: Los resultados de nuestro estudio muestran que las relaciones de las escalas del CEY-VR con todas las escalas de impulsividad fueron entre moderadas y bajas. La variancia explicada de la impulsividad en relación al CEY-VR fue muy baja. En resumen existe muy poca asociación entre la impulsividad y los esquema tal como esperábamos. El único estudio que relaciona impulsividad y los esquemas de manera directa es el de Bach *et al.*, 2015, en él la subescala de Impulsividad del rasgo Desinhibición se asocia con coeficientes de correlación bajos con los esquemas. En un principio no deben existir

asociaciones fuertes, ya que son constructos completamente distintos y no deberían converger. Con el constructo que debería converger serían con el constructo de estado de los Modos de Esquemas, y concretamente con el estilo emocional-cognitivo y conductual del Niño Enfadado e impulsivo como un modo donde sienten necesidad de descargar la rabia y de satisfacer las necesidades emocionales de un modo impusivo que es central en el tratamiento de los TP Límites y Antisociales.

Correlaciones parciales del CEY y los Rasgos de Personalidad: Hasta ahora hemos analizado las correlaciones y parte de la variancia explicada, en ningún momento hemos hecho énfasis en las correlaciones semiparciales. Esta correlación, nos indica la asociación de una variable sin el efecto de las otras e implica criterios más exigentes que la correlación a la hora de establecer asociaciones entre variables. Por este motivo estas asociaciones pueden ser incorporados con cautela en la práctica clínica raíz de los criterios estadísticos rigurosos y deberían tenerse en cuenta para investigar en un futuro. A nivel de validez convergente debemos encontrar relaciones moderadas con estas variables debido a que son rasgos de personalidad pero no son constructos isomórficos con los esquemas. Por lo tanto aquellas correlaciones parciales mayores a 0,40 deben entenderse un signo de validez convergente entre los rasgos de personalidad y los esquemas, pero a la vez discriminante, los coeficientes de correlación múltiple de los rasgos de personalidad para explicar los esquemas, no superan el 50 % de variancia explicada por parte de estos rasgos. Este aspecto es interesante ya que Bach *et al.*, (2015) Encuentra que los rasgos desadaptativos del DSM-5 explican un 89 % de los esquemas, y a su vez los esquemas explican un 87% de los rasgos de personalidad desadaptativos, con lo cuál si se confirma en el futuro esta asociación estaríamos hablando de constructos muy parecidos. Por este motivo, y en base a los pocos estudios que hay de relación de los esquemas con rasgos de personalidad bien definidos y con una larga tradición experimental como son el sistema de activación conductual o el sistema de inhibición conductual, la afectividad negativa y la Emocionabilidad, vamos a selección aquellos aspectos que nos parece interesante incorporar en el conocimiento al modelo de TE. Específicamente se debería tener en cuenta las asociaciones encontradas entre Susceptibilidad al Castigo, Afecto Negativo y los esquemas. Las asociaciones de los esquemas de Privación Emocional, Desconfianza, Aislamiento Social, Dependencia, Subyugación, Insuficiente Autocontrol y la puntuación total del CEY con los rasgos más neurobiológicos de la Escala de personalidad de la

Karolinska. A nivel de esquemas individuales, la asociación entre la Privación Emocional y el Alejamiento Social; la Subyugación con la baja socialización; la asociación entre Grandiosidad y los rasgos de Susceptibilidad a la Recompensa, y Baja Socialización. Y en menor medida los resultados con la Impulsividad y la Afectividad Positivo (bajo).

A continuación y atendiendo a que la TE no especifica que modelo de temperamento incluir en su evaluación, nos parece interesante plantear la evaluación de la Sensibilidad al Castigo y a la Recompensa en la conceptualización de la terapia de esquemas. A continuación presentamos una serie de aspectos a tener en cuenta en la fase de evaluación de esquemas con una alta Sensibilidad al Castigo: (a) Problemas iniciales: Síntomas relacionados con la ansiedad. (b) Historia de la vida: Patrón de evitación pasiva, problemas con la asertividad. (c) Recuerdos y escenas: “fóbicas, ansiedad, miedos, preocupación”. (d) Visión de la vida: Pesimistas y poco felices. (e) Activación Esquemas: Preocupación y miedo ante los ejercicios de “Imaginación” y las “tareas conductuales”. (f) Estilos de Afrontamiento: posible más utilización de Sumisión, Retirada Psicológica, Aislamiento social, y T. Adictiva, Excesivo Orden. En la fase de cambio es posible la presencia de cogniciones de amenaza, a nivel de estilos de Afrontamiento sería necesario fomentar las técnicas conductuales de exposición a estímulos, técnicas del manejo de la ansiedad, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, en la relación terapéutica fomentar habilidades y evitar la búsqueda de apoyo, y en las relaciones con los demás: Sumisión vs. dependencia saludable.

El resumen del área de temperamento y personalidad. Las puntuaciones en las escalas del CEY-VR esta asociadas positivamente con niveles entre moderados y bajos con los rasgos temperamentales y de personalidad internalizantes de Susceptibilidad al Castigo, Afecto Negativo, Emocionabilidad Negativa. En cambio está poco asociada a rasgos externalizantes como el Afecto Positivo (negativo), Inconformismo no agresivo, Búsqueda de Sensaciones e Impulsividad. Los rasgos internalizantes explican una variancia cercana a un 40 % de los esquemas, que nos indican una adecuada validez convergente. En cambio los rasgos externalizantes explican una variancia del como máximo el 25 %, lo que nos indica una adecuada validez discriminante.

6.2. CEY y psicopatología

CEY y BDI: Tal como esperábamos los esquemas estaban relacionados de una manera moderada con la escala de Depresión de Beck (BDI) mostraba asociaciones positivas con los 15 esquemas con coeficientes moderados. No obstante la puntuación total (CEY-VR-total) y el BDI-I, fue positiva y alta. Estos resultados van en consonancia con los resultados de otras investigaciones con puntuaciones altas en muestras de trastornos bipolares (Hawke y Provencher, 2012), en pacientes con trastornos depresivos (Renner *et al.*, 2012) y en poblaciones no clínicas (Cormier, Jourda, Laros, Walberg y Callahen, 2011; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001). Los argumentos de estas altas asociaciones, tienen que ver con la probada hiperactividad de los esquemas, independientemente de los eventos estresantes, que genera malestar emocional y se asocia con la presencia de síntomas (Schmidt y Joiner, 2004). Un estudio experimental ha mostrado que el incremento en los esquemas incrementaba la severidad de la depresión (Csuklya, Telek, Filipovits, Takács, Unokaa y Simona (2012). En cambio Shorey, Stuart y Anderson (2013), encontraron correlaciones moderadas entre la depresión y los esquemas.

La correlación parcial mostraba asociaciones positivas del BDI con Dependencia, Fracaso y Vulnerabilidad al Peligro. La participación de estos esquemas, Dependencia (Camara y Calvete, 2012; Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann y Waterloo, 2009; Hirsch, Hautekeete y Kochman, 2001), Fracaso (Darvishi *et al.*, 2013; Hirsch, Hautekeete, Kochman 2001; Renner *et al.* 2012; Waller, Shah, Ohanian y Elliot 2001,) y Vulnerabilidad al Peligro Halvorsen *et al.* 2009) conjuntamente con otros del dominio de Límites Insuficientes y Desconexión han mostrado su asociación en el trastorno depresivo mayor.

La correlación múltiple al cuadrado de nuestro estudio explicaba un 50 % de la variancia de la Depresión, parecida a las variancias explicada por Renner (2012) en pacientes depresivos, inferior a la encontrada por Halvorsen *et al.*, (2009), Riso *et al.*, (2006), Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, (2001) en pacientes con trastorno depresivo donde fuer superior a >50, y superior a la explicada por Darvishi *et al.*, (2013).

CEY y SCL-90-R: El índice general de malestar (GSI) tenía asociaciones positivas con todos los esquemas y con la puntuación total del CEY. Los índices de correlación fueron entre bajos y moderados. El índice global de Severidad (GSI) se asociaba positivamente y con puntuaciones altas con la puntuación total del CEY. Sin embargo no se encontraron ninguna relación entre los esquema y el índice GSI. Las escalas del CEY-VR explicaba un 50 % de la variancia del índice general de malestar.

Bosmans, Braet y Van Vlierberghe (2010) encuentra asociaciones entre bajas y moderadas con las dimensiones de esquemas, a excepción de Separación y Rechazo que fue alta (0,60), Recientemente Kriston *et al.*,2013 encuentra coeficientes de correlación más altos entre los síntomas de malestar y los esquemas, que los coeficientes de correlación entre una medida de personalidad y los esquemas, y pone de manifiesto la complejidad a la hora de interpretar estos resultados en relación a los esquemas como medidas de rasgo de personalidad y la influencia de la presencia de los síntomas en las respuestas del CEY-R.

En nuestro estudio los resultados de la correlación semiparcial no encontraban asociaciones entre los esquemas y el índice de malestar pero en, pero en cambio las escalas del CEY-VR explican un 50 % de la variancia del índice de severidad GSI. Este indicador es signo claro de la presencia de psicopatología y de malestar asociado a síntomas. Por lo tanto, a nuestro modo de ver, la pregunta correcta en este caso sería, si los esquemas son factores de riesgo o vulnerabilidad para presentar un trastorno mental, ansiedad, depresión, conductas adictivas, y deberíamos responder a la pregunta acerca de cuál es el nivel de asociación que deben tener con los síntomas. En otras palabras, que validez convergente esperamos y así mismo cuales son los criterios de validez discriminante. Probablemente la solución sea la misma que proponía Riso *et al.* (2006) en sus conclusiones del estudio de depresión. Es importante que la investigación pueda delimitar que naturaleza de los esquemas funciona como rasgos y que parte de ellos es dependiente del estado, de los síntomas específicos tal como ha definido Zuroff (1999).

CEY y Escala de Actitud Disfuncionales

Las asociaciones entre la Escala de Actitudes Disfuncionales, en su puntuación total y las escalas del CEY fueron negativas, en general de moderadas a bajas. El único esquema que no se relacionaba con EAD fue las Metas Inalcanzables. Las correlaciones

semiparciales fueron no significativas en ninguna escala del CEY. El coeficiente de correlación múltiple entre los esquemas y la puntuación total de la escala de actitudes disfuncionales, muestra que la variancia explicada por los esquemas de las actitudes disfuncionales fue de un 41 %. No se observaron correlaciones semiparciales significativas entre los esquemas y el EAD. Por último, la correlación entre la puntuación total del cuestionario Esquemas (CEY-VR-total) y la puntuación total de la EAD (EAD-Total) fue moderada, y negativa, la correlación múltiple al cuadrado fue de un 34% que es la proporción de variancia que explicaba el CEY de la puntuación total de las actitudes disfuncionales.

Las correlaciones obtenidas en nuestro estudio son menores a las que encuentran en otros estudios con trastornos depresivos, donde se observan asociaciones altas, superiores a 0,60 (Halvorsen *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2010). En cambio cuando controlan los niveles de depresión, obtiene asociaciones muy parecidas a las de nuestro estudio Wang *et al.*, (2010). La EAD ha sido la escala que ha utilizado el modelo cognitivo-conductual para medir e identificar a las personas con riesgo de depresión (Scaher, Ingran, Seagal, 20015), es una escala que mide creencias en relación a que la felicidad depende de ser perfecto, de tenerlo todo bajo control o de la aprobación de los demás (Beck, Hollon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985). En sus inicios los estudios transversales mostraban que posiblemente era una creencia dependiente del estado de ánimo (Clark & Beck, 1999; Ingram, Miranda, & Segal, 1988; Power, Duggan, Lee, & Murray, 1995) aspecto que también se encuentra en los estudios de tratamiento (Beevers & Miller, 2004; Hamilton & Abramson, 1983; Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis, 1999). No obstante, se ha observado que en pacientes que se han recuperado de la depresión continúan teniendo altas puntuaciones en la DAS. (Beevers y Miller, 2004; Peselow, Robins, Block, Baraouche y Five, 1990; Zuroff *et al.*, 1999) y en los estudios de seguimiento a 9 años de pacientes con trastornos depresivos se observa la estabilidad de la escala DAS (Halvorsen *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2010). Un error frecuente a nivel de investigación y de algunos autores ha sido asimilar que la DAS y el CEY como miden esquemas miden el mismo constructo. Tal como acabamos de describir las creencias centrales que mide la DAS son distintas a la definición de esquema, y sus objetivos distintos. La DAS se construyó para medir creencias que permitan identificar un factor de vulnerabilidad de la depresión y el CEY está diseñado para identificar esquemas relacionadas con el autoconcepto y que se comporten como un rasgo

de personalidad. Por lo tanto, es razonable encontrar la relación de convergencia como serían la alta variancia explicada de los esquemas en relación a la DAS, un 41 % para el conjunto de 15 esquemas y un 34 % para el CEY-VR-total y/o la asociación elevada con la puntuación total de los esquemas y la DAS, pero no podemos afirmar que sean constructos asimilables en el sentido estricto de la validez convergente, aspecto que corroboraría la falta de significación de las correlaciones semiparciales.

CEY y escala de Autoestima de Rosenberg

La escala de Autoestima de Rosenberg en su puntuación total presentaba asociaciones negativas con las escalas del CEY-VR. El análisis de los resultados de nuestro estudio en relación a los coeficientes de correlación, de correlación semiparcial y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado nos indica que la relación entre los esquemas medidos por el CEY-VR y la autoestima medida por la escala de Autoestima es escasa. No hemos encontrado estudios donde comparar nuestros resultados. No obstante, la Escala de Autoestima de Rosenberg mide el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, y aunque uno pueda pensar que es obvio que las consecuencias de los esquemas serían tener un sentimiento de insatisfacción, y que las personas con esquemas hipervalentes se pueda pensar que tienen menos autoestima, la relación que hemos encontrado es la esperábamos, poca convergencia entre estas dos variables.

CEY y la escala EMCA

La asociación entre las escalas de craving del EMCA y los esquemas fue positiva. Los coeficientes de correlación fueron entre moderadas y bajas. La única correlación semiparcial significativa fue entre el esquema de Dependencia y la puntuación global de craving del EMCA. La variancia explicada por los esquemas de las escalas del EMCA no superó el 23 % para la escala deseo de consumir. En resumen, poca asociación entre los esquemas y las escalas de craving del EMCA.

No existen referencias donde podamos comparar, pero esperábamos obtener una capacidad discriminante entre estas dos escalas, dado que son constructos poco interrelacionados. En

las conductas adictivas se define como un estado emocional subjetivo de deseo intenso de beber o de auto-administrarse una droga (Tiffany y Conklin, 2009) y como un fenómeno psicobiológico en el que inciden una gran diversidad de aspectos situacionales, motivacionales, cognitivos, emocionales, conductuales y de personalidad (Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, Trujols J, Tejero A, Suárez A, Martí A 2004). Además existe extensa literatura que relaciona los componentes intrapsíquicos como desencadenantes de situaciones de riesgo y de deseo de consumir, pero se desconoce el papel de los esquemas en la generación de estos estados emocionales subjetivos de deseo intenso de consumir, y probablemente sería necesario otro tipo de metodología experimental para poder establecer el papel de los esquemas en el deseo de consumir. Un aspecto relevante fue la asociación del esquema Dependencia y el deseo de beber en las 3 escalas.

Resumen del área de variables psicopatológicas. Se obtienen asociaciones de las escalas del CEY-VR entre moderadas con la depresión y los síntomas psicopatológicos, estas asociaciones son altas cuando se realizan con entre la puntuación total del CEY-VR y la puntuación total de estas escalas o índice global (BDI-I y SCL-90-R). En cambio con la escala de actitudes disfuncionales es una asociación moderada. Sin embargo, las asociaciones entre la autoestima y el CEY-VR fueron negativas, pero sólo significativas en pocas escalas y con índices bajos. Por otra parte, tal como esperábamos, se obtienen asociaciones bajas y poco relevantes con el deseo de consumir. Los esquemas convergen moderadamente con los síntomas, con las actitudes disfuncionales. Por lo tanto las escalas del CEY-VR convergen relativamente con los síntomas y se diferencian lo suficiente a nivel de validez discriminante.

6.3. Variables sociodemográficas

En lo que concierne a las variables de la historia clínica se han estudiado el comportamiento de la puntuación del cuestionario de esquemas en función de la edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, si las personas estaban tomando tratamiento farmacológico para su enfermedad mental, de los antecedentes personales de enfermedad mental, de los antecedentes familiares de enfermedad mental,

Edad

La edad se asociaba significativamente con Aislamiento Social, Apego, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol y el CEY-VR-total, aunque las asociaciones con bajas. Estas asociaciones están en la línea de lo esperable en los estudios de personalidad, y no afectan a la interpretabilidad de los resultados.

Diferencias de género

Respecto a las diferencias de género en las puntuaciones del CEY, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres en la mayoría de esquemas, aunque la corrección de Bonferroni, disminuyó el número de esquemas con diferencia significativas que finalmente fueron siete los esquemas de la dimensión teórica de Desconexión (Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección y Aislamiento Social) y de Dirigidos a las necesidades de los Demás (Autosacrificio y Subyugación) y a un esquema de Deterioro en la Autonomía que fue Vulnerabilidad al Peligro) irían en la línea de los resultados obtenidos en muestras clínicas de Schorey, Anderson y Stuart (2012) donde las mujeres con T Dependencia a alcohol y opiáceos puntuaban más alto en los esquemas que las mujeres y de Welburn, Coristine, Daga, Pontefrac y Jordan (2002) donde obtenían mayores puntuaciones de las mujeres cuatro esquemas, dos de ellos coincidentes con nuestro estudio, Abandono y Autosacrificio. Como bien indicamos en el marco teórico es necesario tener en cuenta la variable género en los análisis, tal como ocurre con la edad para no tener efectos de variables espúreas en los datos, sobretodo en población clínica.

Resumen Área de variables sociodemográficas. Tal como esperábamos, las mujeres muestran puntuaciones más elevadas que los hombres en las escalas del CEY-VR (validez convergente). No obtuvimos asociaciones significativas entre las puntuaciones en las escalas del CEY-VR y la edad.

6.4. Variables clínicas y funcionales

Tratamiento farmacológico

En lo que concierne al tratamiento farmacológico, los participantes que estaban tomando tratamiento farmacológico puntuaron significativamente más alto en Privación Emocional, Desconfianza, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro y Apego. No hemos encontrado referencias ante la evaluación de los esquemas con los criterios de una estabilidad sintomática suficiente para poder administrar el CEY y que los participantes estuvieran estables en relación a la medicación, sin cambio de dosis significativa ni de tratamiento farmacológico. La única referencia acerca del cambio del CEY ante la administración de un tratamiento anti-depresivo es de Atalay, Atalay y Bagdaççek (2011) en los que esquemas de Abandono, Desconfianza, Privación Emocional, Imperfección, Vulnerabilidad, Búsqueda de Aprobación, Insuficiente Autocontrol e Inhibición Emocional que no son esquemas estado dependientes.

En este sentido, si lo comparamos con los resultados de nuestro estudio, donde el 65,9 % de la muestra estaba tomando medicación, se corroboraría que el cuestionario es capaz de recoger las creencias asociadas a la psicopatología independientemente del tratamiento farmacológico que se recibía para los trastornos del Eje I o para los rasgos desadaptativos de la personalidad. Existen estudios que muestran como los ISSR modulan la expresión de los rasgos de la personalidad, y el estado de ánimo (Referencias), podríamos aventurar como que el tratamiento psicofarmacológico, modularía las fluctuaciones en el estado de ánimo y permitiría que una actividad como la administración de un cuestionario acerca de cómo se ve a sí mismo y como interpreta las relaciones con los demás se pudiera realizar de manera reflexiva y con una consciencia de describirse a sí mismo, sin estar impregnado de emociones intensas o síntomas afectivos y ansiosos que pudieran afectar elevadas puntuaciones en el CEY. Este planteamiento sería coherente con los resultados que obtienen los estudios de tratamiento farmacológico en las diferentes patologías psiquiátricas o síndromes clínicos. Por regla general, las escalas de rasgos de personalidad que se administran para conocer el nivel de cambio, son menos sensibles al cambio que las escalas de estado o sintomáticas, que es donde se registran niveles de cambio adecuados en

dirección a lo esperado. (Ejemplos). Si atendemos a estudios donde se administra fármacos antidepresivos e inhibidores de la recaptación de la serotonina y se evalúa los cambios mediante escalas, encontramos que las medidas de rasgos de personalidad son más difíciles que existan cambios después de haberse instaurado el tratamiento. En cambio, las escalas sintomáticas sí que son sensibles a este cambio.

Antecedentes Personales Psiquiátricos

Antecedentes Personales Psiquiátricos, los participantes que tenían antecedentes psiquiátricos puntuaron significativamente más alto en dos esquemas de la dimensión separación rechazo, Abandono y Desconfianza. Existen estudios que muestran que los antecedentes personales de haber tenido una enfermedad psiquiátrica son indicadores de posible mal pronóstico.

Antecedentes Familiares Psiquiátricos

Todos los esquemas a excepción de Metas Inalcanzables puntuaron más alto en el grupo de Antecedentes Psiquiátricos Familiares. El grado de asociación entre antecedentes familiares y la presencia de esquemas, es difícil de establecer. Está bien documentado que la presencia de psicopatología aumenta el riesgo psicosocial (Paris 2000). Una explicación plausible sería que aunque seguramente está medida por variables genéticas y del entorno familiar y social adverso.

CEY y HoNOS

Los resultados mostraron que la asociación entre la escala del CEY-VR y la escala HoNOS es escasa. Las correlaciones de Pearson fueron bajas, y sólo una escala obtuvo una correlación semiparcial significativa que fue el esquema Fracaso y la escala de Problemas Sociales. La variancia explicada por los esquemas fue muy baja, menor al 20 %.

No se ha encontrado ningún estudio de aplicación previa de la escala HoNOS y los esquemas. A raíz de los resultados encontrados podemos afirmar que la relación entre una escala que implica recoger información sobre la conducta que realiza un paciente durante

un periodo de dos semanas para estimar el impacto del TM en la vida de la persona y los esquemas es poco consistente, siendo una medida de validez discriminante. La valoración del impacto de un trastorno mental en la escala HoNOS se realiza en base al repertorio conductual y las necesidades que se observan de soporte. La escasa relación entre la valoración de este impacto y los esquemas no indicarían que la conducta no forma parte de los esquemas, a pesar de que la guíe.

Escala Evaluación Actividad Gobal y Escala evaluación actividad social y laboral

La asociación entre la Escala Evaluación Actividad Global y el CEY fue negativa y significativa para cuatro esquemas, los índices de correlación fueron bajos. Los resultados no mostraron ninguna relación entre los esquemas y el EEAG en los índices de correlación semiparcial. La variancia explicada por los esquemas de la Actividad Global fue menor a un 15 %. Esta misma tendencia se observó con la Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral, asociación negativa y significativa sólo para el esquema de Fracaso, tanto en la correlación de pearson como para la correlación semiparcial, con un índice bajo de correlación. El coeficiente de correlación múltiple al cuadrado indicó que los esquemas explicaron un 16 % de la EEASL.

Ests resultados están en consonancia con los obtenidos asociaciones negativas y bajas en el EEAG (Hawke y Provencher 2012). Las escalas del DSM-IV se crearon para poder conocer el funcionamiento global y el funcionamiento laboral y social en función del impacto de los síntomas del Trastorno Mental, son medidas que dan una valoración en un eje de 100 puntos que a su vez indica este nivel de funcionamiento. En cambio los esquemas forman parte del autoconcepto, son la personalidad percibida internamente por la persona, y el CEY realiza una valoración de ese autoconcepto. El funcionamiento es un constructo eminentemente conductual y los esquemas es un cosntructo cognitivo-emocional que están en ejes distintos, y por lo que observamos los esquemas no se asocian al funcionalismo global, ni tampoco al laboral y social. Por lo tanto, el EEAG y EEASL aporta una validez discriminante a los esquemas, e indicaría que la conducta puede ser guiada por los esquemas pero no predicha por estos esquemas.

Diagnósticos Clínicos de Trastornos Mentales, Trastornos de Personalidad y CEY.

Cuando se compararon cada uno de los trastornos mentales del Eje I en función de la presencia y/o ausencia de TP, encontramos que todos los grupos de trastornos mentales del Eje I con presencia de patología de personalidad puntuaron significativamente más alto que los grupos de Trastornos mentales del Eje I sin patología de TP. La tendencia fue que los esquemas y la puntuación total puntuaban más alto en el grupo con presencia de TP. Estos resultados van en consonancia a las investigaciones donde los esquemas son más hipervalenes en el grupo de TP en comparación a los grupos de Trastornos mentales (Mauchanda; 2011. Mihaescu *et al.*, 1997; Schmidt *et al.*, 1995, Lee, Stuart y Dunn, 1999; Nordhal, Holthe y Haugum, 2005).

Comparación Diagnósticos de TM sin Trastornos de la Personalidad

Al comparar los grupos de Trastornos Mentales, Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Conductas adictivas, u otros trastornos mentales, sin la presencia de un TP, observábamos que en 4 esquemas no se obtuvieron diferencias entre los cuatro grupos, Abandono, Apego, Insuficiente Control e Inhibición Emocional. Los resultados mostraron que los trastornos depresivos obtenían las puntuaciones más elevadas en todos los esquemas y la puntuación total del CEY. En cambio, las conductas adictivas fueron el grupo que puntuaba más bajo en las escalas del CEY. La puntuación total del CEY, mostraba que los T Estado de Ánimo puntuaban más alto que el resto de trastornos y los T Ansiedad más alto que las conductas adictivas. Los otros trastornos mentales no se diferenciaban de los T Ansiedad pero si de las conductas adictivas.

En relación a los esquemas, los Trastornos Estado de Ánimo seguían la misma tendencia el CEY-VR-total puntuaban significativamente más alto en todos los esquemas en comparación con las conductas adictivas. Bailleaux, Romo, Kindynis, Radtchenko, Debray (2008) encuentran diferencias en Aislamiento Social y Fracaso en una pequeña muestra de pacientes ingresados con depresión cuando los comparaba con pacientes también ingresados de T dependencia del alcohol. En otro estudio, Shorey, Stuart y Anderson (2013) encuentran que las mujeres con un trastorno dependencia a opiáceos y que presentaban síntomas depresivos compatibles con un trastorno depresivo, evaluado por la significación de la escala Depresión del MMPI, puntuaban más alto en nueve de

dieciocho escalas del CEY. Y por último, en la misma línea Waller, Shah, Ohanian y Elliot (2001) muestra que en dos grupos, uno con un trastorno depresivo y otro con bulimia y depresión severa puntuaban significativamente más alto en todos los esquemas en comparación con otros grupos de trastornos de la conducta alimentaria sin depresión.

Los trastornos del estado de ánimo se diferenciaban de los trastornos de ansiedad en tres esquemas del dominio de separación y rechazo (Privación Emocional, Desconfianza y Aislamiento Social) y Subyugación. En esta área, hay muchos estudios de validez discriminante donde se comparan los T Depresivos con grupos control, o entre trastorno depresivo y bipolar pero existe poca investigación que haya comparado distintos grupos de TM e intentado definir perfiles de esquemas diferenciados, para probar la validez discriminante de los esquemas y su especificidad. Atalay, Atalay y Bagdaçiçek, (2011) encuentran que los trastornos depresivos mayores en fase aguda y antes de iniciar un tratamiento farmacológico puntúan significativamente más alto en los esquemas en los esquemas de la dimensión Separación y Rechazo (Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social), los esquemas de la dimensión Sobrevigilancia e Inhibición (Metas Inalcanzables e Inhibición Emocional) y Fracaso y Subyugación. En este sentido, todos los esquemas que surgieron en nuestro estudio también aparecen en el estudio de Atalay et. al (2011), aunque fueron menos esquemas os que fueron significativos. Desconocemos hasta qué punto los criterios clínicos de administración del CEY donde no se administran una prueba de personalidad si se está introduciendo una medicación y/o se está cambiando el tipo de psicofármacos hace que obtengamos unos resultados de menos hipervalencia de los esquemas en comparación con pacientes que se les acaba de realizar un diagnóstico de T Depresivo o T pánico, y se les va a introducir un tratamiento farmacológico.

Los T Ansiedad puntuaban más alto en los esquemas de Desconfianza, Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro y Metas Inalcanzables que los T por Dependencia al Alcohol. Hawke y Provencher (2011) destaca que Vulnerabilidad al Peligro es uno de los esquemas que están asociados a la ansiedad. Metas inalcanzables es un esquema con puntuaciones más bajas en muestras de conductas adictivas con grupos no clínicos (Schorey et al., 2014; Tukaçar y Ince ,2004). Por último, el grupo de Otros TM puntuaban significativamente más alto en Fracaso, Vulnerabilidad y Autosacrificio que el grupo de conductas adictivas,

mostrando la tendencia que las conductas adictivas puntúan más bajo en las escalas del CEY-VR.

Resumen del Área de variables clínicas y funcionales. Las asociaciones con los instrumentos de evaluación del funcionamiento global (negativas) y del impacto de los trastornos mentales son bajas, cosa que parece indicar que la conducta no forma parte de los esquemas. En relación al tratamiento farmacológico, obtuvimos diferencias en siete esquemas: Privación Emocional, Desconfianza, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al Peligro y Apego con puntuaciones más elevadas en el grupo que tomaba tratamiento farmacológico. Estas diferencias no muestran que la puntuación del CEY-VR se vea afectada por el tratamiento es un efecto de la muestra de estudio, donde casi el 70% estaba tomando psicofármacos como parte de su tratamiento del trastorno mental.

6.3. Validez Incremental de los Síntomas

Los resultados de si los esquemas son capaces de incrementar la variancia explicada de la Depresión (BDI) cuando entran en juego otros predictores como los rasgos de personalidad, concretamente el Afecto Positivo y el Afecto mostraron que el CEY-VR-total incrementaba la variancia en un 8 %, explicando más de un 60 % de la variancia. Estos resultados se confirmaban al entrar los esquemas que salían significativos en las correlaciones semiparciales (Privación Emocional, Desconfianza y Aislamiento Social). En este caso incrementaban la variancia explicada en un 9 % y explicaban en total un 65 % de la variancia. Estos resultados concuerdan con los de Thimm (2010) donde muestra que la puntuación total del esquemas aportaban un 11% de variancia incremental utilizando el modelo de cinco factores (Costa y Mcrae, 1992). Saritas (2012) también encontró que los esquemas aportaban una variancia incremental a la explicación de la depresión.

En la misma línea de resultados, las proporciones de la variancia incremental que obtuvimos fueron similares cuando para explicar la severidad de los síntomas mediante el Índice GSI, entrando primero el Afecto Positivo y el Afecto Negativo, después el PDQ-4+, y por último los esquemas o la puntuación total del CEY-VR-total. Los resultados indicaron que la variancia explicada final por los dos modelos fue la misma, cerca de un

60%, en cambio los esquemas de Vulnerabilidad al Peligro y Dependencia aportaban un 12 % de variancia incremental, a diferencia del 8% que aportó la puntuación del CEY total. A pesar de no tener referencias de otros estudios de variancia incremental, estos dos esquemas surgen en los estudios de predicción de psicopatología general no depresiva, de tipo más ansiosa, (Hawke y Provencher 2011) recordemos que la población con la que se realiza este análisis de regresión son adictos que están en un proceso de deshabituación en una comunidad terapéutica.

Estos resultados nos indican que las escalas del CEY-VR aportan información distinta en la comprensión de la psicopatología, la depresión y la severidad de los síntomas. A pesar de que las proporciones de variancia no sean más elevadas, desde la perspectiva clínica los esquemas aportan matices a la comprensión de la sintomatología presenten en los casos y por tanto ayudan a la organización de la conceptualización y la planificación del tratamiento.

Resumen de la validez incremental del CEY-VR en los síntomas. Las escalas del CEY-VR proporciona una validez incremental con una variancia explicada de menos de un 10 % de las variables psicopatológicas (depresión y severidad de los síntomas) más allá de los rasgos de personalidad (PANAS y PDQ-4+). Es capaz de recoger aspectos de los síntomas de psicopatología distintos a los de los rasgos de personalidad.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene una serie de limitaciones. La primera se considera es un matiz con respecto al proceso de diagnóstico. Reconocemos que el diagnóstico clínico no implica *per se* un criterio de evaluación estricto. Existen estudios que ponen de manifiesto de la poca fiabilidad del diagnóstico clínico de los trastornos de la personalidad (Zimmerman et al. 1994), y estiman necesaria la evaluación de estos trastornos mediante entrevistas estructuradas. Es obvio que para conseguir una mayor rigurosidad metodológica sería necesaria la utilización de estas entrevistas.

No obstante, la realidad asistencial del contexto público de salud mental, donde se enmarca este estudio, pone de manifiesto las limitaciones en cuanto a la utilización de las entrevistas estructuradas en el diagnóstico de trastornos de la personalidad. Estas limitaciones vienen dadas por criterios de coste-eficacia: tres horas de administración de la entrevista para no poder guiar en la planificación de tratamiento. Esto hace que el uso de estas entrevistas estructuradas quede limitado en la mayoría de casos al contexto de la investigación.

El segundo aspecto es que no hemos testeado la relación entre el CEY-VR y modelos más consolidados de personalidad como pueden ser el de cinco grandes (Costa y McRae, 1996), el modelo dimensional de Cloninger (Cloninger y Stravick, 1999), ni tampoco no el nuevo modelo alternativo de rasgos del DSM-5 (Krueger *et. al*, 2015).

El tercer aspecto, a pesar de los resultados obtenidos en la sensibilidad al cambio deben considerarse exploratorios, y como una primera aproximación a un estudio futuro diseñado ad-hoc para identificar este componente de la validez.

VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El Cuestionario de Esquemas de Young, en su versión reducida (*Young Schema Questionnaire-Short Form*. Young y Brown, 1999; CEY-VR) es una escala de formato autoinforme que evalúa una taxonomía de 15 esquemas: Privación Emocional, Abandono, Desconfianza, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Fracaso, Vulnerabilidad al peligro, Apego, Grandiosidad, Autosacrificio, Autosacrificio, Subyugación, Inhibición Emocional y Metas Inalcanzables. Está formada por 75 ítems, con 5 ítems para cada esquema que están ordenados de forma aleatoria para evitar el sesgo de tendencia de respuesta.

El objetivo general de esta investigación fue el estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young-Versión Reducida (CEY-VR) en población clínica. Dicho instrumento de evaluación constituye la definición operacional de los esquemas precoces desadaptativos desarrollado por Young (1999). La hipótesis general del trabajo fue que la versión española del CEY-VR, aplicada en población clínica, posee una adecuada fiabilidad y validez, equiparables a las obtenidas por el autor en la versión original y por otros autores en diferentes adaptaciones a distintas lenguas. Un objetivo complementario fue aportar información relevante y contribuir al conocimiento del significado clínico de los constructos de esquemas.

Para conseguir estos objetivos se ha analizado en una muestra de 610 pacientes con diagnóstico clínico de trastorno del Eje I, de trastorno del Eje II o con ambos tipos de trastornos: a) la fiabilidad del instrumento; b) la validez de constructo; c) la validez de criterio, con los criterios clínicos de presencia/ausencia de TP, con las puntuaciones en el inventario de trastornos de la personalidad PDQ-4+, la sensibilidad al cambio y la validez incremental, la validez convergente/discriminante con medidas de personalidad (KSP, SCSR, PANAS, BIS), con medidas de síntomas de psicopatología (BDI-I, SCL-90-R, EAD, ROS y EMCA), con medidas de funcionalismo (HoNOS, EEAG y EEALS), con variables

sociodemográficas (edad y género) y con medidas clínicas (antecedentes de trastorno psiquiátrico, antecedentes de trastorno psiquiátrico familiar y tratamiento farmacológico).

Los resultados obtenidos en este estudio son parecidos a los otros estudios publicados con el CEY-VR en muestras clínicas y similares a los de los estudios realizados en nuestro país que utilizan la misma versión aunque sin ordenación aleatoria de los ítems (Cid y Torrubia, 2002). En este sentido, es preciso destacar el hecho de que es el primer estudio con población clínica realizado con la versión en España. De los resultados obtenidos podemos concluir los siguientes aspectos:

1. Fiabilidad. El CEY-VR, con algunas excepciones en dos escalas concretas, ha mostrado unos niveles adecuados de consistencia interna y de estabilidad temporal a las seis semanas

2. Validez de constructo. El CEY-VR muestra una estructura interna de 15 factores congruente con la estructura propuesta de 15 esquemas por Young (1990). Por lo que concierne a la estructura factorial de segundo orden, se valida la estructura factorial de cuatro factores propuesta por Lee, Dunn y Taylor (1999) para muestras clínicas.

3. Validez de criterio concurrente: Las puntuaciones en las escalas del CEY-VR se han mostrado: a) capaces de discriminar entre la presencia y la ausencia de un trastorno de la personalidad en muestras clínicas, con unos índices de sensibilidad y de especificidad aceptables, siendo dicho efecto independiente de la presencia o ausencia de trastorno mental concomitante en los individuos con TP; b) altamente asociadas con la puntuación total en el PDQ-R+, aunque los análisis muestran que miden constructos que no son isomórficos; c) sensibles a los criterios de severidad de Tyrer de los TP, con un perfil creciente de puntuaciones en las diferentes escalas del CEY-VR desde la ausencia de TP hasta la puntuación máxima de los esquemas en TP Grave.

5. Validez incremental. Las escalas del CEY-VR proporcionan validez incremental en la clasificación de los trastornos de la personalidad más allá de las variables psicopatológicas (depresión y severidad de síntomas), de los rasgos de personalidad (PANAS) y de otras medidas de TP (PDQ-4+). El incremento de variancia explicada se sitúa alrededor de un 10%. Este aspecto indica que las escalas del CEY-VR son capaces de explicar matices

relacionados con la organización de la personalidad y de sus trastornos que no recogen las escalas sintomáticas, de rasgos de personalidad y otras escalas para la evaluación de los TP.

6. Sensibilidad al cambio. Los esquemas tal como hemos visto poseen una estabilidad temporal adecuada, y las puntuaciones en las escalas de esquemas se han mostrado sensibles al cambio producido por las intervenciones psicológicas, en un intervalo medio de evaluación post- terapia psicológica de un año. En cambio, es difícil conocer la interpretabilidad de esta significación estadística.

7. Validez convergente y discriminante. a) En relación a variables psicopatológicas, clínicas, funcionales y de desadaptación, las puntuaciones en el CEY-VR se muestran asociadas de forma elevada o moderada con depresión, síntomas psicopatológicos, actitudes disfuncionales, socialización (en negativo) y género (validez convergente). En cambio, muestran asociaciones bajas con variables poco relacionadas, a priori, con el constructo como la autoestima, el deseo de consumir en pacientes con trastorno por uso de sustancias, la edad, el funcionamiento global y el impacto de los trastornos mentales (validez discriminante).

b) En relación a variables de temperamento y personalidad, las escalas del CEY-VR se muestran altamente asociadas con variables internalizantes (validez convergente) que nos indicaría que el sustrato donde se fundamentan los esquemas estaría relacionado con los rasgos temperamentales de tipo ansioso. En cambio se muestran poco asociadas con variables externalizantes (validez discriminante) lo que nos indicaría poca relación de los esquemas, salvo excepciones, con los rasgos temperamentales relacionados con los sistemas apetitivos de recompensa. Además, las escalas del CEY-VR muestran validez incremental respecto a dichas variables para predecir variables psicopatológicas, que aportan aportar matices a la organización de la personalidad y de sus trastornos.

Todo lo anterior nos permite afirmar que los esquemas precoces desadaptativos se perfilan como un constructo relevante y útil para el avance en el estudio y de los trastornos de la personalidad, y que la adaptación española del CEY-VR es un buen instrumento para evaluarlo en población clínica.

VII. REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Arlington, TX: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013b). *The Personality Inventory DSM-5 (PID-5) Self-Report Form (full version)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#Personality>

Arntz, A. (2008). Schema-focused therapy for borderline personality disorder: effectiveness and cost-effectiveness, evidence from a multicenter trial. *European Psychiatry*, 23, Suppl. 2, S65-S66.

Arntz A., y Genderen H. V. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorders*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Asselt, A. D. van, Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I.P., Nadort, M. y Severens, J.L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.

- Atalay, H., Atalay F., Karahan, D., y Çakiskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 268-279.
- Atienza, F.L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000) Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol XXII (1S2), 29-42.
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., y Kriston, L. (2015). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. *European Journal of Psychological* 35- 2015
- Bailleux S, Romo L, Kindynis S, Radtchenko A, Debray Q, (2008) Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation (chez des patients alcoolodépendants et des patients déprimés. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 18, 19—25
- Ball S. A., y Cecero J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72–83.
- Ball, S. A., y Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72–83.
- Bamelis L, Evers S, Spinhoven P y Arntz A. (2014) Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *Am J Psychiatry*; 171:305–322.
- Bamelis, L., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., y Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322.
- Bamelis, L., Renner, F., Heidkamp, D., y Arntz, A. (2010). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41–58.

- Carr y Francis Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2010), 83, 333–349
- Calvete, E., Orue, I., y González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of Early Maladaptive Schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 283–290.
- Calvete, E., Orue, I., y Hankin, B. L. (2013). Early Maladaptive Schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 278–288.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., y Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500–505
- Chakhssi, F., Bernstein, D. P., y de Ruiter, C. (2012). Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders. *Legal and Criminological Psychology*, 19, 1–17
- Baumeister R. F., Bushman B. J., y Campbell W. K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? *Current Directions in Psychological Science*, 9, 26–29.
- Baranoff, J., Oei, T. P. S., Kwon, S. M., y Cho, S. (2006). Factor structure and internal consistency of the young schema questionnaire (short form). *Journal of Affective Disorders*, 93, 133 – 140.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Bernstein DP, Arntz A y De Vos M. 2007, Schema Focused Therapy in Forensic Settings: heoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice *International Journal of Forensic Mental Health* Vol. 6, No. 2, pages 169-183
- Bernstein D. P., y Usuda J. D. (2007). Paranoid personality disorder. In S. O. Lilienfeld (Ed.), *Personality disorders:Toward the DSM-V*. (pp. 41–62). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Blissett JM y Farrow CV. (2007)Stability and continuity of women's core beliefs and psychopathological symptoms from pregnancy to one year postpartum. *Cognitive Therapy and Research*, , Vol. 31, No 5, 589-602
- Calvete E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36,1083–1095. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-008-9229-5>
- Calvete E., Estévez A., López de Arroyabe E., y 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.
- Calvete E., Orue I., y González-Díez Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 283–290
- Carr S. N., y Francis A. J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 333–349

- Cecero J, Beitel M, y Prout T Exploring the relationships among early maladaptive schemas, psychological mindedness and self-reported college adjustment *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2008), 81, 105–118
- Chakhssi F, Bernstein D y de Ruiter C. (2014) Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders *Legal and Criminological Psychology*), 19, 356–372
- Cid, J., y Torrubia, R. (2002, September). Schema as a construct in cognitive behavioral therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. *Communication presented in the XXXII European Association for Behavioural y Cognitive Therapies. Maastrich, Netherlands.*
- Cid, J., Tejero, A., y Torrubia, R. (1997). Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young [Spanish version of the Young Schema Questionnaire].
- Conde, V., y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- Clark, D. A., Beck, A. T., y Alford, B. A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy for depression. New York: John Wiley y Sons.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50 (12), 975-990.
- Derogatis, L. R. (1993). Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Dickhaut V y Arntz A. (2014) Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *J. Behav. Ther. y Exp. Psychiat.* 45 242-251
- Dozois DJA, Bieling PJ, Evraire L, Patelis-Siotis I, Hoar L, Susan Chudzik S, McCabe K y Westra HA. Changes in Core Beliefs (Early Maladaptive Schemas) and Self-

- Representation in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(3), 217–234, 2014.
- Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., & Chapman, A. L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 282-302.
- Dozois D.J.A., Martin Rod A y Bieling PJ. (2008) Early Maladaptive Schemas and Adaptive/Maladaptive Styles of Humor. *Cognitive Therapy Research* DOI 10.1007/s10608-008-9223-9
- Dozois D JA and Rnic K Core beliefs and self-schematic structure in depression *Current Opinion in Psychology* 2015, 4:98–103
- Dutra L., Callahan K., Forman, E. y Herman, M J. (2008) Core Schemas and Suicidality in a Chronically Traumatized Population *The Journal of Nervous and Mental Disease Vol 196*, N 1,
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echec E y Echeburúa, E. Trastornos de Personalidad en el DSM-5 *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(1):1-11
- Echec E y Echeburúa, E. (2014) La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitación. *Terapia psicológica*, Vol. 32, Nº 3, 255-264
- Eysenck, H. J. (1968). *Eysenck personality inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Farrell J. M., Shaw I. A., y Webber M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317–328.

- Farid Chakhssi F, Kersten T, de Ruiter C and Bernstein DP Treating the Untreatable: A Single Case Study of a Psychopathic Inpatient Treated With Schema Therapy. *Psychotherapy* 2014, Vol. 51, No. 3, 447–461
- Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., y Arntz A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of Schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658
- Glaser, B., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., y 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.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A., y Martí, A. Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving scale (MACS). *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 211-16.
- González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual. Madrid: TEA Ediciones*
- Grebot E et Marchand V Schémas précoces inadaptés chez des consommateurs de cannabis *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2008) 18, 98—103.
- Gude T., Hoffart A., Hedley L., y Rø Ø. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 604–610
- Gude T, and Hoffart A. (2008) Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders *Scand J Psychol* 49
- Gutierrez F y Vilar A Trastornos de Personalidad en el DSM-IV C. *Med. Psicosom*, N° 110 - 2014

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., y Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Halvorsen M., Wang C. E., Eisemann M., y Waterloo K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy y Research*, 34, 368–379.
- Harris, A. E., y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405 – 416.
- Haynes SN., y Lench H. (2003) Incremental Validity of New Clinical Assessment Measures Psychological Assessment, Vol. 15, No. 4, 456–466
- Hawke, L.D., y Provencher, M. D. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44, 40–49.
- Hinrichsen, H; Waller, G y Dhokia, R (2007) Core beliefs and social anxiety in the eating disorders. *Eat Weight Disord.* Vol 12,1: 14-18
- Hoffart S y Hoffart A. (2014) Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems. *Clin. Psychol. Psychother.* 11
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Shade, N., Markon, K. E., y Morey, L. C. (2013). DSM-5 pathological personality traits and the personality assessment inventory. *Assessment*, 20, 269-285.
- Hu L., y Bentler P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1–55.
- Jovev, M., y Jackson, H.J. (2004). Early Maladaptive Schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 467–478.

- Jöreskog K. G., y Sörbom D. (2006). *LISREL 8.8 for Windows*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc
- Jovev M., y Jackson H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 467–478.
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>
- Keulen-de Vos, ME., Bernstein, DP., Vanstipelen, S., de Vogel V., Tanja, P. C. Lucker T, Slaats M, Hartkoorn M y Arntz A (2014) Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. *Legal and Criminological Psychology*
- Kim, JE., Lee, SW, y Lee SJ. (2014) Relationship between early maladaptives chemas and symptom dimensions inpatients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 215 134–140
- Kriston, L., Schäfer J., von Wolff A., Härter M., y Hölzel L. P. (2012). The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: Are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology*, 68, 684–698.
- Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M., y Hölzel, L. P. (2013). Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 29(3), 205–212.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M., y Hölzel, L. P. (2012). The latent factor structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology*, 68, 684–698.
- Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G.A., Härter, M., y Hölzel, L. P. (2013). Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 205–212.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., y Skodol, A. E. (2012). Keeley, J. W., Flanagan, E. H., y McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the

- DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 657-674.
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post DSM-5 era. *Personality Disorders*, 4, 355-362.
- Krueger, R. F., y Hopwood, C. J. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptual- ization of personality and psychopathology. *Clinical Psy- chology: Science and Practice*, 21, 245–261.
- Krueger, R. F., y Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., y Chanen, A. M. (2011). A study of Maladaptive Schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30–39.
- Lee, C. W., Taylor, G., y Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441 – 451.
- Leung, N., y Price E., (2007) Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eat Behav* jan;8(1):65-72.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N., y Vernon, P. A. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(12), 1826.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., y Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 6.
- Livesley, W. J. (Ed.). (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.

- Lobbestael J, van Vreeswijk M y Arntz A Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76-85.
- Loper A. B. (2003). The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 253–266.
- Lumley, M. N., y Harkness, K. L. (2006). Evaluating the psychometric properties of the Young Schema Questionnaire in an adolescent sample. *Poster session presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association Convention*, Calgary, Alberta, Canada
- Lumley MN, Harkness KL Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research* 2007; 31, 5: 639-657
- McCarthy MC, Lumley MN. Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cogn Behav Ther.* 2012; 41(4):288-97. doi: 10.1080/16506073.2012.676669. Epub 2012 Apr 4.
- Molly C. McCarthy y Margaret N. Lumley (2012): Sources of Emotional Maltreatment and the Differential Development of Unconditional and Conditional Schemas, *Cognitive Behaviour Therapy*, DOI:10.1080/16506073.2012.676669
- Nordahl H. M., Holthe H., y Haugum J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 12, 142–149.
- Nordahl H. M., y Nysæter 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.
- Magnavita, J., Critchfield, K., Lewy., K Y Lebow J. Ethical Considerations in Treatment of Personality Dysfunction: Using Evidence, Principles, and Clinical Judgment *Professional Psychology: Research and Practice*, 2010, Vol. 41, No. 1, 64–74

- Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN y Zervas I (2014) Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study *J. Behav. Ther. y Exp. Psychiat.* 45 319-329
- Mander JV, Jacob GA, Götz L, Sammet I, Zipfel S y Teufel M (2014)Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas in psychotherapy research: A comparative study of change processes, *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2014.889330
- McFarland, L. A., Ryan, A. M., y Ellis, A. (2002). Item placement on a personality measure: Effects on faking behavior and test measurement properties. *Journal of Personality Assessment*, 78, 348–369.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in nonclinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 13(13), 405–413.
- Nilsson, A. K., Jorgensen, C. R., Straarup, K. N., y Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 486–491
- Oei, T. P. S., Bullback, K., y Campbell, J. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 231 – 241.
- Ortet, G., Ibanez, M. I., Llerena, A., Torrubia, R. The Underlying Traits of the Karolinska Scales of Personality (KSP). *Eur J Psychol Assess.*2000; 18(2): 139-148.
- Schalling D, Asberg M, Edman G, Oreland L: Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity, *Acta Psychiatr Scand* 76:172-82,1987
- Soygüt, G., Karaosmanoglu, A., y 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, 1–10.

- Specht, M. W., Chapman, A., y Cellucci, T. (2009). Schemas and Borderline Personality Disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 256–264.
- Tiffany ST, Conklin CA. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 2000; 95 supl 2: S145-53.
- Thimm, J. (2011). Incremental validity of Maladaptive Schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50, 777–782.
- Thomas R.. Przybeck, y Dragan M.. Svrakic. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use* (pp. 19-28). St. Louis, MO: center for psychobiology of personality, Washington University.
- Trip, S. (2006). The Romanian version of Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6, 173–181.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., .. Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder I n practice. *Personality and Mental Health*, 8, 254–26
- Pauwels E., Claes L., Dierck E., Debast I., Van Alphen SPJ. , Rossi G, Schotte C, Santens E. y Peuskens H. (2014), Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder *International Psychogeriatrics* 26:8, 1317–1326 2014 doi:10.1017/S1041610214000519
- Perry J, Banon, E y Ianni F (1999) Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders *Am J Psychiatry*; 156:1312–1321
- Person, J. B., y Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 458e502.
- Petrocelli J. V., Glaser B. A., Calhoun G. B., y Campbell L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15,

- Price, JP. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychol Psychother.* 2007 Sep;80(Pt 3):343-53.
- Pretzer, J. L. (1988). Paranoid personality disorder: A cognitive view. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 10–12.
- Reeves M., y Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 14, 96–104.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., y Huibers, M. (2012). Early Maladaptive Schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581–590.
- Rijo, D., y Gouveia, P. (2008). A confirmatory factor analysis study of the YSQ-S3 in a large Portuguese sample. *Paper Presented at the 3rd Annual International Society of Schema Therapy Meeting*, Coimbra, Portugal, October.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30,515-529.
- Roth, A., y Fonagy, P. (2013). *What works for whom? a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 – 28.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., y Joukamaa, M. (2009). The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 158–168.

- Saunders D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264–275.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., y Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295 – 321.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression development and death*. San Francisco: Freeman.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., y Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426–447.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., y Dunbar, GC. (1998). The Mini- International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): *The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric*
- Scott,S y Crino, RD. (2014) Early maladaptive schema and social and occupational functioning: The mediating role of psychiatric symptomatology. *Australian Journal of Psychology* 66: 224–232 doi: 10.1111/ajpy.12061
- Shorey RC, Anderson S y Stuart GL. (2014) The Relation Between Antisocial and Borderline Personality Symptoms and Early Maladaptive Schemas in a Treatment Seeking Sample of Male Substance Users Clin. *Psychological Psychotherapy* 21, 341–351 (2014)
- Shorey RC., Brasfield., H, Stuart GL y Anderson S. (2014) Early maladaptive schemas in a sample of airline pilots seeking residential substance use treatment: an initial investigation. *Mental Health and Substance Use*, Vol. 7 No. 1,73.83

- Shorey RC., Stuart GL., y Anderson S. (2014) Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clin. Psychol. Psychother.* 21, 21–28
- Sigre-Leirós VL, Carvalho J, Nobre P The role of psychopathological symptoms in the relationship between cognitive schemas and sexual aggression: A preliminary study *Sexologies* 23, e25—e29
- Sines J., Waller G., Meyer C., y Wigley L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eating disordered and non-clinical women. *Psychology Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 81, 121–129.
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the young schema questionnaire comparable and how well does each version predict psycho- pathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 253 – 272.
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: HarperCollins.
- Saritas, D., y Gençoz, T. (2009) Psychometric properties of Young Schema Questionnaire-Short form 3. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 9, No. 2, September 2009, 135-147
- Schmidt, N. B. (1994). The schema questionnaire and the schema avoidance questionnaire. *Behavior Therapist*, 17, 90–92.
- Segal Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147–162.

- Segal, Z. V., Gemar, M., y Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108*,3e10.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., y Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry, 63*,749-755.
- Shedler, J., Beck, A. T., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J. G., Kernberg, O., y Westen, D. (2010). Personality disorders in *DSM- 5*. *American Journal of Psychiatry, 167*(9), 1026–1028.
- Sines J., Waller G., Meyer C., y Wigley L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eatingdisorderedand non-clinical women. *Psychology y Psychotherapy: Theory, Research y Practice, 81*, 121–129.
- Soygüt G, Karaosmonglu A, Çakir Z. Assessment of Early Maladaptive Schemas:A Psychometric Study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3 *Türk Psikiyatri Dergisi. 2009* [Turkish Journal of Psychiatry]
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A Five-Factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(4), 373–380.
- Thimm, J. C. (2011) Incremental validity of maladaptives schemas over five-factor model acets in the prediction of personality disorders symptoms. *Personality and Individual diferencias, 50*-777-782
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C. y Weich, S. (2014). *Preliminary studies of the ICD- 11 classification of personality disorder in practice. (4)*, 254–263.
- Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J. K., Beevor, A. S., & Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the

- Nation Outcome Scales). [Presentation of the HoNOS Spanish translation (Health of the Nation Outcome Scales)].
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., y Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive- behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 21(1), 29–38.
- Valdes (2000) Trastornos de la Personalidad En Bulbena A., Berrios G., Fernández de Larrinoa., P. (Dir.) *Medición clínica en psiquiatría y psicología (413-423)* Barcelona Masson
- Vazquez V., Jimenez R. y Vaqzquez-Morejon R. (2004) Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología vol22. 2*
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., y Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47, 24–31
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M., y Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and Early Mal- adaptive Schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389–396
- Waller, G., Meyer, C., y Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137 – 147.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation. In Paper presented at the annual meeting of the Education Research Association, Toronto, Canada.

- Welburn, K. R., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and and symptoms. *Cognitive Therapy y Research*, 26, 519 – 530.
- Widiger T. A., y Samuel D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 17, 278–287
- Yeomans, D. (2014). Clustering in mental health payment by results: a critical summary for the clinician. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 227-234.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (2nd ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short form*. Available at <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. (2003). Schema Therapy. Retrieved 13 February 2003, from <http://www.schematherapy.com/id54.htm>
- Young, J. E., y Klosko, J. (1993). *Reinventing your life*. New York: Dutton Books.
- Young, J. Y., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373–377

VII. ANEXOS

Anexo I. Fiabilidad y Descriptivos Escalas estudio

Tabla 1. Índices de fiabilidad de las escalas que miden constructos psicopatológicos

Constructos	Cuestionarios	nº ítems	α Cronbach
Depresión	I. Depresión de Beck (n = 282) BDI	21	88
Actitudes Disfuncionales	E. Actitudes Disfuncionales (n = 114) EAD-Total	35	88
	Derecho EAD-D	5	40
	Amor EAD-Am	5	68
	Autonomía EAD-Au	5	56
	Omnipotencia EAD-O	5	56
	Perfeccionismo EAD-P	5	59
	Realización EAD-R	5	63
	Aprobación EAD-Ap	5	69

Tabla 2. Fiabilidad de las escalas de rasgos de personalidad

Rasgos	Cuestionario	Escala	nº ítems	α Cronbach
	SCSR (n =115)		48	---
Ansiedad	Susceptibilidad al Castigo	SC	24	87
Impulsividad	Susceptibilidad a la Recompensa	SR	24	79
	PANAS (n =531)		20	----
Estados Afectivos	Afecto Positivo	AP	10	88
	Afecto Negativo	AN	10	89

Tabla 3. Fiabilidad de las escalas de rasgos psicobiológicos de personalidad

Rasgos	Escala Personalidad Karolinska	KSP	n° ítems (135)	α Cronbach (n=80)
Emocionabilidad Negativa	Ansiedad Psíquica	KPA	10	73
	Ansiedad Somática	KSA	10	83
	Tensión Muscular	KMT	10	88
	Psicastenia	KPT	10	65
	Inhibición Agresión	KIA	10	42
	Culpa	KCU	5	31
	Susplicacia ⁶	KSU	5	41
Agresividad por no conformarse	Agresión Indirecta	KINDA	5	45
	Agresión Verbal	KVA	5	65
Búsqueda de Sensaciones	Evitación Monotonía	KMA	10	67
	Impulsividad	KI	10	41
Alejamiento Social	Alejamiento	KDT	10	58
B.Sensaciones y Alejamiento	Irritabilidad	KIR	5	51
B. Sensaciones y Social	Socialización	KSO	20	81
Agresividad y A social	Deseabilidad Social	KL	10	62

Tabla 4. Descriptivos de los Constructos Psicopatológicos

Constructos	Cuestionarios	n	Abreviatura	M	d.e.
Depresión	I. Depresión de Beck	(n = 282)	BDI	17,30	10,27
	SCL-90-R	(n = 173)	SCL-90R		
	Índice Global Severidad		GSI	1,0	0,68
	Índice Síntomas Positivos		PST	42,79	21,99
	Índice Malestar Sintomático Positivo		PSDI	1,98	0,56
Síntomas	Somatización		SOM-SCL90	0,09	0,81
	Obsesión/compulsión		OBS-SCL90	1,33	0,86
	Sensibilidad Interpersonal		SI-SCL90	1,10	0,82
	Depresión		DEP-SCL90	1,17	0,84
	Ansiedad		ANS-SCL90	1,01	0,78
	Hostilidad		HOS-SCL90	0,76	0,75
	Ansiedad Fobica		AF-SCL90	0,56	0,71
	Ideación paranoide		IP-SCL90	1,03	0,09
	Psicoticismo		PSI-SCL90	0,88	0,76
Autoestima	E. Autoestima Rosenberg	(n = 280)	ROS	23,01	2,84
Actitudes Disfuncionales	E. Actitudes Disfuncionales	(n = 114)	EAD-Total	-6,12	21,32

Tabla 5. Descriptivos de los rasgos de personalidad (PANAS y SCSR)

Rasgos	Cuestionarios	Escala	Descriptivos	
Estados Afectivos	PANAS (n = 531)		M	d.e
	Afecto Positivo	AP	26,71	7,83
	Afecto Negativo	AN	24,88	8,98
Ansiedad e Impulsividad	SCSR (n =115)		M	d.e
	Susceptibilidad al Castigo	SC	14,17	6,00
	Susceptibilidad a la Recompensa	SR	8,86	4,48
Impulsividad	BIS (n =173)		M	d.e
	Puntuacion total de Impulsividad	BIS-Total	48,34	14,532
	Impulsividad Cognitiva	BIS-Co	13,51	4,737
	Impulsividad Motora	BIS-Mo	15,21	7,594
	Impulsividad no planificada	BIS-Imnp	19,62	6,917

Tabla 6. Descriptivos de los rasgos psicobiológicos de personalidad

Escala de Personalidad de Karolinska (KSP =80)	M	d.e
Emocionabilidad Negativa	163,53	22,54
Inconformismo Agresivo	39,79	6,56
Búsqueda de Sensaciones impulsiva y no socializada	47,44	6,72
Distanciamiento Social	50,88	4,77
Socialización	48,81	9,25

Tabla 7. Descriptivos de las escalas de resultados y funcionalismo

Escala HoNOS (n=173)			M	de
Escala de Resultados e Impacto de TM	Problemas conducta	PC-HoNOS	3,76	1,113
	Deterioro	Det-HoNOS	1,53	1,550
	Problemas clínicos	PC-HoNOS	2,11	2,134
	Problemas sociales	PSoc-HoNOS	5,48	2,842
	HONOS Total	Total-HoNOS	12,84	5,698
Escala de Gravedad Clínica y Funcional (n=173)			M	de
Funcionalismo	EEAG Global	EEAG	58,40	11,668
	EEALS Laboral	EEALS	59,01	9,052

**ANEXO II. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG- VERSIÓN
REDUCIDA**

CEY-VR

Young J.

[Adaptación Española de Cid, J. y Torrubia, R.]

Nombre _____

Fecha ___/___/_____

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que **te describe durante el último año**. Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que *emocionalmente sienta no en lo que piense que es verdad*.

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.

Escoja la puntuación **más elevada desde 1 a 6** que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

1. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2. _____ Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
3. _____ Presiento que la gente se aprovechará de mí.
4. _____ No me aceptan en ningún lugar.
5. _____ Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
6. _____ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.
7. _____ No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
8. _____ No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
9. _____ No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
10. _____ Pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

11. _____ Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.
12. _____ Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).
13. _____ Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
14. _____ Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.
15. _____ Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
16. _____ En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
17. _____ Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
18. _____ Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
19. _____ Soy básicamente diferente de las otras personas.
20. _____ Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.
21. _____ Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
22. _____ Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.
23. _____ Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
24. _____ Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
25. _____ Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
26. _____ Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
27. _____ Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
28. _____ Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
29. _____ Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.
30. _____ Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
31. _____ Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

32. _____ Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.
33. _____ Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
34. _____ No me siento unido a nadie, soy un solitario.
35. _____ No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
36. _____ La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
37. _____ No tengo sentido común.
38. _____ Me preocupa que me puedan atacar.
39. _____ Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
40. _____ En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
41. _____ Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
42. _____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
43. _____ Debo cumplir todas mis responsabilidades.
44. _____ Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
45. _____ Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
46. _____ La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
47. _____ Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.
48. _____ Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
49. _____ Me siento alejado o aislado del resto de personas.
50. _____ Siento que no soy simpático.
51. _____ No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
52. _____ No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
53. _____ Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

54. _____ A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
55. _____ Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
56. _____ Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
57. _____ Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.
58. _____ Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
59. _____ Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
60. _____ No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
61. _____ Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
62. _____ Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que les aparto de mí.
63. _____ Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
64. _____ Siempre me siento poco integrado en los grupos.
65. _____ En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
66. _____ No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
67. _____ No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
68. _____ Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
69. _____ A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.
70. _____ Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de veces falso

3 = Más verdadero que falso

4 = En ocasiones verdadero

5 = La mayoría de veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

71. _____ Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
72. _____ La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
73. _____ No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
74. _____ Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
75. _____ Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos