



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**ESCALA DE ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN NIÑOS DE 8 A
13 AÑOS.**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
MARCELA PEDROZA ATILÁN**

**TUTORA PRINCIPAL
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ TUTORIAL:
DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F. AGOSTO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Dra. Patricia Andrade por sus enseñanzas y el regalo de su valioso tiempo dedicado a este trabajo.

A la Dra. Rosa Korbman por ser mi guía durante toda mi residencia.

A la UNAM y mis profesoras por ser parte esencial en mi formación profesional al brindarme sus conocimientos y experiencias.

A mis compañeras, en especial a María y Erandi por darme ánimos y ser excelentes amigas.

A mi familia por todo su apoyo y cariño incondicional.

A ti por confiar en mí y apoyarme tanto.



Índice

Resumen	4
Introducción	5
1. Esquemas Maladaptativos Tempranos	8
2. Evaluación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos	18
2.1 Escalas para adultos	18
2.2 Escalas para adolescentes	24
2.3 Escalas para niños	26
3. Comparación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en población Clínica y no Clínica	30
3.1 Comparaciones en población de adultos	30
3.2 Comparaciones en población de adolescente	34
3.3 Comparaciones en población infantil	36
4. Diseño de la investigación	40
4.1 Objetivo general	40
4.2 Objetivos específicos	40
4.3 Pregunta de investigación	41
4.4 Hipótesis	41
4.5 Variables	41
4.6 Diseño	43
4.7 Método	43
5. Resultados	47
5.1 Análisis Psicométricos de la Escala	47
5.2 Comparación entre muestra clínica y no clínica	63
6. Discusión	67
7. Referencias	74
Anexo	81

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar las diferencias en el promedio de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) en niños pertenecientes a una muestra clínica en comparación con niños de una muestra no clínica. En primer lugar se diseñó un instrumento que evaluaba los EMT.

La muestra fue no aleatoria, se dividió en clínica y no clínica. Los participantes de la muestra no clínica fueron 444 estudiantes de tercero de primaria a primer grado de secundaria de escuelas particulares de la ciudad de Cancún, Quintana Roo, con una media de edad de 10.46 años, 50.5 % niños y 49.5 % niñas. La muestra clínica fue de 42 pacientes que asisten a Centros de Servicios Psicológicos de la Ciudad de México, con una media de edad de 10.14 años, 59.5 % niños y 40.5 % niñas.

El instrumento quedó conformado por 22 EMT, que corresponden a los cinco dominios propuestos por Young, et al., (2003). Los coeficientes de confiabilidad de cada uno de los esquemas fueron superiores a .70. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los EMT de Privación nutricia, Privación de protección, Privación empática, Defectuosidad, Aislamiento social, Fracaso, Inhibición emocional y Negatividad, donde como se esperaba, la muestra clínica presenta puntajes más altos en comparación con la muestra no clínica.

Esta investigación aporta un instrumento válido y confiable que evalúa los EMT en población infantil, aunque se requiere seguir afinando el instrumento. Por lo que respecta a su posible utilidad en el diagnóstico clínico, es necesario hacer comparaciones con diferentes muestras clínicas en donde se tenga claridad en el diagnóstico y además se cuente con una evaluación complementaria en muestras no clínicas que permitan descartar alguna patología.

Introducción

Beck (1983) afirma que existen ciertos patrones cognitivos relativamente estables conocidos como esquemas, mediante los cuales se interpretan determinados conjuntos de situaciones que son más o menos permanentes. Estos esquemas guían la búsqueda, codificación, organización, recuperación y almacenaje de la información.

Con base en las premisas de la terapia cognitiva conductual propuestas por Beck, Young (1990) sugiere que algunos de estos esquemas, especialmente aquellos que se desarrollan a partir de experiencias críticas o traumáticas en la infancia, pueden ser el núcleo de los trastornos de la personalidad, problemas caracterológicos más leves y muchos trastornos crónicos del eje I (APA, 2002).

Young (1999) denomina a un subconjunto de esquemas como EMT, definidos como patrones emocionales y cognitivos contraproducentes respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales, los cuales se forman a partir de las primeras experiencias en el desarrollo, en donde no se satisfacen las necesidades emocionales con relación a las figuras de apego (Young et al., 2003).

Existe evidencia empírica que muestra que identificar los EMT permite de cierta manera orientar la intervención clínica de modo más efectivo (Stallard, 2007; Carr & Francis, 2009; Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bögels 2009).

Con la finalidad de evaluar los EMT en adultos, Young elaboró el "Young Schema Questionnaire" (YSQ), el cual ha tenido varias versiones desde su creación (YSQ-L1, YSQ-L2, YSQ-S2, YSQ-L3 y YSQ-S3). Aunque se acepta que los EMT surgen en la infancia, actualmente sólo existen dos escalas publicadas, una en Inglaterra (Stallard & Rayner, 2005) y la otra en Holanda (Rijkeboer & de Boo, 2010).

La hipótesis que guio este estudio fue analizar si los niños de una muestra clínica presentaban puntajes más altos en los EMT en comparación con niños de una muestra no clínica.

En México no se contaba con un instrumento para evaluar los EMT en niños, por lo que fue necesario elaborar un instrumento válido y confiable para niños mexicanos de 8 a 13 años.

La presente investigación tiene la siguiente organización:

En primer término se presenta una revisión breve de la literatura de la Teoría Cognitiva, que es la base de la propuesta de Young de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT).

En el segundo apartado se describen las diferentes escalas para evaluar los EMT en adultos y en niños.

En el tercer apartado se analizan los resultados de diversas investigaciones en las que se ha comparado a muestras clínicas y no clínicas de adultos y niños.

El cuarto apartado describe la investigación.

El quinto apartado es donde se presentan los resultados principales de la investigación.

Por último se discuten los resultados y se mencionan las principales aportaciones del estudio.

1. Esquemas Maladaptativos Tempranos

El concepto de esquema es central en la terapia cognitiva. Fue desarrollado por Piaget (1933) y Bartlett (1932) para explicar, según el primer autor, los procesos de pensamiento en los niños, y según el segundo autor, la comprensión y memoria en ámbitos sociales.

En el marco de la terapia cognitiva, Beck (1983) afirma que existen ciertos patrones cognitivos relativamente estables conocidos como esquemas, mediante los cuales se interpretan determinados conjuntos de situaciones que son más o menos permanentes. Estos esquemas guían la búsqueda, codificación, organización, recuperación y almacenaje de la información. Los esquemas proveen de instrucciones que guían la atención, dirección y evaluación de las situaciones de la vida diaria. De acuerdo con la teoría cognitiva, las conductas y emociones disfuncionales se deben en gran medida al funcionamiento de ciertos esquemas que producen juicios sistemáticamente sesgados y una tendencia concomitante para cometer errores cognitivos en cierto tipo de situaciones.

Así mismo, la premisa básica de la teoría de la terapia cognitiva es que el sesgo en las atribuciones de las situaciones, en lugar del sesgo en la respuesta conductual o motivacional, es la principal fuente de conductas y estados de ánimo disfuncionales (Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004).

Beck define los esquemas como estructuras cognitivas dentro de la mente que contienen contenidos específicos denominados creencias centrales. Este tipo de creencias se desarrollan en la infancia mientras la persona se relaciona con las personas más significativas de su vida y se ve expuesto a diversas situaciones. Estas creencias se pueden dividir en positivas y negativas (Beck, 1976). Para efectos de este estudio se abordan únicamente las creencias negativas ya que estas creencias son las que se relacionan directamente con los padecimientos psicológicos.

Las creencias negativas se forman en la infancia a partir de las interacciones negativas con los cuidadores primarios haciendo a las personas vulnerables a problemas psicológicos cuando se encuentran frente a situaciones estresantes, aunque en algunos pacientes con trastornos de la personalidad parecen estar activas de forma casi permanente. Dentro de las creencias negativas se pueden encontrar dos categorías generales: las que se asocian con la imposibilidad de ser amado y las que se asocian con el desamparo. Algunos pacientes tienen creencias centrales que corresponden a ambas categorías y otros a sólo una de las categorías (Beck, 1995).

De igual manera, el modelo cognitivo propone que en toda perturbación psicológica existen pensamientos disfuncionales; estos pensamientos influyen en la conducta y el estado de ánimo de los pacientes. Cuando las personas aprenden a evaluar sus pensamientos de un modo más realista y adaptativo, experimentan

mejoras en sus estados emocionales y conductas. Observar sus experiencias desde esta perspectiva probablemente haga que se sientan mejor y actúen de modo más funcional. Para que estas mejoras en el estado de ánimo y conducta de los pacientes perduren, los terapeutas cognitivos trabajan en un nivel más profundo de cognición las creencias centrales. (Beck et al., 2004). En la teoría cognitiva se asume que cada tipo de perturbación emocional está relacionado con un perfil cognitivo único que se caracteriza por tener un contenido cognitivo específico (Beck, 1976).

Por otro lado, en el contexto de la psicología y psicoterapia, un esquema puede ser considerado generalmente como cualquier principio organizador profundo que da sentido a las experiencias de la vida. Los esquemas, muchos de los cuales se forman a temprana edad, continúan aplicándose en experiencias posteriores de la vida aun cuando ya no sean aplicables. A esto se le conoce como consistencia cognitiva, que hace que se mantenga una visión estable de uno mismo y del mundo, aun cuando la realidad sea inexacta o distorsionada. Debido a esto los esquemas pueden ser positivos o negativos, adaptativos o maladaptativos (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Con base en las premisas de la terapia cognitiva conductual propuestas por Beck, Young (1990) sugiere que algunos de estos esquemas, especialmente aquellos que se desarrollan a partir de experiencias críticas o traumáticas en la infancia, pueden ser el núcleo de los trastornos de la personalidad, problemas caracterológicos más leves y muchos trastornos crónicos del eje I (APA, 2002),

como los trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo (Riso, du Toit, Stein & Young, 2007).

Para entender esta idea, Young (1999) define un subconjunto de esquemas a los que denomina Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos se refieren al nivel más profundo de las estructuras cognitivas y se definen como patrones emocionales y cognitivos contraproducentes respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales. Se forman a partir de las primeras experiencias en el desarrollo, en donde no se satisfagan las necesidades emocionales con relación a las figuras de apego (Young et al., 2003).

Estos esquemas son significativamente disfuncionales, duraderos y extremadamente estables y sirven como marco para el procesamiento de experiencias posteriores. La teoría sobre la terapia de los Esquemas de Young postula que los Esquemas Maladaptativos Tempranos juegan un papel causal en el desarrollo posterior de psicopatología (Stein & Young, 1992).

No todos los esquemas tienen su origen en situaciones traumáticas, pero, todos ellos son destructivos y la mayoría son causados por experiencias nocivas que se repiten de forma regular durante toda la infancia y la adolescencia. El efecto de todas estas experiencias nocivas es acumulativo y en conjunto llevan a la

aparición de esquemas completamente formados. El esquema lucha por sobrevivir como resultado del deseo humano de consistencia, es lo que el individuo sabe, a pesar de que le causa sufrimiento, es cómodo y familiar. Esta es una razón por la que los esquemas son tan difíciles de cambiar. Los pacientes consideran a los esquemas como verdades a priori, y por lo tanto estos esquemas influyen en el procesamiento de experiencias futuras. Juegan un papel importante en cómo los pacientes piensan, sienten, actúan y se relacionan con los demás y, paradójicamente, llevarlos a recrear de forma inadvertida en su vida adulta las condiciones de la infancia que fueron más perjudiciales para ellos (Young et al. 2003).

Los esquemas tienen diferentes niveles de gravedad y generalización. Cuanto más grave es el esquema, mayor es el número de situaciones que lo activan (Young, 1999).

A partir de esto, basándose en su experiencia clínica, Young propone dieciocho Esquemas Maladaptativos Tempranos, los cuales agrupa en cinco dominios (Young, 1994, 1999; Young et al., 2003):

1. Desconexión y Rechazo, el cual cuenta con 5 esquemas.
2. Deterioro de la Autonomía, el cual cuenta con 4 esquemas.
3. Límites Insuficientes, el cual cuenta con 2 esquemas.
4. Orientación Hacia los Otros, el cual cuenta con 3 esquemas.
5. Sobrevigilancia e Inhibición, el cual cuenta con 4 esquemas.

1. El Dominio de Desconexión y Rechazo está relacionado con la expectativa de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidado, empatía, intercambio de sentimientos, aceptación y respeto no se cumplirán de una manera predecible. Generalmente la familia de origen ha pasado por separaciones, es fría, rechazante, solitaria, explosiva impredecible o abusiva. Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

- Abandono - Inestabilidad: Falta de fiabilidad o inestabilidad percibida de aquello que está disponible como apoyo o relación. Implica la sensación de que las personas significativas para uno no podrán seguir siendo un apoyo emocional, relación, fortaleza o protección, ya que son emocionalmente inestables o impredecibles, porque van a morir de forma inminente, o porque van a abandonar al individuo por alguien mejor.
- Desconfianza - Abuso: es la expectativa de que los demás harán daño, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán, o se aprovecharán de uno. Por lo general, consiste en la percepción de que el daño es intencional o el resultado es negligencia injustificada y extrema.
- Privación emocional: es la expectativa de que el deseo de un grado normal de apoyo emocional no se logrará adecuadamente. Las tres formas principales de la privación son:

A. Privación Nutricia: ausencia de atención, afecto, calor o compañerismo.

B. Privación de la Empatía: ausencia de la comprensión, escucha o intercambio mutuo de los sentimientos de los demás.

C. Privación de la protección: ausencia de fuerza, dirección u orientación de otros.

- Defectuosidad - Vergüenza: sentimiento de que uno es defectuoso, indeseado, inferior o no es digno de ser amado por otras personas importantes para él. Puede involucrar hipersensibilidad a la crítica, sentimiento de rechazo, culpa y comparación insegura en torno a los demás o sentimientos de vergüenza con respecto a los defectos percibidos por uno mismo.
- Aislamiento social - alienación: es la sensación de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y no pertenece a ningún grupo o comunidad.

2. El dominio de Deterioro de la Autonomía está relacionado con las expectativas de uno mismo y del medio ambiente, acerca de cómo se percibe la propia capacidad de sobrevivir y funcionar de manera independiente con éxito en cualquier cosa de la vida cotidiana. Generalmente la familia de origen ha socavado la confianza del niño ya sea siendo sobreprotector o no reforzando al niño para

realizar de manera competente cualquier acción fuera del núcleo familiar. Dentro de este dominio se agrupan los siguientes esquemas:

- Dependencia - Incompetencia: es la creencia de que uno es incapaz de manejar las responsabilidades del día a día de manera competente sin la ayuda de otros. Es común que se presente como una creencia de desamparo.
- Vulnerabilidad al daño: miedo exagerado de que una inminente catástrofe sucederá en cualquier momento y el individuo no será capaz de prevenirla.
- Subdesarrollo: es la implicación emocional excesiva y cercanía con una o más personas significativas a expensas de la individuación completa o desarrollo social normal. A menudo consiste en la creencia de que no se puede ser feliz o sobrevivir sin el apoyo constante de otros.
- Fracaso: es la creencia de que uno ha fracasado, fracasará o es fundamentalmente inadecuado en comparación con los otros en cualquier área que involucre logro.

3. El Dominio de Límites Insuficientes está relacionado con la dificultad para respetar los derechos de los demás y cooperar con los otros, lo que hace difícil la realización de metas realistas o compromiso en las actividades diarias. Generalmente la familia de origen se caracteriza por permisividad, indulgencia y falta de dirección. Dentro de este dominio se agrupan los siguientes esquemas:

- Derecho - Grandiosidad: es la creencia de que uno es superior a los demás, con derecho a tener privilegios especiales y en donde las reglas comunes no aplican para él.
- Insuficiente autocontrol: dificultad recurrente para controlarse o tolerar la frustración para lograr metas o restringir la expresión emocional y de los impulsos de manera exagerada.

4. El dominio de Orientación Hacia los Otros se relaciona con un enfoque excesivo de los deseos, sentimientos y reacciones de los demás a costa de las propias necesidades, con el fin de ganar amor y aprobación así como mantener el sentido de conexión con los otros y evitar represalias. Generalmente la familia de origen condiciona la aceptación. Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

- Autosacrificio: se refiere a la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás a expensas de la propia gratificación.
- Búsqueda de aprobación: es el énfasis excesivo en obtener la aprobación, reconocimiento o atención de los demás a expensas del desarrollo del sentido de seguridad y valía de uno mismo.
- Subyugación: es la rendición excesiva del control propio para evitar ira, venganza o abandono de los demás. La subyugación puede ser de las necesidades o de las emociones.

5. El dominio de Sobrevigilancia e Inhibición tiene que ver con el énfasis excesivo en la supresión de los sentimientos espontáneos, impulsos y decisiones o en el cumplimiento extremo de reglas y expectativas rígidas internalizadas acerca del rendimiento y comportamiento ético, a menudo a expensas de la felicidad, autoexpresión y relajación. Generalmente las familias de origen son demandantes y punitivas así como perfeccionistas y con una visión pesimista del mundo. Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

- Negatividad - pesimismo: es el enfoque de manera dominante en todos los aspectos negativos de la vida, que reduce al mínimo o deja de lado lo positivo o los aspectos optimistas.
- Castigo: es la creencia de que las personas deberían ser severamente castigadas cuando cometen errores. Involucra la tendencia hacia la intolerancia, Castigo, impaciencia y enojo hacia las personas que no cumplen con las expectativas o estándares planteados.
- Estándares irreales: es la creencia de que uno debe lograr estándares internalizados muy elevados en el comportamiento y el desempeño de todo, generalmente para evitar la crítica.
- Inhibición emocional: se refiere a la excesiva inhibición de las acciones, emociones o comunicación espontánea, generalmente para evitar la desaprobación de los otros, el sentimiento de vergüenza o el control de los propios impulsos.

2. Evaluación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

La evaluación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos ha pasado por diversos procesos evolutivos a lo largo de la historia, en los cuales se han ido adecuando cada uno de los instrumentos que se han empleado de acuerdo al avance en la investigación de campo y la formulación teórica. Esto a su vez se ha adaptado a diversas poblaciones tanto de grupo de edad como nacionalidad.

En este apartado se presentan algunos de los avances e investigaciones que se han tenido con respecto a la medición de los esquemas, los cuales parten de la creación de las escalas (YSQ- L1, YSQ-L2, YSQ-S2, YSQ-L3 y YSQ-S3) a nivel teórico, su investigación en distintas partes de mundo en población adulta, las adecuaciones para su medición en población adolescente y la creación de escalas adaptas para población infantil.

2.1 Escalas para Adultos.

Para poder evaluar los esquemas descritos por Young et al., (2003), Young elaboró un cuestionario de autoinforme en escala likert de 6 puntos, el cual ha tenido varias versiones desde su creación.

Su primera versión YSQ- L1 (Young Schema Questionnaire Long Form 1) contenía 123 reactivos en escala likert con 6 opciones de respuesta y evaluaba 15

esquemas agrupados en 3 dominios (Young & Brown, 1990). De esta versión deriva el YSQ-L2 (Young Schema Questionnaire Long Form 2) que contenía 205 reactivos en escala likert con 6 opciones de respuesta y evalúa 16 esquemas agrupados en 5 dominios (Young & Brown, 1994).

De esta versión se extrajo una forma corta la cual contenía 75 reactivos en escala likert con 6 opciones de respuesta y evaluaba 15 esquemas agrupados en 5 dominios, el esquema de Indeseabilidad social (YSQ -S2, Young, 1998) fue eliminado después de los análisis exploratorios realizados con la escala en su versión larga y no haber surgido como factor independiente (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Lee, Taylor & Dunn, 1999).

Poco después surgió la versión actual que está compuesta por 232 reactivos en escala likert con 6 opciones de respuesta, esta escala evalúa 18 esquemas propuestos por Young (YSQ -L3; Young, 2003). De esta versión se extrajo una forma corta la cual contiene 90 reactivos que evalúan los mismos 18 esquemas que la versión larga (YSQ-S3; Young, 2005). En estas nuevas versiones de la escala se agregaron los esquemas de "Castigo", "Negatividad" y "Búsqueda de Aprobación" que fueron recientemente agregados a la teoría (Young et al., 2003).

Igual que en las versiones anteriores, se les pide a las personas que contestan esta escala que evalúen el grado en el que aceptan cada una de las afirmaciones en una escala likert con 6 opciones de respuesta que va de 1 (completamente incierto para mí) a 6 (me describe perfectamente). Se calcula una puntuación media para cada

esquema evaluado. En la versión corta los reactivos están mezclados en todo el cuestionario en lugar de estar agrupados por esquemas como se presentaban en las versiones anteriores de la escala (YSQ-S3; Young, 2005).

La escala ha sido traducida a diversos idiomas: francés, español, alemán, japonés, finlandés, turco y noruego (Young et al., 2003). Con la versión en español, en América latina se realizaron dos investigaciones con el YSQ, una con la versión larga (YSQ-L2) y otra con la versión corta (YSQ-S2) y en Europa, se realizó una investigación con la versión corta (YSQ-S2).

En el estudio con la versión larga (YSQ-L2) participaron 1419 estudiantes universitarios colombianos, se realizó un análisis factorial exploratorio que dio como resultado 11 factores, Abandono, Insuficiente autocontrol, Desconfianza, Privación emocional, Vulnerabilidad al daño, Autosacrificio, Estándares irreales 1, Estándares irreales 2, Inhibición emocional, Grandiosidad y Subdesarrollo. La escala tuvo una consistencia interna total de $\alpha = 0.91$, los factores oscilaron entre $\alpha = 0.71$ y $\alpha = 0.85$. Los factores de Subyugación, Defectuosidad, Aislamiento social, Fracaso y Dependencia no aparecieron como factores independientes y el esquema de Estándares irreales apareció dividido en dos factores independientes (Castrillón et al., 2005).

En el segundo estudio que se realizó en este país con la versión corta (YSQ-S2), participaron 1392 estudiantes universitarios, 541 hombres y 851 mujeres en un rango de edad de 16 a 51 años con una media de 22.6 años. Realizaron tres

modelos factoriales diferentes, en el primero obtuvieron 15 factores de primer orden que coinciden con los propuestos por la escala. En el segundo obtuvieron 5 factores de segundo orden que concuerdan con los 5 dominios teóricos propuestos por Young et al., (2003). En el tercer modelo agruparon todos los esquemas en los tres factores de segundo orden obtenidos en los estudios con población española (Londoño et al., 2012).

En el estudio europeo que se realizó con la versión corta (YSQ-S2), participaron 407 estudiantes universitarios españoles, 74 hombres y 327 mujeres en un rango de edad de 20 a 28 años con una media de 22.08 años de edad. El análisis confirmatorio de la escala apoyó la estructura de 15 esquemas que propone el cuestionario (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, & Ruiz, 2005).

En la tabla 1 se muestra un resumen de los estudios realizados con las tres versiones del cuestionario.

Tabla 1

Estudios Realizados con las escalas en población adulta.

Autores	Muestra	Escala utilizada	Tipo de estudio	Resultados Principales
Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995)	1er. Estudio: 1,129 estudiantes estadounidenses de licenciatura (423 hombres y 706 mujeres) 2do. Estudio: 187 pacientes estadounidenses de consulta externa.	Young Schema Questionnaire (YSQ- L2; Young & Brown, 1994)	Análisis factorial exploratorio	1er. Estudio: 12 factores de los 16 de la escala. Factor extra: Miedo a perder el control, derivado de Inhibición emocional. 2do. Estudio: 15 factores de los 16 de la escala. Indeseabilidad social no surgió.
Lee, Taylor y Dunn (1999)	433 pacientes psiquiátricos australianos de consulta externa y hospitalizada (182 hombres, 251 mujeres). Media de edad: 39 años.	Young Schema Questionnaire (YSQ- L2; Young & Brown, 1994)	Análisis factorial exploratorio	14 factores de los 16 de la escala. Factor de Inhibición emocional dividido en dos: Miedo a perder el control y Constricción emocional. Indeseabilidad social no emergió.
Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002)	196 pacientes canadienses referidos a hospital psiquiátrico (65 hombres, 131 mujeres). 18 a 63 años de edad, media: 36.9 años.	YSQ- S2 (Young, 1998)	Análisis factorial exploratorio	15 factores de los 15 de la escala original.
Cecero, Nelson y Gillie (2004)	292 estudiantes estadounidenses universitarios (220 mujeres, 72 hombres). 17 a 21 años de edad, media: 20.01 años.	Young Schema Questionnaire (YSQ- L2; Young & Brown, 1994)	Análisis factorial exploratorio	14 factores de los 16 de la escala. Indeseabilidad social y Defectuosidad no emergieron.
Rijkeboer y Bergh (2006)	334 participantes holandeses (162 estudiantes de licenciatura, edad media de 23.5 años, 172 pacientes de consulta externa, edad media de 33.9 años).	Young Schema Questionnaire (YSQ -L2; Young & Brown, 1994) Versión alemana	Análisis factorial confirmatorio	16 factores de los 16 de la escala original.
Hoffart et al. (2006)	1037 participantes noruegos integrados por Estudiantes de universidad, pacientes de consulta externa y pacientes hospitalizados. 18 a 54 años de edad.	Young Schema Questionnaire (YSQ -L2; Young & Brown, 1994) YSQ -S2, (Young, 1998)	Análisis factorial confirmatorio	15 factores de los 15 de la escala original.

Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard y Martin. (2006)	263 estudiantes y trabajadores franceses de licenciatura (82 hombres y 181 mujeres). 18 a 70 años, media de 28 años de edad.	YSQ- S2 (Young, 1998) Versión francesa	Análisis factorial exploratorio	13 factores de los 15 de la escala original. Un factor adicional. Los esquemas de Grandiosidad e Insuficiente autocontrol no surgieron de manera separada.
Trip (2006)	160 pacientes rumanos de consulta externa (108 mujeres y 52 hombres). 20 a 50 años de edad, media de 30 años.	YSQ-S3 (Young, 2005) Versión Rumana	Exploración de las propiedades psicométricas de la versión Rumana	El análisis de confiabilidad señaló buena consistencia interna con un $\alpha=.96$ para la escala total y α entre .68 y .90 para cada escala.
Cui, Lin y Oei (2010)	712 Estudiantes chinos de licenciatura (295 mujeres y 450 hombres con una media de edad de 19.6 años)	YSQ- S2 (Young, 1998) Versión traducida al Chino	Análisis Exploratorio y Confirmatorio	14 factores de los 15 de la escala original. El esquema de Subyugación no apareció como factor independiente.
Dindelegan y Bîrle (2012)	744 participantes rumanos, 356 pacientes psiquiátricos y neurológicos de consulta externa y 388 personas sin criterios diagnósticos (410 mujeres y 334 hombres, media de edad de 38.7 años)	YSQ- S2 (Young, 1998)	Análisis de confiabilidad y validez de los indicadores	El análisis de confiabilidad mostró buena consistencia interna con un $\alpha=.94$ para la escala total y α entre .46 y .81 para cada escala.
Pauwels et al., (2012)	569 pacientes belgas hospitalizados, 218 con diagnósticos asociados a trastornos de la alimentación, 351 con diagnóstico asociado al consumo de sustancias.	Young Schema Questionnaire (YSQ -L2; Young & Brown, 1994) Versión alemana	Análisis factorial confirmatorio	16 factores de 16 propuestos por la escala original.
Hawke y Provencher (2012)	973 participantes canadienses voluntarios y 96 pacientes de consulta externa. De 18 a 63 años de edad con una media de 26.8 años de edad.	YSQ-S3 (Young, 2005) Adaptación Francesa-canadiense	Análisis exploratorio y confirmatorio	18 factores, 14 de los cuales fueron confirmados por un modelo unifactorial, cuatro más requirieron parámetros adicionales para ser aceptados (Castigo, Autosacrificio, Grandiosidad, Subdesarrollo)

La mayoría de los estudios con población adulta utilizaron la segunda versión del cuestionario ya sea en su versión larga o corta con participantes de muestras clínicas y no clínicas, en donde de manera general el esquema de Indeseabilidad social no surge de manera independiente para la forma larga de la escala y los 15 esquemas surgen para la versión corta.

2.2 Escalas para adolescentes.

La medición de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en adolescentes no ha contado como tal con escalas especializadas para este grupo de edad, sin embargo existen algunas investigaciones que han trabajado con las escalas para adultos en población adolescente. En la tabla 2 se muestra un resumen de los hallazgos encontrados.

Tabla 2

Estudios Realizados con las escalas en población adolescente.

Autor	Muestra	Escala utilizada.	Tipo de estudio.	Resultados reportados.
Lumley y Harkness (2007)	76 adolescentes con diagnóstico de depresión pertenecientes a la ciudad de Ontario, Canadá (24 hombres, 52 mujeres). 13 a 19 años de edad.	YSQ- S2 (Young, 1998)	Análisis de confiabilidad	Consistencia interna total $\alpha=0.95$
Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel y Bögels (2009)	635 adolescentes belgas, 352 mujeres y 283 hombres. 12 a 18 años de edad, media: 14.87 años.	YSQ-S2 (Young, 1998) Versión alemana. Los reactivos se adecuaron para poder ser entendidos por los adolescentes	Análisis Factorial confirmatorio	15 factores de los 15 propuestos por la escala. El esquema de Subdesarrollo demostró baja consistencia interna ($\alpha=0.64$) Análisis de segundo orden: 5 factores de los 5 propuestos en la escala original.
Saritas y Gençöz (2011)	356 estudiantes turcos de preparatoria (198 mujeres, 158 hombres) 15 a 18 años de edad, media: 16 años.	YSQ- S3 traducida al Turco	Análisis factorial de segundo orden	3 factores de los 5 dominios propuestos por la escala: Insuficiente autocontrol- Estándares irreales, Desconexión- Rechazo y Daño a la Autonomía- Otras direccionalidades.
Murris (2006)	173 adolescentes estudiantes holandeses de secundaria. 12 a 15 años de edad, media: 13.32 años.	YSQ-L2 con adecuaciones al vocabulario. Se tomaron 5 reactivos correspondientes a cada esquema	Análisis de confiabilidad y análisis factorial de segundo orden	Consistencia interna de $\alpha= 0.70$ a $\alpha= 0.91$ en los esquemas con excepción del esquema de Indeseabilidad social. 3 factores de segundo orden que agrupan a los 5 dominios propuestos de manera teórica: 1. Daño a la autonomía, Orientación hacia los otros y Sobrevigilancia; 2. Desconexión; 3 Límites dañados.

Como se puede observar en la tabla 2 la mayoría de los estudios en población adolescente reporta únicamente la confiabilidad interna de las escalas, se ha

utilizado más la segunda versión del cuestionario en su versión corta y larga, siempre con adecuaciones al vocabulario para hacerlos más entendibles para las muestras aplicadas. No hay homogeneidad en los resultados reportados con respecto al análisis de segundo orden.

2.3 Escalas para niños

La evaluación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en población infantil no cuenta con muchas investigaciones, actualmente sólo existes dos escalas publicadas.

La primera escala fue elaborada en el 2005 en Inglaterra (Stallard & Rayner, 2005). Esta escala medía 15 Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por Young (1999), inicialmente se elaboraron 15 reactivos, uno por cada esquema y un grupo de expertos en la terapia cognitiva conductual llevó a cabo la revisión de los mismos. Doce reactivos permanecieron y tres más correspondientes a los esquemas de Subyugación, Autosacrificio y Fracaso fueron discutidos en grupo por el equipo de expertos. La escala fue nombrada Cuestionario de Esquemas para niños (Schema Questionnaire for Children, SQC) y fue aplicada a un grupo de 46 niños (13 niños, 33 niñas) de 11 a 16 años de edad, con una media de 12.91 años. Los participantes completaron el SQC y el cuestionario YSQ-S2 el cual había sido modificado añadiendo una imagen de nube del pensamiento, la cual contenía cada reactivo y un termómetro graduado del uno al diez para calificar el reactivo.

El SQC presentó una consistencia interna de $\alpha=0.82$, 10 de los 15 reactivos obtuvieron correlaciones significativas con el YSQ-S2; dos reactivos más, correspondientes a los esquemas de Autosacrificio y Subyugación obtuvieron correlaciones débiles que se aproximan a la significancia ($p= .060$ y $p= .066$ respectivamente). Los reactivos correspondientes a los esquemas de Abandono, Subdesarrollo e Insuficiente autocontrol no reportaron correlaciones significativas. Las correlaciones entre las puntuaciones totales de ambas escalas fueron significativas ($r= .775$, $p= .0001$).

Los autores reportan diferencias significativas en el promedio de las puntuaciones del SQC entre los participantes de 11 a 12 años y los participantes de 13 a 16 años. Los niños más chicos eran más propensos a creer que algo malo podría sucederles a ellos.

Posteriormente, Rijkeboer y de Boo (2010) elaboraron un cuestionario basado en el Young Schema Questionnaire, llamado Inventario de Esquemas para niños (Schema Inventory for Children, SIC), el cual busca medir 15 Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por Young (1999) con 75 reactivos en escala likert y 5 opciones de respuesta que iban de "no cierto" a "sí definitivamente", para niños de 8 a 13 años. Los reactivos se redactaron en tiempo presente y se referían a situaciones comunes y experienciales en la infancia como lo académico, social, emocional y físico relacionado directamente a la familia, la escuela y la educación.

El SIC fue aplicado a 578 niños entre 8 y 13 años de edad pertenecientes a escuelas de educación primaria en Holanda. Por razones metodológicas, esta muestra fue dividida en dos una exploratoria y otra de validación, ambas muestras estaban igualadas en número de participantes, media de edad y sexo. A una submuestra de 245 niños (44% niños, 66% niñas), extraída de ambas muestras se les aplicó la escala por segunda ocasión.

Los resultados del análisis factorial reportaron ocho de los quince esquemas originales propuestos por Young en su cuestionario y tres esquemas nuevos que contienen combinaciones teóricas de dos o tres esquemas originales. Los autores explican estos nuevos factores integrando los esquemas de Privación emocional y Aislamiento Social en un nuevo factor al que llamaron “Soledad”; Vulnerabilidad al daño o la enfermedad y Abandono lo incluyeron en un nuevo factor de “Vulnerabilidad”; y por último Inhibición emocional, Subyugación y Dependencia se englobaron en un nuevo factor llamado “Sumisión”. Ellos afirman que los niños, con algunas excepciones, presentan los mismos esquemas que se han identificado en adolescentes y adultos. No encontraron evidencia que se contrapusiera a la teoría de Young en su premisa de que al menos algunos esquemas maladaptativos se desarrollan en etapas tempranas de vida.

Ambas investigaciones muestran un primer intento para evaluar los esquemas en población infantil, asumiendo que para medir los esquemas en niños es necesaria la elaboración de reactivos que utilicen un vocabulario adecuado para la edad y reflejen situaciones propias de esta etapa, dando como resultado la imposibilidad

de emplear las escalas originales para esta población. Así mismo, reportan no haber encontrado la misma distribución de los esquemas propuestos por Young (1999), proponiendo posibles reagrupaciones de los esquemas para la población infantil dado que en esta etapa del desarrollo es cuando los esquemas se están gestando y pueden no estar aún bien diferenciados.

De manera general han habido diversas investigaciones a lo largo del mundo que han buscado evaluar la presencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos en diversas poblaciones, estas investigaciones han dado origen no sólo a la validación de las distintas escalas en sus múltiples versiones sino también a la posibilidad de comparar y correlacionar estas evaluaciones con otros instrumentos que permiten emplear los cuestionarios de Esquemas como instrumentos de uso clínico y diagnóstico en la psicoterapia.

3. Comparación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en población Clínica y no Clínica.

Desde la creación de la Terapia de los Esquemas, el concepto de los esquemas maladaptativos tempranos se considera como una característica de la psicopatología, en donde cada padecimiento psicológico está directamente relacionado con uno o varios de estos esquemas; estos como ya se había mencionado son en su totalidad destructivos y causados en su mayoría por experiencias nocivas en etapas tempranas de la vida (Beck, 1976; Stein et al., 1992; Young et al., 2003; Riso et al., 2007).

A partir de la validación de las diversas escalas del "Young Schema Questionnaire" (YSQ- L1, YSQ-L2, YSQ-S2, YSQ-L3 y YSQ-S3), se han realizado diversas investigaciones que apoyan lo propuesto por Young (1990) en la Terapia de los Esquemas. En este apartado se presentan algunas de estas investigaciones que se han realizado en población adulta, adolescente e infantil.

3.1 Comparación en población de adultos

Las investigaciones realizadas con las escalas de Young han tenido dos vertientes relacionadas con su comparación en población clínica y no clínica. La primera de ellas tiene que ver directamente con la comparación de los puntajes de las subescalas del cuestionario con grupos de pacientes (hospitalizados y de consulta externa de diversos padecimientos) y población sin criterios clínicos. En la tabla 3 se muestra un resumen de estos estudios.

Tabla 3

Estudios con comparación entre muestras clínica y no clínica en población adulta.

Autor	Muestra	Instrumento	Resultados reportados
Ak, Lapsekili, Haciomeroglu, Sutciail y Turkcapar (2012)	38 participantes ingleses, 18 diagnosticados con trastorno bipolar, 20 voluntarios sin criterios diagnósticos. 21 a 55 años de edad.	YSQ- S3 (Young, 2005)	Los pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 13 de los 18 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Abandono, Privación emocional, Defectuosidad, Vulnerabilidad al daño y Búsqueda de aprobación no mostraron diferencias significativas.
Dindelegan y Bırle (2012)	Submuestra de 187 participantes rumanos, 95 pacientes de consulta externa con diagnóstico de depresión (N=73) o Alcoholismo (N=22), 92 participantes sin criterios diagnósticos.	YSQ- S2 (Young, 1998)	Los pacientes de consulta externa obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en los 15 esquemas evaluados por la escala.
Hawke y Provencher (2012)	580 participantes voluntarios canadienses y 96 pacientes de consulta externa. De 18 a 63 años de edad con una media de 26.8 años de edad.	YSQ- S3 (Young, 2005)	Los pacientes de consulta externa obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 16 de los 18 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Grandiosidad y Estándares irreales no mostraron diferencias significativas.
Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo y Cunha (2006)	158 participantes portugueses, 62 con diagnóstico de fobia social, 41 con diagnóstico de ansiedad, 55 sin criterios diagnósticos.	YSQ- L1 (Young & Brown, 1990)	Los pacientes con diagnóstico de fobia social y otros trastornos de ansiedad obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 13 de los 15 esquemas de la escala.
Rijkeboer y Bergh (2006)	334 participantes holandeses (162 estudiantes de licenciatura, edad media de 23.5 años, 172 pacientes de consulta externa, edad media de 33.9 años).	Young Schema Questionnaire (YSQ -L2; Young & Brown, 1994)	Los pacientes de consulta externa obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en los esquemas evaluados por la escala.
Waller (2003)	75 mujeres inglesas, 50 con diagnóstico relacionado a trastornos de la conducta alimenticia de 18 a 53 años de edad.	YSQ- S2 (Young, 1998)	Las pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 10 de los 15 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Subdesarrollo, Autosacrificio, Insuficiente autocontrol, Estándares irreales y Subyugación no mostraron diferencias significativas.

Lee, Taylor y Dunn (1999)	433 pacientes psiquiátricos australianos de consulta externa y hospitalizada (182 hombres, 251 mujeres). Media de edad: 39 años.	Young Schema Questionnaire (YSQ- L2; Young & Brown, 1994)	Los pacientes con criterios del eje II obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en comparación con los pacientes con criterios del eje I en 14 de los 16 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Vulnerabilidad y Subyugación no mostraron diferencias significativas.
---------------------------	--	---	--

Los estudios realizados en adultos han incluido muestras de pacientes con criterios diagnósticos tanto del eje I como del eje II (APA, 2002). La mayoría de los estudios utilizaron análisis de prueba t de Student para muestras independientes. Todas las investigaciones reportan puntuaciones significativamente mayores en pacientes en comparación con sus muestras no clínicas en al menos dos terceras partes de los esquemas de las escalas.

El segundo grupo de investigaciones se enfoca únicamente en población clínica y realiza correlaciones con otras escalas que miden psicopatología. En la tabla 4 se muestra un resumen de estos estudios.

Tabla 4

Estudios con correlaciones entre psicopatología y los Esquemas Maladaptativos Tempranos en población adulta.

Autor	Muestra	Instrumento	Resultados reportados
Maud, Shute y McLachlan. (2012)	262 participantes australianos con sintomatología leve de enojo. Edad modal 30-39 años.	Depression Anxiety Stress Scale- 21 (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) State Trait Anger Scale (STAS) (Spielberger & London, 2000) YSQ- S2 (Young, 1998)	La escala Depression Anxiety Stress Scale- 21 con respecto a la sintomatología depresiva tuvo una correlación positiva, significativa con los esquemas de Subdesarrollo y Aislamiento social; la sintomatología ansiosa tuvo una correlación positiva significativa con el esquema de Vulnerabilidad. El State Trait Anger Scale tuvo una correlación positiva significativa con los esquemas de Grandiosidad, Insuficiente autocontrol, Desconfianza y abandono y correlación negativa significativa con el esquema de Subyugación
Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002)	196 pacientes canadienses referidos a hospital psiquiátrico (65 hombres, 131 mujeres). 18 a 63 años de edad, media: 36.9 años.	YSQ- S2 (Young, 1998) Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1993)	La mayoría de las escalas del Young Schema Questionnaire Short Version -2 correlacionan significativamente con las escalas del Brief Symptom Inventory. El análisis de regresión con las subescala del Brief Symptom Inventory y las subescalas del Young Schema Questionnaire Short Version -2 representa una proporción significativa de la varianza con las siguientes escalas: ansiedad (52%) (R=.72, p<.0001), paranoia (62%) (R=.79, p<.0001) y depresión (47%) (R=. 69, p<.0001).
Schmidt, Joiner, Young y Telch. (1995)	181 estudiantes estadounidense s (96 hombres, 85 mujeres) Media de edad de 19.2 años.	Young Schema Questionnaire (YSQ- L2; Young & Brown, 1994), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1978), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) (Weissman, 1979), Positive Affectivity /Negative Affectivity Scale (PANAS- NA (Watson, Clark & Tellegen, 1988) y el Rosenberg Self- Esteem Questionnaire (SEQ) (Rosenberg, 1965)	Correlaciones significativas entre la puntuación total del YSQ y el General Severity Index (r=.67, p<. 0001), el Positive Affectivity /Negative Affectivity Scale (r=.40, p<. 0001), el Beck Depression Inventory (r=.59, p<. 000), el Dysfunctional Attitudes Scale (r=.60, p<. 0001) y el Rosenberg Self- Esteem Questionnaire (r=-.26, p=. 0001)

Todos los estudios que se encontraron con población clínica utilizan la segunda versión del YSQ ya sea en su modalidad larga o corta. En general emplean escalas que miden sintomatología depresiva, ansiosa y de enojo. Todos reportan correlaciones positivas significativas entre síntomas patológicos y esquemas maladaptativos tempranos.

3.2 Consideraciones en población de adolescentes

Al igual que con las investigaciones para la validación de las escalas de Young en población adolescente, no se cuentan con muchas investigaciones que busquen corroborar la relación positiva de los esquemas maladaptativos tempranos con la psicopatología. En la tabla 5 se resumen estos estudios.

Tabla 5

Estudios con comparación entre muestras clínica y no clínica en población adolescente.

Autor	Muestra	Instrumento	Resultados reportados
Khorrarnadel, Abolghasemi, Rakhshani, Nikdast y Raiabi (2013)	70 adolescentes iraníes, 30 pacientes de consulta externa, 40 sin criterios diagnósticos. Con una media de 18.6 años de edad.	YSQ-S3 (Young, 2005)	Los adolescentes con diagnóstico obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 4 de los 18 esquemas evaluados por la escala: Privación emocional, Vulnerabilidad, Defectuosiadad y Dependencia.
Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel y Bögels (2009)	216 adolescentes holandeses, 104 pacientes de consulta externa y 112 adolescentes sin criterios diagnósticos. 12 a 18 años de edad.	YSQ-S2 (Young, 1998)	Los pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 10 de los 15 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Estándares irreales, Inhibición emocional, Insuficiente autocontrol, Grandiosidad y Dependencia no mostraron diferencias significativas.

Lawrence, Allen y Chanen (2011)	58 participantes, 30 con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), 28 sin criterios diagnósticos. 15 a 24 años de edad.	YSQ- S2 (Young, 1998)	Los pacientes con TLP obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 11 de los 15 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Grandiosidad, Estándares irreales, Autosacrificio y Subdesarrollo no mostraron diferencias significativas.
Agudelo-Vélez, Casadiegos-Garzón y Sánchez-Ortiz. (2009)	259 estudiantes colombianos sin diagnóstico. 16 a 26 años de edad, media: 19 años.	Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, 1978) Cuestionario de Depresión de Estado /Rasgo (ST/DEP) (Agudelo, Spielberg y Buela- Casal, 2005) Cuestionario de Ansiedad Estado /Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1999) Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ- L2) (Castrillón et al., 2005)	El Inventario de Depresión de Beck correlacionó significativamente con las escalas de Subdesarrollo, Insuficiente autocontrol, Desconfianza, Estándares irreales, Inhibición emocional y Privación emocional. El Cuestionario de Depresión de Estado /Rasgo correlacionó significativamente con el esquema de Abandono, Grandiosidad, Subdesarrollo, Desconfianza e Inhibición emocional. El Cuestionario de Ansiedad Estado /Rasgo correlacionó significativamente con el esquema de Insuficiente autocontrol, Subdesarrollo, Grandiosidad y Abandono.
Murris (2006)	173 adolescentes holandeses de secundaria sin diagnóstico. 12 a 15 años de edad, media: 13.32 años.	YSQ-L2 con adecuaciones al vocabulario. Se tomaron 5 reactivos correspondientes a cada esquema. Psychopathology Questionnaire for Youths (PQY; Hartman et al., 2001)	El Psychopathology Questionnaire for Youths con respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa tuvo una correlación positiva, significativa con los 16 esquemas evaluados por la escala. La sintomatología disruptiva tuvo una correlación positiva significativa con los esquemas de Desconfianza, Aislamiento social, Defectuosidad, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad, Grandiosidad e Insuficiente autocontrol. Los problemas alimentarios tuvieron una correlación positiva significativa con 12 de los 16 esquemas de la escala con excepción de los esquemas de Dependencia, Vulnerabilidad, Subdesarrollo y Grandiosidad. El consumo de sustancias tuvo una correlación positiva significativa con los esquemas de Fracaso, Dependencia y Subyugación.

Una de las peculiaridades de estos estudios con población adolescente es el rango de edades que consideran para reportar el grupo de adolescentes. Las edades van de los 12 a los 24 años no habiendo un acuerdo común sobre el rango adecuado para reportar sus investigaciones como población adolescente, lo cual complica las comparaciones entre los resultados obtenidos. Sin embargo todos los estudios reportan diferencias significativas entre población clínica y no clínica o correlaciones positivas significativas con otras escalas de psicopatología.

3.3 Comparación en población infantil

Existen pocas investigaciones con población infantil en este tema, una de ellas fue la de Stallard (2007), la cual utilizó el Schema Questionnaire for children (Stallard et al., 2005). Este estudio tuvo como objetivo analizar la estabilidad de los EMT a lo largo del tiempo y comparar los esquemas en población clínica y no clínica.

En el primer estudio participaron 77 niños pertenecientes a escuelas primarias de Inglaterra (43 niños, 34 niñas). Todos eran estudiantes de cuarto y quinto de primaria en un rango de edad de 9 a 10 años. A esta muestra se le aplicó el Schema Questionnaire dos veces, con una diferencia de seis meses entre cada aplicación. Se reportaron correlaciones significativas a través del tiempo en 8 de los 12 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Privación emocional, Autosacrificio, Estándares irreales e Inhibición emocional no mostraron correlaciones significativas.

En el segundo estudio participaron 99 niños de Inglaterra, 46 sin criterios clínicos (13 niños, 33 niñas, en un rango de edad de 11 a 16 años con una media de 12.91 años) y 53 con criterios clínicos (24 niños, 29 niñas, en un rango de edad de 9 a 18 años con una media de 14.19 años). Los análisis reportan diferencias significativas en 10 de los 12 esquemas que evalúa la escala. Sólo los esquemas de Grandiosidad y Estándares irreales no mostraron diferencias significativas entre las muestras.

Posteriormente, Rijkeboer et al., (2010) realizaron un estudio con una muestra de 578 niños entre 8 y 13 años de edad con una media de 10.8 años, pertenecientes a escuelas de educación primaria en Holanda. En esta investigación se utilizó el Schema Inventory for Children (Rijkeboer et al., 2010) y el Early Adolescent Temperament Questionnaire -Revised (EATQ-R: Ellis & Rothbart, 2001; Dutchtranslation: Hartman, 2000). Los análisis del modelo de ecuaciones estructurales mostraron asociaciones significativas entre los esquemas y las subescalas del cuestionario de temperamento.

El estado de ánimo depresivo se asocia positivamente con 9 de los 11 esquemas evaluados por la escala. Los esquemas de Grandiosidad y Subdesarrollo no se relacionaron significativamente. El estado de ánimo agresivo se asoció significativamente con 9 de los 11 esquemas evaluados por la escala y negativamente con los esquemas de Autosacrificio y Subdesarrollo.

El afecto negativo se asoció significativamente con 10 de los 11 esquemas que evalúa la escala con excepción del esquema de Subdesarrollo. El control del esfuerzo se asoció positivamente con los esquemas de Grandiosidad y Subdesarrollo y negativamente con los esquemas de Soledad, Insuficiente autocontrol, Sumisión y Fracaso. El afecto positivo se asoció positivamente con los esquemas de Grandiosidad, Vulnerabilidad y Subdesarrollo.

Los autores reportan que, a pesar de que la mayoría de los esquemas encontrados en niños se correlacionan con indicadores de psicopatología, estos esquemas no pueden ser considerados desadaptativos en la infancia. Para ejemplificar esto, ellos afirman que en el área de autonomía es apropiado para la edad del infante tener fuertes lazos con las figuras parentales. De igual manera, tener cogniciones referentes a complacer a otros y subyugación pueden ser indicadores de conductas pro- sociales. En la fase egocéntrica de la infancia, el auto sacrificio puede resultar adaptativo, mientras que en una edad más avanzada puede ser signo de patología. Sin embargo no niegan haber encontrado estos esquemas en el grupo de edad analizado.

Por último, se realizó un estudio en Irán en el 2013, con una muestra de 250 niños de entre 11 y 13 años de edad. Esta investigación utilizó el Schema Inventory for Children (Rijkeboer et al., 2010) y el Depression Self-Rating Scale (DSRS_R, Birlson, 1981) para relacionar los síntomas depresivos y los esquemas en población infantil. Reportan correlaciones positivas significativas

entre síntomas depresivos y siete (Soledad, Vulnerabilidad, Defectuosidad, Desconfianza, Fracaso, Estándares irreales y Grandiosidad) de los 11 esquemas propuestos por la escala. Además, los análisis de regresión lineal mostraron que cinco esquemas (Soledad, Defectuosidad, Desconfianza, Vulnerabilidad y Estándares irreales) predicen el 38.4% de la varianza de la depresión en la población estudiada (Montazeri, Farsani, Mehrabi & Shakiba, 2013).

En todas las investigaciones reportadas en los tres grupos de edad se han encontrado diferencias significativas entre la población clínica y no clínica y correlaciones positivas con otras escalas de psicopatología. Esto corrobora que sin importar el grupo de edad, los esquemas maladaptativos tempranos están relacionados con la sintomatología psicopatológica en mayor o menor medida. Cabe destacar que el número de esquemas relacionados con psicopatología aumenta de acuerdo al grupo de edad, pudiendo sugerir que algunos de estos esquemas no son desadaptativos en etapas tempranas de la vida.

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Existe evidencia empírica que muestra que los Esquemas Maladaptativos Tempranos en población clínica y no clínica son diferentes, lo cual permite de cierta manera orientar la intervención clínica de modo más efectivo (Stallard, 2007; Carr & Francis, 2009; Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bögels 2009). Por lo anterior, se considera necesario contar con instrumentos válidos en población mexicana que permitan identificar la presencia de estos esquemas y su relación con las problemáticas, específicamente de los niños.

Sin embargo, no se cuenta con un instrumento válido y confiable, por lo que son necesarias la construcción y validación en población mexicana que permitan identificar la presencia de estos esquemas y su relación con las problemáticas, específicamente de los niños. A partir de esto, surge la necesidad de crear y validar una escala que mida los Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños de 8 a 13 años para población mexicana.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las diferencias en el promedio de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños pertenecientes a una muestra clínica en comparación con los niños que pertenecen a población escolar (muestra no clínica).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un instrumento válido y confiable que evalúe los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) en niños de 8 a 13 años.
- Obtener las dimensiones de la Escala de EMT y contrastarlas con las dimensiones de los instrumentos que les dieron origen.
- Obtener la consistencia interna de las dimensiones de la escala de EMT.

- Comparar el promedio de los EMT entre la muestra clínica y escolar (no clínica).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias en el promedio de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños pertenecientes a una muestra clínica en comparación con los niños que pertenecen a una muestra escolar (no clínica)?

HIPÓTESIS

Los niños pertenecientes a la muestra clínica presentan puntajes más altos en los Esquemas Maladaptativos Tempranos en comparación con los niños que pertenecen a la muestra escolar (no clínica).

VARIABLES

Variable dependiente: Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Definición conceptual:

- Los Esquemas Maladaptativos Tempranos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales (Young et al, 2003).

Definición operacional:

- Dado que no existen instrumentos estandarizados para niños, se elaborará con base en la revisión de la literatura especializada y los cuestionarios Schema Inventory for Children (Rijkeboer et al, 2010), Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, 1978) y Young

Schema Questionnaires (YSQ- Long Form 3) (Young, 2003), una escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños de 8 a 13 años.

Variable Atributiva: Tipo de muestra: Clínica y No Clínica (escolar).

Muestra No clínica (escolar)

Criterios de inclusión:

- 8-13 años de edad
- Asistir a escuelas públicas o particulares
- Ser estudiante regular de primaria o secundaria.
- No asistir a tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Criterios de Exclusión

- Presentar alguna discapacidad física o intelectual.

Criterios de eliminación

- Dejar más de 10% de reactivos sin contestar en los instrumentos de evaluación.
- Que no quieran terminar de responder a los instrumentos

Muestra Clínica

Criterios de inclusión

- 8-13 años de edad
- Asistir a algún tipo de tratamiento psicológico/ psiquiátrico en consulta externa por problemas emocionales y/o de conducta a alguna institución pública o privada de salud mental
- Ser estudiantes o haber estado inscrito en una escuela pública o privada en los últimos seis meses.

Criterios de Exclusión

- Presentar un trastorno psiquiátrico mayor, severo o incapacitante.
- Presentar alguna discapacidad física
- Estar internado en alguna institución de salud mental
- Presentar alguna enfermedad crónica.

Criterios de eliminación

- Dejar más de 10% de reactivos sin contestar en los instrumentos de evaluación.
- Que no quieran terminar de responder a los instrumentos

DISEÑO

Basándose en Kerlinger y Lee (2002) se utilizó un diseño no experimental, transversal de campo ya que se investigó una situación social en la que no se manipularon las variables, en un momento determinado.

MÉTODO

Participantes

Ambas muestras fueron no aleatorias, estuvieron conformadas de la siguiente manera: la muestra no clínica de los niños estuvo conformada por 444 estudiantes de tercero de primaria a primer grado de secundaria de escuelas particulares de la ciudad de Cancún, Quintana Roo, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y los 13 años, con una media de edad de 10.46 años (DE= 1.51); 50.5% niños y 49.5% niñas. La muestra clínica estuvo conformada por 42 pacientes de Centros de Servicios Psicológicos de la Ciudad de México, sus edades oscilaron entre los 8 y 13 años, con una media de edad de 10.14 años (DE=1.35), 59.5% niños y 40.5% niñas.

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos:

1. Cédula de datos generales.
2. Cuestionario expreso para medir Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños con base en la revisión de la literatura especializada y los cuestionarios Schema Inventory for Children (Rijkeboer et al, 2010), Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, 1978) y Young Schema Questionnaires (YSQ- Long Form 3) (Young, 2003). En la primera versión del cuestionario se presentó a tres jueces expertos en Terapia cognitiva conductual y terapia de los Esquemas, con el fin de obtener la validez de contenido de cada uno de los reactivos, con base en las opiniones de los jueces se eliminaron algunos reactivos, en otros se hicieron cambios en la redacción y se construyeron nuevos reactivos para tener la representación de todos los esquemas. La versión final del cuestionario constó de 106 reactivos (Anexo 1) que miden 17 Esquemas Maladaptativos Tempranos:

- **Privación emocional:** creencia de que el grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho.
- **Abandono:** creencia de que otros significativos tarde o temprano nos dejarán.
- **Desconfianza:** Creencia de que los otros nos harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños o mentiras.
- **Defectuosiad:** Sentimiento de que uno es defectuoso, indeseado o inferior.
- **Aislamiento social:** sentimiento de que uno está aislado del resto de mundo, se es diferente a los demás y/o no hace parte de ningún grupo.
- **Fracaso:** creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente.
- **Vulnerabilidad:** creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo y no se es incapaz de impedirlo.

- **Grandiosidad:** Creencia de que uno es superior a los demás de que tiene derechos y privilegios especiales.
- **Insuficiente autocontrol:** énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, el conflicto, la confrontación y el esfuerzo excesivo.
- **Subyugación:** sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente evitar reacciones de ira, retaliación o abandono.
- **Autosacrificio:** concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás.
- **Inhibición emocional:** inhibición excesiva de acciones y sentimientos generalmente para evitar la desaprobación.
- **Estándares irreales:** actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás.
- **Negatividad:** Modo permanente de enfocarse en lo negativo, consiste en un miedo excesivo en cometer errores que podrían tener consecuencias irreparables.
- **Castigo:** creencia de que las personas, incluyéndose, deben ser duramente castigadas por cometer errores.
- **Búsqueda de aprobación:** excesivo énfasis en la aprobación, reconocimiento o atención de las otras personas.
- **Dependencia:** creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades sin una cantidad considerable de ayuda externa.

Los reactivos se refieren a afirmaciones que los niños pueden sentir o pensar. Es una escala Likert con 4 opciones de respuesta que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo en los esquemas de Privación Emocional, Defectuosisdad, y de nunca a siempre en los otros 17 esquemas.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en 3 Escuelas Primarias y Secundarias Privadas de Cancún, Quintana Roo, con previa autorización por escrito de los directivos de las escuelas y los padres de familia a quienes les fue entregada una Carta de Consentimiento Informado. A los niños se les explicó el motivo de la investigación y el anonimato fue garantizado por la investigadora, la participación de los alumnos fue voluntaria.

La aplicación de los instrumentos fue de manera colectiva en cada grupo y siempre en presencia del profesor(a), quien estaba enterado previamente del procedimiento a seguir y la finalidad del estudio. Se explicaron las instrucciones de ambos cuestionarios de la misma forma en cada grupo y cada niño respondió individualmente.

Para la obtención de la muestra clínica se acudió a Centros de Servicios Psicológicos en la Ciudad de México, en donde se solicitó el apoyo de las terapeutas que atendían población infantil.

5. Resultados

En este punto se presentan los resultados de los análisis estadísticos que se llevaron a cabo con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 19). En primer lugar se hicieron los análisis descriptivos de las características de las muestras, posteriormente se llevaron a cabo análisis de correlación ítem-total para conocer la discriminación de los reactivos por dominio, posteriormente se hicieron análisis factoriales por dominio para conocer los esquemas que se agrupaban en cada dominio y se obtuvieron las diferencias por edades a través de un análisis de varianza. Cabe mencionar que los análisis psicométricos de la escala se hicieron con la muestra escolar. Por último se compararon los puntajes de cada uno de los esquemas entre la muestra clínica y la no clínica a través de la prueba t de student.

5.1 Análisis psicométricos de la escala.

Características de la muestra escolar (no clínica).

En primer lugar se realizó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de la muestra no clínica de acuerdo al sexo, edad y escolaridad. La muestra fue de 444 participantes, la cual quedó conformada con similar número de niñas (49%) que de niños (51%).

El rango de edad que se tomó en cuenta para el estudio fue de los 8 a los 13 años, la escolaridad de acuerdo al grado que se estaba cursando al momento de la aplicación fue de tercero de primaria a primero de secundaria distribuidos de la siguiente manera: 13% niños de ocho años, 17% niños de nueve años, 20% niños de diez años, 17% niños de once años, 26% niños de doce años y 7% niños de trece años. Hubo ligeramente un mayor número de niños de 12 años que en el resto de las edades, y por consiguiente, un mayor número de niños cursando sexto de primaria. Por el contrario, la cantidad menor de sujetos se encontró dentro de los 13 años de edad, sin embargo la distribución en la escolaridad quedó conformada de manera similar en los 5 grados de estudio y se compuso de la siguiente manera: 17% alumnos de tercero de primaria, 17% alumnos de cuarto de primaria, 21% alumnos de quinto de primaria, 25% alumnos de sexto de primaria y 20% alumnos de primero de secundaria.

Discriminación de los reactivos.

Para conocer los reactivos que discriminaban se llevó a cabo un análisis de correlación ítem- total por dominio. Se decidió conservar todos los reactivos que correlacionaron más de .15. A continuación se presentan los resultados para cada uno de los dominios.

En la tabla 6 se puede observar que el dominio de Desconexión y Rechazo cuenta con 39 reactivos con un alfa total de $\alpha=.907$. Ninguno de los reactivos se eliminó.

Tabla 6.

Correlación item- total de los reactivos del dominio de Desconexión y Rechazo.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Me da miedo estar solo / sola.	.206	.908
2. Me cuesta trabajo confiar en los demás.	.304	.906
3. Me siento mal en cualquier lugar.	.292	.906
16. Las personas que quiero a veces me quieren y a veces me dejan de querer.	.438	.905
17. Las personas que quiero me traicionarán.	.408	.905
18. Siento que no pertenezco a mi familia.	.346	.906
31. Me da miedo que las personas que quiero me abandonen.	.393	.906
32. La gente es mentirosa.	.165	.908
33. Soy tímido / tímida.	.251	.907
46. Me siento solo /sola.	.525	.903
47. Creo que las personas que quiero me lastimarán intencionalmente.	.452	.904
48. Le caigo mal a mis compañeros.	.419	.905
55. Me preocupa que mamá me deje solo.	.364	.906
56. Me da miedo que las personas me decepcionen.	.381	.905
57. Mis amigos me hacen a un lado.	.435	.905
70. Me preocupa que papá me deje solo.	.364	.906
1. Mi papá no me pone atención.	.397	.905
2. No les importo a mis maestros.	.423	.905
3. No merezco que las personas me quieran.	.388	.905
4. Mi mamá no desea pasar tiempo conmigo.	.396	.905
5. Tengo muchos defectos.	.464	.904
6. Mis maestros no me ponen atención.	.416	.905
7. Si las personas conocieran mi lado negativo me dejarían de querer.	.476	.904
8. Mi mamá no entiende lo que necesito.	.577	.903
9. Mi papá no desea pasar tiempo conmigo.	.515	.904
10. Nadie me apoya.	.527	.904
11. Mi papá no entiende lo que necesito.	.533	.903
12. Me disgusta cómo soy.	.548	.903
13. No le importo a mi mamá.	.499	.904
14. Mi mamá no me pone atención.	.525	.904
15. Me avergüenzo de mi mismo.	.598	.903
16. Nadie me escucha.	.586	.903
17. Soy raro /rara.	.430	.905
18. No le importa a mi papá.	.384	.905
19. Mis maestros no me quieren.	.484	.904
20. Soy tonto /tonta.	.458	.904
21. Mis amigos no entienden lo que necesito.	.542	.903
22. Me siento triste cuando estoy solo /sola.	.413	.905
23. Los demás son mejores que yo en todo.	.449	.905
Alfa		.907

En la tabla 7 se puede observar que el dominio de Deterioro a la Autonomía cuenta con 18 reactivos con un alfa total de $\alpha=.842$. Ninguno de los reactivos se eliminó.

Tabla 7.

Correlación item- total de los reactivos del dominio de Deterioro a la Autonomía.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4. Los demás son más talentosos que yo.	.309	.840
5. Soy miedoso / miedosa.	.320	.840
6. Me cuesta trabajo valerme por mi mismo.	.396	.837
19. Todo lo que hago me sale mal.	.504	.833
20. Siento que algo malo puede pasar en cualquier momento.	.499	.832
21. No sé hacer las cosas bien.	.503	.833
34. Creo que aunque me esfuerce, me irá mal en la escuela.	.571	.828
35. Me preocupa que mis papás se queden sin dinero.	.427	.836
36. Necesito más ayuda de la que los demás niños necesitan para hacer las cosas que quiero.	.375	.838
49. Los demás hacen las cosas mejor que yo.	.521	.831
50. Creo que me puedo enfermar fácilmente.	.348	.839
51. Me cuesta trabajo hacer las cosas sin que otros me ayuden.	.522	.831
64. Creo que no hago las cosas lo suficientemente bien.	.552	.829
65. Creo que el mundo es un lugar muy peligroso.	.381	.838
66. Si estoy triste sólo me puedo calmar si otros me consuelan.	.370	.838
71. Cuando las cosas van bien, me da miedo que algo malo suceda después.	.459	.834
80. Me da miedo hacer las cosas.	.491	.832
83. Pienso que las personas que quiero se pueden morir.	.408	.837
Alfa		.842

En la tabla 8 se puede observar que el dominio de Límites Dañados cuenta con 11 reactivos con un alfa total de $\alpha=.710$. Ninguno de los reactivos se eliminó.

Tabla 8.

Correlación item- total de los reactivos del dominio de Límites Dañados.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
10. Soy más importante que los demás.	.230	.710
11. Me cuesta trabajo terminar mis tareas.	.295	.699
25. Quiero salirme con la mía.	.369	.688
26. Cuando me enojo no me puedo controlar.	.425	.678
40. Quiero que me traten de manera especial.	.283	.703
41. Se me olvida hacer las cosas.	.314	.696
58. Creo que lo más importante es lo que yo quiero.	.312	.696
59. Si algo no me gusta no lo puedo hacer.	.327	.695
74. Me molesto si alguien me gana.	.461	.674
75. Si la tarea es difícil me bloqueo y no puedo resolverla.	.462	.672
82. Me enojo si los demás no hacen lo que yo quiero.	.482	.676
Alfa		.710

En la tabla 9 se puede observar que el dominio de Orientación hacia los otros cuenta con 18 reactivos con un alfa total de $\alpha=.787$. Ninguno de los reactivos se eliminó.

Tabla 9.

Correlación item- total de los reactivos del dominio de Orientación hacia los otros.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
7. Me cuesta trabajo decir lo que quiero.	.291	.782
8. Lo que opinan los demás de mí es más importante de lo que yo opino.	.325	.780
9. Me siento culpable cuando no puedo hacer lo que los demás me piden que haga.	.382	.776
22. Dejo que las personas se salgan con la suya porque tengo miedo a las consecuencias.	.329	.779
23. Me importa mucho caerle bien a mis compañeros.	.434	.772
24. Creo que soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	.317	.780
37. Me alejo de mis amigos en lugar de decirles que estoy enojado.	.240	.785
38. Me importa mucho lo que los demás piensen de mí.	.412	.774
39. Me esfuerzo en complacer a los demás.	.481	.769
52. Cuando mis amigos quieren jugar a algo acepto aunque me enoje que no jueguen a lo que yo quiero.	.307	.781
53. Es importante caerles bien a todas las personas.	.372	.777
54. Me siento mal si hago lo que yo quiero sin tomar en cuenta a los demás.	.275	.784
67. Cuando me enojo con mis amigos no lo demuestro para que no me saquen del grupo de amigos.	.421	.773
68. Debo hacer lo que los demás quieran que haga para caerles bien.	.374	.777
69. Me siento culpable cuando logro lo que yo quiero y no lo que los demás quieren.	.410	.774
72. Debo complacer a los demás para que no me rechacen.	.492	.770
73. Sólo puedo ser feliz si las personas que quiero están felices.	.401	.775
81. Hago lo que mi maestra quiere para agradarle.	.315	.781
Alfa		.787

En la tabla 10 se puede observar que el dominio de Sobrevigilancia e Inhibición cuenta con 20 reactivos con un alfa total de $\alpha=.798$. Ninguno de los reactivos se eliminó.

Tabla 10.**Correlación item- total de los reactivos del dominio de Sobrevigilancia e Inhibición.**

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
12. Todo error merece castigo.	.283	.795
13. Primero me fijo en lo negativo y no en lo bueno de las cosas.	.297	.794
14. Debo ser el primero en terminar los trabajos en la escuela.	.237	.797
15. Me cuesta trabajo mostrar mis sentimientos.	.418	.787
27. Los errores no se deben perdonar.	.174	.803
28. Las cosas salen mal.	.420	.788
29. Debo ser el mejor en todo lo que hago.	.336	.792
30. Me cuesta trabajo decir cómo me siento.	.486	.783
42. Me cuesta trabajo perdonar a las personas cuando me hacen algo malo.	.410	.788
43. Todo me sale mal.	.424	.788
44. Es mi obligación sacar "10" en todas mis tareas.	.279	.796
45. No me gusta que vean que me enojo.	.357	.790
60. Soy rencoroso.	.312	.793
61. Soy pesimista.	.385	.789
62. Hacer mi mejor esfuerzo significa que lo que haga debe de salir perfecto.	.373	.789
63. Me da pena mostrar mis emociones.	.542	.779
76. Si me equivoco en mi tarea debo arrancar la hoja y volver a empezar para aprender de mis errores.	.316	.793
77. Aunque me esfuerce, se que sacaré malas calificaciones.	.478	.784
78. Si tengo errores quiere decir que no aprendí nada.	.503	.783
79. Me disgusta que me vean llorar.	.349	.791
Alfa		.798

Con base en los análisis de correlación item- total de cada uno de dominios se decidió no eliminar reactivos, por lo tanto los análisis factoriales se llevaron a cabo con todos los reactivos de cada dominio.

Análisis factorial por dominio

Se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para cada uno de los dominios en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Dominio de Desconexión y Rechazo: la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin fue de .876, y la prueba de esfericidad de Barlett mostró una $X^2= 4760.826$, $gl= 741$, $sig.=.000$, por lo tanto los datos se ajustan al análisis. El análisis factorial mostró 11 factores, únicamente se reportan los primeros siete, que explicaron el 47.72% de la varianza, ya que del factor ocho al once se agruparon menos de tres reactivos en cada uno, por lo cual no constituyeron una dimensión (Tabla 11). De los 39 reactivos que originalmente correspondían al dominio, se conservaron 31 que representan a cuatro de los esquemas originales (Abandono, Desconfianza, Defectuosidad y Aislamiento) y los tres restantes corresponden al esquema original de Privación emocional. El alfa de cronbach del dominio fue de $\alpha=.894$.

Tabla 11.

Factores del dominio: Desconexión y Rechazo.

	1	2	3	4	5	6	7
14. Mi mamá no me pone atención.	.794						
13. No le importo a mi mamá.	.717						
10. Nadie me apoya.	.604						
4. Mi mamá no desea pasar tiempo conmigo.	.556						
16. Nadie me escucha.	.548						
8. Mi mamá no entiende lo que necesito.	.491						
20. Soy tonto /tonta.		.712					
17. Soy raro /rara.		.712					
7. Si las personas conocieran mi lado negativo me dejarían de querer.		.626					
15. Me avergüenzo de mi mismo.		.580					
5. Tengo muchos defectos.		.575					
12. Me disgusta cómo soy.		.480					
55. Me preocupa que mamá me deje solo.			.861				
70. Me preocupa que papá me deje solo.			.774				
56. Me da miedo que las personas me decepcionen.			.578				
1. Me da miedo estar solo / sola.			.551				
22. Me siento triste cuando estoy solo /sola.			.465				
31. Me da miedo que las personas que quiero me abandonen.			.422				
11. Mi papá no entiende lo que necesito.				.779			
9. Mi papá no desea pasar tiempo conmigo.				.721			
18. No le importa a mi papá.				.699			
1. Mi papá no me pone atención.				.686			
6. Mis maestros no me ponen atención.					.790		
2. No les importo a mis maestros.					.688		
19. Mis maestros no me quieren.					.656		
48. Le caigo mal a mis compañeros.						.726	
57. Mis amigos me hacen a un lado.						.706	
46. Me siento solo /sola.						.481	
17. Las personas que quiero me traicionarán.							.702
16. Las personas que quiero a veces me quieren y a veces me dejan de querer.							.681
33. Soy tímido / tímida.							.506
Alfa	.827	.787	.732	.755	.806	.633	.475

1=Privación emocional 1; 2= Defectuosidad; 3= Abandono; 4=Privación emocional 2; 5= Privación emocional 3; 6= Aislamiento Social; 7= Desconfianza.

Dominio de Deterioro a la Autonomía: la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin fue de .892, y la prueba de esfericidad de Barlett mostró una $X^2= 1497.646$, $gl= 153$, $sig.=.000$, por lo tanto los datos se ajustan al análisis. El análisis factorial mostró 4 factores que explicaron el 47.47% de la varianza (Tabla 12). De los 18 reactivos

que originalmente correspondían al dominio, se conservaron 17 que representan a dos de los esquemas originales (Fracaso y Dependencia) y los dos restantes corresponden al esquema original de vulnerabilidad. El alfa de cronbach del dominio de Deterioro a la Autonomía fue de $\alpha=.831$.

Tabla 12.

Matriz de componentes rotados dominio de Deterioro a la autonomía.

	1	2	3	4
4. Los demás son más talentosos que yo.	.710			
49. Los demás hacen las cosas mejor que yo.	.708			
19. Todo lo que hago me sale mal.	.677			
34. Creo que aunque me esfuerce, me irá mal en la escuela.	.596			
21. No sé hacer las cosas bien.	.565			
64. Creo que no hago las cosas lo suficientemente bien.	.470			
35. Me preocupa que mis papás se queden sin dinero.		.663		
83. Pienso que las personas que quiero se pueden morir.		.655		
20. Siento que algo malo puede pasar en cualquier momento.		.511		
65. Creo que el mundo es un lugar muy peligroso.		.479		
71. Cuando las cosas van bien, me da miedo que algo malo suceda después.		.478		
36. Necesito más ayuda de la que los demás niños necesitan para hacer las cosas que quiero.			.702	
6. Me cuesta trabajo valerme por mí mismo.			.687	
51. Me cuesta trabajo hacer las cosas sin que otros me ayuden.			.564	
5. Soy miedoso / miedosa.				.711
50. Creo que me puedo enfermar fácilmente.				.566
66. Si estoy triste sólo me puedo calmar si otros me consuelan.				.505
Alfa	.752	.639	.570	.341

1= Fracaso; 2= Vulnerabilidad 1; 3= Dependencia; 4=Vulnerabilidad 2.

Dominio de Límites Dañados: la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin fue de .781, y la prueba de esfericidad de Barlett mostró una $X^2= 625.705$, $gl= 55$, $sig.=.000$, por lo tanto los datos se ajustan al análisis. El análisis factorial mostró 3 factores que explicaron el 49.72% de la varianza (Tabla 13). Se conservaron los 11 reactivos que originalmente correspondían al dominio, los cuales representan a uno de los esquemas originales (Insuficiente autocontrol) y los dos restantes corresponden al esquema original de Grandiosidad. El alfa de cronbach del dominio de Deterioro a la Autonomía fue de $\alpha=.710$.

Tabla 13.**Matriz de componentes rotados dominio de Límites Dañados.**

	1	2	3
41. Se me olvida hacer las cosas.	.745		
11. Me cuesta trabajo terminar mis tareas.	.673		
75. Si la tarea es difícil me bloqueo y no puedo resolverla.	.668		
26. Cuando me enojo no me puedo controlar.	.466		
74. Me molesto si alguien me gana.		.745	
25. Quiero salirme con la mía.		.736	
82. Me enojo si los demás no hacen lo que yo quiero.		.696	
40. Quiero que me traten de manera especial.			.661
58. Creo que lo más importante es lo que yo quiero.			.614
59. Si algo no me gusta no lo puedo hacer.			.574
10. Soy más importante que los demás.			.485
Alfa	.617	.644	.450

1=Insuficiente Autocontrol; 2= Grandiosidad 1; 3= Grandiosidad 2.

Dominio de Orientación hacia los Otros: la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin fue de .825, y la prueba de esfericidad de Barlett mostró una $X^2= 1178.491$, $gl= 153$, $sig.=.000$, por lo tanto los datos se ajustan al análisis. El análisis factorial mostró 4 factores que explicaron el 45.41% de la varianza (Tabla 14). De los 18 reactivos que originalmente correspondían al dominio, se conservaron 17 que representan a dos de los esquemas originales (Subyugación y Autosacrificio) y los dos restantes corresponden al esquema original de Búsqueda de Aprobación. El alfa de cronbach del dominio de Orientación hacia los Otros fue de $\alpha=.770$.

Tabla 14.

Matriz de componentes rotados dominio de Orientación hacia los Otros.

	1	2	3	4
23. Me importa mucho caerle bien a mis compañeros.	.749			
53. Es importante caerles bien a todas las personas.	.653			
81. Hago lo que mi maestra quiere para agradarle.	.515			
38. Me importa mucho lo que los demás piensen de mí.	.482			
22. Dejo que las personas se salgan con la suya porque tengo miedo a las consecuencias.		.631		
7. Me cuesta trabajo decir lo que quiero.		.627		
8. Lo que opinan los demás de mí es más importante de lo que yo opino.		.620		
9. Me siento culpable cuando no puedo hacer lo que los demás me piden que haga.		.474		
37. Me alejo de mis amigos en lugar de decirles que estoy enojado.		.464		
54. Me siento mal si hago lo que yo quiero sin tomar en cuenta a los demás.			.708	
52. Cuando mis amigos quieren jugar a algo acepto aunque me enoje que no jueguen a lo que yo quiero.			.663	
69. Me siento culpable cuando logro lo que yo quiero y no lo que los demás quieren.			.534	
73. Sólo puedo ser feliz si las personas que quiero están felices.			.504	
24. Creo que soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.			.471	
68. Debo hacer lo que los demás quieran que haga para caerles bien.				.764
72. Debo complacer a los demás para que no me rechacen.				.733
67. Cuando me enojo con mis amigos no lo demuestro para que no me saquen del grupo de amigos.				.466
Alfa	.597	.544	.582	.669

1= Búsqueda de Aprobación 1; 2= Subyugación; 3= Autosacrificio; 4= Búsqueda de Aprobación 2.

Dominio de Sobrevigilancia e Inhibición: la prueba de Kaiser- Meyer- Olkin fue de .822, y la prueba de esfericidad de Barlett mostró una $X^2= 1448.483$, $gl= 190$, $sig.=.000$, por lo tanto los datos se ajustan al análisis. El análisis factorial mostró seis factores, únicamente se reportan los primeros cuatro, que explicaron el 44.03% de la varianza, ya que los factores cinco y seis agruparon menos de tres reactivos en cada uno, por lo cual no constituyeron una dimensión (Tabla 15). Se decidió conservar el cuarto factor pues ambos reactivos pertenecen al esquema de Castigo y se consideró importante conservar reactivos representativos para

todos los esquemas, sin embargo a este último esquema se le añadieron 2 reactivos más dado que es importante esta dimensión para la teoría. De los 20 reactivos que originalmente correspondían al dominio, se conservaron 14 y se agregaron 2 más: "todo error merece castigo" y "los errores no se deben perdonar" que representan a los cuatro esquemas originales (Inhibición emocional, Negatividad, Estándares irreales y Castigo). El alfa de cronbach del dominio de Sobrevigilancia e Inhibición fue de $\alpha=.775$.

Tabla 15.

Matriz de componentes rotados dominio de Sobrevigilancia e Inhibición.

	1	2	3	4
30. Me cuesta trabajo decir cómo me siento.	.789			
15. Me cuesta trabajo mostrar mis sentimientos.	.766			
63. Me da pena mostrar mis emociones.	.701			
45. No me gusta que vean que me enojo.	.512			
77. Aunque me esfuerce, se que sacaré malas calificaciones.		.724		
28. Las cosas salen mal.		.714		
43. Todo me sale mal.		.676		
78. Si tengo errores quiere decir que no aprendí nada.		.583		
29. Debo ser el mejor en todo lo que hago.			.698	
44. Es mi obligación sacar "10" en todas mis tareas.			.670	
62. Hacer mi mejor esfuerzo significa que lo que haga debe de salir perfecto.			.636	
14. Debo ser el primero en terminar los trabajos en la escuela.			.632	
60. Soy rencoroso.				.799
42. Me cuesta trabajo perdonar a las personas cuando me hacen algo malo.				.606
Alfa	.710	.718	.624	.346

1= Inhibición Emocional; 2= Negatividad; 3= Estándares Irreales; 4= Castigo.

Todos los dominios presentan un alfa de cronbach arriba de $\alpha=.70$, las dimensiones de todos los dominios se apegan a los propuestos por la teoría. Se encontraron 13 esquemas originales (Abandono, Defectuosidad, Desconfianza, Aislamiento social, Fracaso, Dependencia, Insuficiente autocontrol, Subyugación,

Autosacrificio, Inhibición emocional, Negatividad, Estándares Irreales y Castigo) y los cuatro restantes (Privación emocional, Vulnerabilidad, Búsqueda de aprobación y Grandiosidad) se subdividieron en nueve, por lo tanto quedaron 22 esquemas. En la tabla 16 se muestran los esquemas obtenidos en cada dominio.

Tabla 16

Esquemas obtenidos por dominio.

Dominio	Esquema
Desconexión y Rechazo	Privación nutricia (Privación emocional 1)
	Defectuosidad
	Abandono
	Privación de protección (Privación emocional 2)
	Privación empática (Privación emocional 3)
	Aislamiento social
	Desconfianza
Deterioro a la Autonomía	Fracaso
	Vulnerabilidad a catástrofes extremas. (Vulnerabilidad 1)
	Dependencia
Límites Dañados	Vulnerabilidad a catástrofes médicas y emocionales (Vulnerabilidad 2)
	Insuficiente autocontrol
	Superioridad- Grandiosidad (Grandiosidad 1)
Orientación hacia los otros	Dominio sobre los otros- Autorización (Grandiosidad 2)
	Mantenimiento de la aprobación (Búsqueda de aprobación 1)
	Subyugación
	Autosacrificio
Sobrevigilancia e Inhibición Emocional	Obtención de la aprobación (Búsqueda de Aprobación 2)
	Inhibición emocional
	Negatividad
	Estándares irreales
	Castigo

Análisis descriptivos de los esquemas.

A continuación se presentan las diferencias de medias y desviación estándar de cada uno de los esquemas divididos por grupos de edad de 8 a 9 años, 10 a 11 años y 12 a 13 años (Tabla 17).

Tabla 17

Promedios de los Esquemas por edad.

		Media	Desviación típica	F	Sig.	Scheffé		
						8 y 9 años	10 y 11 años	11 y 12 años
Privación nutricia	8 y 9 años	1.8077	.79468			-	.002	.035
	10 y 11 años	1.5323	.53771			.002	-	.620
	12 y 13 años	1.6033	.57005			.035	.620	-
	Total	1.6333	.63841	6.703	.001			
Privación de protección	8 y 9 años	1.8638	.81812			-	.097	.077
	10 y 11 años	1.6626	.78002			.097	-	.983
	12 y 13 años	1.6461	.73673			.077	.983	-
	Total	1.7150	.78122	3.183	.042			
Privación empática	8 y 9 años	1.7913	.85187			-	.313	.543
	10 y 11 años	1.6564	.66194			.313	-	.022
	12 y 13 años	1.8920	.71959			.543	.022	-
	Total	1.7734	.74468	3.900	.021			
Defectuosiadad	8 y 9 años	1.8263	.66822					
	10 y 11 años	1.8407	.70418					
	12 y 13 años	1.8512	.59531					
	Total	1.8401	.65750	.046	.955			
Desconfianza	8 y 9 años	1.8000	.63842					
	10 y 11 años	1.8141	.64848					
	12 y 13 años	1.7931	.62493					
	Total	1.8030	.63644	.044	.957			
Abandono	8 y 9 años	2.2292	.75811			-	.131	.042
	10 y 11 años	2.0626	.69169			.131	-	.826
	12 y 13 años	2.0141	.61358			.042	.826	-
	Total	2.0933	.69065	3.458	.032			
Aislamiento	8 y 9 años	1.8587	.73600					
	10 y 11 años	1.7572	.69903					
	12 y 13 años	1.7947	.71517					
	Total	1.7992	.71481	.714	.490			
Fracaso	8 y 9 años	2.0040	.63241					
	10 y 11 años	1.9776	.56225					
	12 y 13 años	1.9941	.56639					
	Total	1.9907	.58343	.076	.927			
Vulnerabilidad a catástrofes extremas.	8 y 9 años	2.3661	.66528					
	10 y 11 años	2.3988	.71232					
	12 y 13 años	2.3986	.65542					
	Total	2.3896	.67909	.098	.907			
Dependencia	8 y 9 años	2.0436	.70606			-	.105	.000
	10 y 11 años	1.8821	.70420			.105	-	.091
	12 y 13 años	1.7190	.49983			.000	.091	-
	Total	1.8779	.65712	8.512	.000			
Superioridad-Grandiosidad	8 y 9 años	1.5688	.66942					
	10 y 11 años	1.6867	.70180					
	12 y 13 años	1.7179	.64435					
	Total	1.6628	.67524	1.809	.165			

Insuficiente autocontrol	8 y 9 años	2.1756	.71345					
	10 y 11 años	2.1733	.65695					
	12 y 13 años	2.2143	.64566					
	Total	2.1875	.66860	.167	.846			
Mantenimiento de la aprobación	8 y 9 años	2.4980	.77749			-	.348	.005
	10 y 11 años	2.3727	.72237			.348	-	.131
	12 y 13 años	2.2049	.69000			.005	.131	-
	Total	2.3534	.73600	5.535	.004			
Subyugación	8 y 9 años	1.9234	.58545					
	10 y 11 años	1.9006	.57279					
	12 y 13 años	1.8227	.49459					
	Total	1.8819	.55278	1.265	.283			
Autosacrificio	8 y 9 años	2.2730	.68707					
	10 y 11 años	2.2907	.67895					
	12 y 13 años	2.2113	.57007					
	Total	2.2592	.64688	.608	.545			
Inhibición emocional	8 y 9 años	2.2848	.76420					
	10 y 11 años	2.2410	.82015					
	12 y 13 años	2.2764	.73520					
	Total	2.2651	.77554	.134	.874			
Negatividad	8 y 9 años	1.8911	.70078					
	10 y 11 años	1.8835	.64954					
	12 y 13 años	1.8679	.62216					
	Total	1.8806	.65472	1.329	.266			
Estándares irreales	8 y 9 años	2.5262	.83424					
	10 y 11 años	2.4367	.76273					
	12 y 13 años	2.3802	.59644					
	Total	2.4436	.73470	1.329	.266			
Castigo	8 y 9 años	2.2087	.59978			-	.054	.083
	10 y 11 años	2.0337	.63130			.054	-	.992
	12 y 13 años	2.0423	.56413			.083	.992	-
	Total	2.0863	.60419	3.517	.031			
Dominio sobre los otros- Autorización	8 y 9 años	2.0711	.69285					
	10 y 11 años	1.9068	.64154					
	12 y 13 años	1.9196	.52822					
	Total	1.9587	.62532	2.840	.060			
Obtención de la aprobación	8 y 9 años	1.8148	.75254			-	.119	.000
	10 y 11 años	1.6467	.72413			.119	-	.116
	12 y 13 años	1.4838	.58048			.000	.116	-
	Total	1.6415	.69959	7.764	.000			
Vulnerabilidad a catástrofes médicas y emocionales	8 y 9 años	2.0104	.61184					
	10 y 11 años	1.8986	.68317					
	12 y 13 años	1.8638	.53127					
	Total	1.9203	.61682	2.071	.127			

Como se puede observar en la Tabla 17, existen diferencias significativas entre el grupo de edad de 8 y 9 años y el grupo de edad de 12 y 13 años en los esquemas de Mantenimiento de la aprobación y Obtención de la aprobación, Dependencia y

Abandono, en donde en todos los casos los niños más chicos presentan puntajes más altos. Entre el grupo de edad de 10 y 11 años y el grupo de edad de 12 y 13 años sólo existen diferencias significativas en el esquema de Privación empática, en donde el grupo de 12 y 13 años presenta un puntaje más alto. Por último, el esquema de Privación nutricia presenta diferencias significativas entre los grupos de edad de 10 y 11 y los de 12 y 13 años en comparación con el grupo de edad de 8 y 9 años, en donde los niños de menor edad presentan puntajes más altos.

5.2 Comparación entre muestra clínica y no clínica.

Características demográficas de las muestras.

Para comparar las muestras clínica y no clínica se igualaron ambas muestras por sexo y edad, extrayendo una submuestra de la población no clínica. Las muestras quedaron conformadas de la siguiente manera: niñas muestra clínica (20%), niñas muestra no clínica (20%), niños muestra clínica (30%) y niños muestra no clínica (30%), hubo ligeramente más niños que niñas. En la tabla 18 se reporta la composición de ambas muestras con respecto a la distribución de edad.

Tabla 18.

Distribución de las muestras por edad.

Edad	Muestras		Total
	No Clínica	Clínica	
8	4	4	8
9	12	12	24
10	9	9	18
11	10	10	20
12	5	5	10
13	2	2	4
Total	42	42	84

Como se puede observar hay más niños en los grupos de edad de 9,10 y 11 años que en los grupos de 8, 12 y 13 años.

Diferencias en los esquemas de niños de población clínica y no clínica.

Se realizó una prueba *t* de student para muestras independientes para comparar ambos grupos, la Tabla 19 muestra los resultados obtenidos.

Tabla 19. Prueba *t* de student para muestras independientes en muestra Clínica y no Clínica.

	Muestra	Media	Desviación típica.	T	Sig.
Privación Nutricia	No Clínica	1.4246	.42960	-2.772	.007
	Clínica	1.8095	.79084		
Privación de Protección	No Clínica	1.4583	.65079	-3.746	.000
	Clínica	2.1786	1.06251		
Privación Empática	No Clínica	1.5397	.54076	-2.371	.020
	Clínica	1.9286	.91520		
Defectuosidad	No Clínica	1.5873	.49144	-2.142	.035
	Clínica	1.8452	.60642		

Desconfianza	No Clínica	1.6349	.54999	-1.701	.093
	Clínica	1.9048	.86887		
Abandono	No Clínica	2.0556	.67542	-.495	.622
	Clínica	2.1310	.72090		
Aislamiento	No Clínica	1.6508	.62449	-2.275	.026
	Clínica	1.9921	.74531		
Fracaso	No Clínica	1.8056	.45964	-2.111	.038
	Clínica	2.0595	.62990		
Vulnerabilidad a catástrofes extremas.	No Clínica	2.1762	.70428	-.488	.627
	Clínica	2.2524	.72725		
Dependencia	No Clínica	1.8413	.56663	-1.343	.183
	Clínica	2.0476	.81839		
Superioridad-Grandiosidad	No Clínica	1.6190	.65672	-1.616	.110
	Clínica	1.8651	.73643		
Insuficiente Autocontrol	No Clínica	2.0833	.63598	-.551	.583
	Clínica	2.1607	.65057		
Mantenimiento de la Aprobación	No Clínica	2.3929	.75737	.373	.710
	Clínica	2.3274	.84912		
Subyugación	No Clínica	1.7667	.58254	-.962	.339
	Clínica	1.8952	.64048		
Autosacrificio	No Clínica	2.2810	.64173	.818	.416
	Clínica	2.1714	.58363		
Inhibición Emocional	No Clínica	2.1071	.75535	-2.532	.013
	Clínica	2.5238	.75266		
Negatividad	No Clínica	1.6607	.51152	-2.807	.006
	Clínica	2.0417	.71550		
Estándares Irreales	No Clínica	2.3810	.80819	-.411	.682
	Clínica	2.4524	.78328		
Castigo	No Clínica	2.1429	.58472	.757	.451
	Clínica	2.0417	.63897		
Dominio sobre los otros- Autorización	No Clínica	1.8598	.65681	-1.459	.148
	Clínica	2.0655	.62728		
Obtención de Aprobación	No Clínica	1.5079	.58545	-1.090	.279
	Clínica	1.6667	.73988		
Vulnerabilidad a catástrofes médicas y emocionales.	No Clínica	1.7698	.51265	-1.185	.239
	Clínica	1.9286	.70051		

Como se puede observar, existen diferencias en las medias de todos los esquemas (con excepción del esquema de Mantenimiento de la aprobación, Autosacrificio y Castigo, en donde las medias se encuentran casi iguales) entre la muestra clínica y no clínica, en donde la muestra clínica presenta una media más alta en comparación con la muestra no clínica; sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para los esquemas de Privación nutricia, Privación de protección, Privación empática, Defectuosidad, Aislamiento social, Fracaso, Inhibición emocional y Negatividad.

6. Discusión

El objetivo principal de este estudio consistió en analizar las diferencias en el promedio de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños pertenecientes a una muestra clínica en comparación con los niños pertenecientes a una muestra escolar (no clínica). Para ello se elaboró un instrumento que evaluara los EMT en niños de 8 a 13 años. Debido a que en otras investigaciones realizadas en población infantil (Rijkeboer et al., 2010) y adolescente (Vlierberghe et al., 2009) el esquema de "Subdesarrollo" muestra baja consistencia interna y no es desadaptativo en esta etapa de desarrollo, se consideró importante no incluirlo en esta versión del instrumento. Tomando en cuenta esto, el instrumento constó de 17 esquemas originales que buscaron ser probados durante la investigación.

La confiabilidad interna total de la escala ($\alpha=.945$) fue similar a la reportada por Lumley et al., (2007) en población adolescente y superior al reportado por Stallard et al., (2005) en población infantil. En los análisis factoriales por dominio se encontraron 13 de los 17 esquemas originales más 9 esquemas adicionales que son subdivisiones de los esquemas originales de privación emocional, Vulnerabilidad al daño, Grandiosidad y Búsqueda de aprobación. Ya en otras investigaciones se han reportado esquemas que aparecen divididos como sub esquemas (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999), además en investigaciones con población infantil y adolescente reportan no haber encontrado la misma distribución propuesta por Young et al., (2003) en donde proponen posibles

reagrupaciones de los esquemas para ambas poblaciones, pues en estas etapas es cuando se están gestando dichos esquemas (Murriss, 2006; Rijkeboer et al. 2010); sin embargo en la presente investigación se encontraron distintas subdivisiones de los esquemas que a continuación se explican.

En el Dominio de Desconexión y Rechazo los factores dos, tres, seis y siete corresponden a los esquemas originales de Defectuosidad, Abandono, Aislamiento social y Desconfianza. Los factores uno, cuatro y cinco corresponden al mismo esquema (Privación emocional) y su división se explica tal como lo plantea Young et al., (2003) en la subdivisión de este esquema, en el que indica que existen tres formas principales de privación las cuales son: Privación nutricia que se relaciona con ausencia de atención, afecto, calor o compañerismo que correspondería a los reactivos del factor uno; Privación de la empatía que concierne a la ausencia de comprensión, escucha o intercambio mutuo de los sentimientos que corresponde al factor cinco; por último Privación de la protección que tiene que ver con la ausencia de fuerza, dirección u orientación de otros que corresponde al factor cuatro.

En el Dominio de Deterioro a la Autonomía, los factores uno y tres corresponden a los esquemas originales de Fracaso y Dependencia. Los factores dos y cuatro corresponden al esquema de Vulnerabilidad y su división se puede explicar como parte de las características expuestas por Young et al., (2003), en las cuales explican que el esquema de Vulnerabilidad puede tener varias implicaciones hacia distintas catástrofes (médicas, emocionales y extremas). El factor dos corresponde

a las catástrofes extremas y los reactivos del factor 4 contienen agrupadas las catástrofes médicas y emocionales.

En el Dominio de Límites Dañados, el primer factor corresponde al esquema original de Insuficiente autocontrol. Los factores dos y tres corresponden al esquema de Grandiosidad. En la descripción realizada por Young (1994) de este esquema, menciona que dentro de las características del esquema de Grandiosidad existen características que van dirigidas al sentimiento de superioridad sobre los otros y otras que van hacia la creencia de autorización para ejercer poder sobre los otros, en adultos no se reportan manifestaciones de manera separada, sin embargo en esta población las características dirigidas hacia la superioridad corresponderían al tercer factor y las características que van hacia la creencia de autorización para ejercer poder sobre los otros corresponderían al segundo factor.

En el Dominio de Orientación hacia los otros, los factores dos y tres corresponden a los esquemas originales de Subyugación y Autosacrificio. Los factores uno y cuatro corresponden al esquema de Búsqueda de aprobación. En la descripción que se hace con respecto a este esquema se enfatiza en la necesidad de obtener la aprobación, atención o el reconocimiento de los demás (Young et al., 2003), sin embargo por la agrupación de los factores es posible que los niños perciban esta necesidad en niveles diferentes como la obtención y el mantenimiento de la aprobación. Los reactivos del primer factor pueden estar más relacionados con mantener la aceptación, aprobación o reconocimiento de los demás, mientras que

los reactivos del cuarto factor están más relacionados con la obtención de la aceptación, aprobación o reconocimiento de los demás.

En el Dominio de Sobrevigilancia e Inhibición Emocional los factores corresponden a los esquemas originales de Inhibición emocional, Negatividad, Estándares irreales y Castigo, este último aunque únicamente emergió con dos reactivos se decidió mantener para conservar todos los esquemas originales, igual que Hawke et al., (2012) quienes requirieron utilizar parámetros adicionales para poder incluir cuatro esquemas adicionales a los que emergieron en su investigación entre ellos el esquema de Castigo.

Es posible que todas estas subdivisiones se deban a que en la infancia los esquemas están en formación (Young, 1994, 1999; Young et al., 2003) y aun no se consolidan como unitarios dado la posibilidad de que los niños los perciban como separados, contrario a lo expuesto por Rijkeboer et al., (2010) quienes reagrupan varios de los esquemas originales. Por otro lado, en ambas versiones realizadas en población infantil (Stallard et al., 2005; Rijkeboer et al., 2010) se emplearon las primeras escalas de Young (Young et al., 1990; Young et al., 1994; Young, 1998) como base para la realización de sus instrumentos, en ellas no se incluyen los esquemas de Búsqueda de aprobación, Negatividad y Castigo por lo que no se cuenta con antecedentes para poder explicar la subdivisión en el esquema de Búsqueda de aprobación.

Las diferencias significativas encontradas en los esquemas de Mantenimiento de la aprobación, Obtención de la aprobación, Dependencia, Abandono y Privación nutricia entre los grupos de edad de 12 y 13 años y los de 8 y 9 años concuerdan con los datos reportados por Stallard et al., (2005), quienes afirman que los niños más chicos son más propensos a creer que algo malo puede pasar. Sin embargo dado que aquella investigación emplea una muestra a partir de los 11 años de edad es posible suponer que en niños de menor edad como en esta investigación sea normal haber encontrado diferencias en una cantidad mayor de esquemas.

Entre el grupo de edad de 10 y 11 años y el grupo de edad de 12 y 13 años sólo existen diferencias significativas en el esquema de Privación empática, en donde el grupo de 12 y 13 años presenta puntajes más altos del esquema, este tipo de privación está representado por reactivos que hablan sobre el vínculo con la figura del maestro, es posible que estas diferencias sean más notorias para los niños más grandes en relación al periodo de vida al que están entrando, en este caso su entrada a la educación secundaria.

Por último, con respecto a la hipótesis de este estudio se encontraron diferencias entre las muestras clínica y no clínica en casi todos los esquemas (con excepción del esquema de Mantenimiento de la Aprobación, Autosacrificio y Castigo en donde las medias fueron casi iguales), en donde la muestra clínica presenta puntajes más altos en comparación con la muestra no clínica, aunque las diferencias solo fueron estadísticamente significativas en los esquemas de Privación nutricia, Privación de protección, Privación empática, Defectuosidad,

Aislamiento social, Fracaso, Inhibición emocional y Negatividad. Estos resultados son similares a los reportados por Van Vlierberghe et al., (2009) con población adolescente, en lo que respecta a diferencias en los esquemas de Privación emocional, Fracaso, Defectuosidad y Aislamiento social y no diferencias en los esquemas de Insuficiente autocontrol, Estándares irreales, Grandiosidad y Dependencia; sin embargo no encontraron diferencias en el esquema de Inhibición emocional que en este estudio si se encontraron. Además ellos reportaron diferencias en los esquemas de Abandono, Desconfianza y Vulnerabilidad, que en esta investigación no se encontraron.

Los resultados también coinciden con lo obtenido por Lawrence et al., (2011) en población adolescente en lo que respecta a diferencias en los esquemas de Privación Emocional, Aislamiento social, Defectuosidad, Inhibición emocional y Fracaso y no diferencias en los esquemas de Grandiosidad, Estándares irreales, y Autosacrificio; sin embargo ellos reportaron diferencias en los esquemas de Abandono, Desconfianza, Vulnerabilidad, Dependencia, Subyugación e Insuficiente autocontrol, que en esta investigación no se encontraron.

Por último, en comparación con la investigación de Stallard (2007) en población infantil, los resultados coinciden en lo que respecta a diferencias en los esquemas de Aislamiento social, Fracaso y Defectuosidad y no diferencias en Estándares Irreales y Autosacrificio; sin embargo no encontraron diferencias en los esquemas de Privación emocional e Inhibición emocional que en este estudio si se encontraron. Además reportaron diferencias en los esquemas de subyugación,

dependencia, vulnerabilidad, grandiosidad y desconfianza, que en esta investigación no se encontraron.

Los resultados de esta investigación representan en primer lugar un aporte importante a la medición de los EMT en población infantil, aunque se requiere seguir afinando el instrumento, es decir, probarlo en otras muestras y llevar a cabo análisis factoriales confirmatorios. Por lo que respecta a su posible utilidad en el diagnóstico clínico, es necesario hacer comparaciones con diferentes muestras clínicas en donde se tenga claridad en el diagnóstico y además se cuente con una evaluación complementaria en muestras no clínicas que permitan descartar alguna patología.

En mi experiencia profesional, pienso que el uso de este instrumento en conjunto con una batería de pruebas psicológicas puede ser de utilidad para lograr una conceptualización más completa, en la cual se integren los factores cognitivos que puedan ayudar a dar forma a los patrones de la sintomatología y de esta manera poder dirigir las estrategias de intervención integrando esta variable.

7. Referencias.

- Agudelo-Velez, D., Casadiegos-Garzón, C., y Sanchez-Ortiz, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. (Spanish). *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103.
- Agudelo, D., Spielberger, C. D., Santolaya, F., Carretero- Dios, H. & Buela-Casal, G. (2005). Análisis de validez convergente y discriminante del cuestionario de depresión estado-rasgo (ST-DEP) con una muestra española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 374-382.
- Ak, M., Lapsekili, N., Haciomeroglu, B., Sutçigil, L., & Turkcapar, H. (2012). Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 85(3), 260-267. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02037.x
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering. A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A. T. (1978). Beck depression inventory. En Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2010) *Cognitive Therapy of Depression*. pp. 374-376. New York: Guilford Press
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Birleson, P.(1981). The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: A research project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22: 73-88.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire - Short Form. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90–99. doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
- Carr, S. & Francis, A. (2009). Do early maladaptive schema mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non- clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343-358.
- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form: Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Assessment tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 357, 344–357.
- Cui, L., Lin, W., & Oei, T. P. S. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in chinese undergraduate students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(6), 645–655. doi:10.1007/s11469-010-9283-4
- Derogatis, L. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Dindelegan, C., & Bîrle, D. (2012). The Young Cognitive Schema Questionnaire - S2 : reliability , validity indicators and norms an a romanian clinical and non-clinical population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 12(2), 219–229.
- Ellis, L., & Rothbart, M. (2001). Revision of the early adolescent temperament questionnaire. Poster presented at the 2001 Biennial Meeting of the *Society of Research in Child Development*, Minneapolis, Minnesota.
- Hartman, C. A. (2000). *Dutch translation of the early adolescent temperament questionnaire revised*. Groningen: University of Groningen.
- Hartman, C., Hox, J., Mellenbergh, G., Boyle, M., Offord, D., Racine, Y., McNamee, J., Gadow, K., Sprafkin, J., Kelly, K., Nolan, E., Tannock, R., Schachar, R., Schut, H., Postma, I., Drost, R., & Sergeant, J. (2001). DSM-IV internal construct validity: When a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 817–836.
- Hawke, L., & Provencher, M. (2012). The canadian french Young Schema Questionnaire: confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 40–49. doi:10.1037/a0026197
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., Wang, C., Holthe, H., Haugum, J., & Holte, A. (2006). The structure of maladaptive schemas: a confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627–644. doi:10.1007/s10608-005-9630-0
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento, Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Mc Graw Hill
- Khorramdel, K., Abolghasemi, A., Rakhshani, T., Nikdast, S., & Raiabi, S. (2013). Early maladaptive schema as predictor of adolescents runaway. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 15(4), 51-59.

- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 311–318. doi:10.1891/088983906780643975
- Lawrence, K., Allen, J., & Chanen, A. (2011). A study of maladaptive schema and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy & Research*, 35(1), 30-39. doi:10.1007/s10608-009-9292-4
- Lee, W., Taylor, G. & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, (4), 441–451.
- Londoño, N., Schnitter, M., Marín C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves, L. y Castrillón D. (2012). Young Schema Questionnaire- Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335–343.
- Lumley, M. N., & Harkness (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639–657. doi:10.1007/s10608-006-9100-3
- Maud, M., Shute, R., & McLachlan, A. (2012). Cognitive specificity in trait anger in relation to depression and anxiety in a community sample. *Australian Psychologist*, 47(4), 254-261. doi:10/111/j. 1742-9544.2011.00037.x
- Montazeri, M., Farsani, Z., Mehrabi, H., & Shakiba, A. (2013). Relationship between early maladaptive schema and depression in guidance school students in Falavarjan. (English). *Journal of Mazanduran University of Medical Sciences (JMUMS)*, 23(98), 178-188.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality Factors and

- psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 413, 405–413.
- Pauwels, E., Claes, L., Smits, D., Dierckx, E., Muehlenkamp, J., Peuskens, H., & Vandereycken, W. (2012). Validation and reliability of the Young Schema Questionnaire in a Flemish inpatient eating disorder and alcohol and substance use disorder sample. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 647–656. doi:10.1007/s10608-012-9501-4
- Piaget, J. (1933). *La Representación del Mundo en el Niño*. España: Morata.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schema and social phobia. *Cognitive Therapy & Research*, 30(5), 571-584. doi:10.1007/s 10608-006-9027-8
- Rijkeboer, M. M., & Bergh, A. E. H. Van Den. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy Research*, 30, 263–278. doi:10.1007/s10608-006-9051-8
- Rijkeboer, M.M. & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: development and validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 102-109.
- Riso, L., du Toit, P., Stein, D. & Young, J. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems, A Scientist-Practitioner Guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenberg, S. (1965). *Society and adolescent self- image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saritas, D. & Gençöz, T. (2011). Psychometric properties of "Young Schema Questionnaire- Short Form 3" in a Turkish adolescent sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 83-96.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/BF02230402

- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/ Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C., & London, P. (2000). State Trait Anger Scale (STAS). In K. Corcoran & J. Fischer (Eds.), *Measures for clinical practice: A sourcebook* (3rd ed., Vol. 2, pp. 811–813). New York: The Free Press.
- Stein, D. J. & Young, J. E. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, California: Academic Press, Inc.
- Stallard, P., & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217–224.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schema in children: stability and differences referred sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 10–18.
- Trip, S. (2006). The romanian version of Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*, 6(2), 173–181.
- Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2009). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of Young's Schema Theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332. doi:10.1007/s10608-009-9283-5
- Waller, G., (2003). Schema- Level Cognitions in Patients with Binge Eating Disorder: A case control study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 458-464.
- Watson, D., Clark, I., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire — Short Form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519–530.
- Weissman, A. (1979). The dysfunctional attitude scale: a validation study. Unpublished dissertation, University of Pennsylvania. *Dissertation Abstracts*

- International*, 40, 1389-1390B.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema- Questionnaire (2nd Ed.). En J. E. Young (Ed.), *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (rev. ed., pp. 63–76). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive therapy Center.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (2003). *Young Schema Questionnaire—Long Form 3 (YSQL3)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire—Short Form 3 (YSQS3)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.

ANEXO

ESCALA DE ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN NIÑOS

DATOS GENERALES:

1. Sexo: (1) Niño (2) Niña 2. Edad: _____ años. ¿Cuándo es tu cumpleaños? _____ / _____ / _____
 3. Grado: () 4. ¿Cuántos hermanos(as) tienes? _____ 5. ¿Con quién vives? _____ 6. ¿Tus padres viven juntos? _____

SECCIÓN I.

A continuación se presentan una serie de frases que puedes PENSAR o SENTIR. Por favor marca con una "X" la opción que tan seguido piensas o sientes cada una de ellas.

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me da miedo estar solo / sola.				
2. Me cuesta trabajo confiar en los demás.				
3. Me siento mal en cualquier lugar.				
4. Los demás son más talentosos que yo.				
5. Soy miedoso / miedosa.				
6. Me cuesta trabajo valerme por mi mismo.				
7. Me cuesta trabajo decir lo que quiero.				
8. Lo que opinan los demás de mí es más importante de lo que yo opino.				
9. Me siento culpable cuando no puedo hacer lo que los demás me piden que haga.				
10. Soy más importante que los demás.				
11. Me cuesta trabajo terminar mis tareas.				
12. Todo error merece castigo.				
13. Primero me fijo en lo negativo y no en lo bueno de las cosas.				
14. Debo ser el primero en terminar los trabajos en la escuela.				
15. Me cuesta trabajo mostrar mis sentimientos.				
16. Las personas que quiero a veces me quieren y a veces me dejan de querer.				
17. Las personas que quiero me traicionarán.				
18. Siento que no pertenezco a mi familia.				
19. Todo lo que hago me sale mal.				
20. Siento que algo malo puede pasar en cualquier momento.				
21. No sé hacer las cosas bien.				
22. Dejo que las personas se salgan con la suya porque tengo miedo a las consecuencias.				
23. Me importa mucho caerle bien a mis compañeros.				
24. Creo que soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mi mismo.				
25. Quiero salirme con la mía.				
26. Cuando me enojo no me puedo controlar.				
27. Los errores no se deben perdonar.				
28. Las cosas salen mal.				
29. Debo ser el mejor en todo lo que hago.				
30. Me cuesta trabajo decir cómo me siento.				
31. Me da miedo que las personas que quiero me abandonen.				
32. La gente es mentirosa.				
33. Soy tímido / tímida.				
34. Creo que aunque me esfuerce, me irá mal en la escuela.				

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
35. Me preocupa que mis papás se queden sin dinero.				
36. Necesito más ayuda de la que los demás niños necesitan para hacer las cosas que quiero.				
37. Me alejo de mis amigos en lugar de decirles que estoy enojado.				
38. Me importa mucho lo que los demás piensen de mí.				
39. Me esfuerzo en complacer a los demás.				
40. Quiero que me traten de manera especial.				
41. Se me olvida hacer las cosas.				
42. Me cuesta trabajo perdonar a las personas cuando me hacen algo malo.				
43. Todo me sale mal.				
44. Es mi obligación sacar "10" en todas mis tareas.				
45. No me gusta que vean que me enojo.				
46. Me siento solo /sola.				
47. Creo que las personas que quiero me lastimarán intencionalmente.				
48. Le caigo mal a mis compañeros.				
49. Los demás hacen las cosas mejor que yo.				
50. Creo que me puedo enfermar fácilmente.				
51. Me cuesta trabajo hacer las cosas sin que otros me ayuden.				
52. Cuando mis amigos quieren jugar a algo acepto aunque me enoje que no jueguen a lo que yo quiero.				
53. Es importante caerles bien a todas las personas.				
54. Me siento mal si hago lo que yo quiero sin tomar en cuenta a los demás.				
55. Me preocupa que mamá me deje solo.				
56. Me da miedo que las personas me decepcionen.				
57. Mis amigos me hacen a un lado.				
58. Creo que lo más importante es lo que yo quiero.				
59. Si algo no me gusta no lo puedo hacer.				
60. Soy rencoroso.				
61. Soy pesimista.				
62. Hacer mi mejor esfuerzo significa que lo que haga debe de salir perfecto.				
63. Me da pena mostrar mis emociones.				
64. Creo que no hago las cosas lo suficientemente bien.				
65. Creo que el mundo es un lugar muy peligroso.				
66. Si estoy triste sólo me puedo calmar si otros me consuelan.				
67. Cuando me enojo con mis amigos no lo demuestro para que no me saquen del grupo de amigos.				
68. Debo hacer lo que los demás quieran que haga para caerles bien.				
69. Me siento culpable cuando logro lo que yo quiero y no lo que los demás quieren.				
70. Me preocupa que papá me deje solo.				
71. Cuando las cosas van bien, me da miedo que algo malo suceda después.				
72. Debo complacer a los demás para que no me rechacen.				
73. Sólo puedo ser feliz si las personas que quiero están felices.				
74. Me molesto si alguien me gana.				
75. Si la tarea es difícil me bloqueo y no puedo resolverla.				
76. Si me equivoco en mi tarea debo arrancar la hoja y volver a				

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
empezar para aprender de mis errores.				
77. Aunque me esfuerce, se que sacaré malas calificaciones.				
78. Si tengo errores quiere decir que no aprendí nada.				
79. Me disgusta que me vean llorar.				
80. Me da miedo hacer las cosas.				
81. Hago lo que mi maestra quiere para agradarle.				
82. Me enojo si los demás no hacen lo que yo quiero.				
83. Pienso que las personas que quiero se pueden morir.				

Sección II

A continuación se presentan una serie de frases que puedes PENSAR o SENTIR. Por favor marca con una "X" la opción que tanto estás de acuerdo con cada una de ellas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi papá no me pone atención.				
2. No les importo a mis maestros.				
3. No merezco que las personas me quieran.				
4. Mi mamá no desea pasar tiempo conmigo.				
5. Tengo muchos defectos.				
6. Mis maestros no me ponen atención.				
7. Si las personas conocieran mi lado negativo me dejarían de querer.				
8. Mi mamá no entiende lo que necesito.				
9. Mi papá no desea pasar tiempo conmigo.				
10. Nadie me apoya.				
11. Mi papá no entiende lo que necesito.				
12. Me disgusta cómo soy.				
13. No le importo a mi mamá.				
14. Mi mamá no me pone atención.				
15. Me avergüenzo de mi mismo.				
16. Nadie me escucha.				
17. Soy raro /rara.				
18. No le importa a mi papá.				
19. Mis maestros no me quieren.				
20. Soy tonto /tonta.				
21. Mis amigos no entienden lo que necesito.				
22. Me siento triste cuando estoy solo /sola.				
23. Los demás son mejores que yo en todo.				