

REPUBLICA ARGENTINA



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA
SANTA MARIA DE LOS BUENOS AIRES
Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

**LOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS
TEMPRANOS EN UNA MUESTRA CLÍNICA Y
NO CLÍNICA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA DE
LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA

DOCTORANDO: MAIRA TISCORNIA
DIRECTOR DE TESIS: DRA. SOLEDAD CORDERO
CO-DIRECTOR: DRA GUADALUPE de la IGLESIA

AÑO: 2017

Resumen

La presente Tesis de Doctorado ha tenido tres objetivos centrales: (a) la adaptación lingüística y el estudio de calidad psicométrica de un instrumento para la evaluación de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs) denominado *Young Schema Questionnaire Short Form 3* (YSQ-S3; Young, 2005), en su versión al castellano “Cuestionario de Esquemas de Young Abreviado 3” (Cid, 2006) tanto en una muestra de adultos universitarios ($N = 550$) como en una muestra clínica ($N = 157$) de nacionalidad uruguaya; (b) el análisis de la variabilidad de los EDTs de acuerdo a distintas variables sociodemográficas, y (c) la descripción de la capacidad discriminativa del YSQ respecto a la psicopatología en términos de su gravedad y especificidad de los EDTs.

El trabajo con la muestra universitaria permitió verificar que el YSQ-S3 presenta buenas propiedades psicométricas y comprobar el adecuado ajuste y parsimonia del modelo original de Young (2003) en muestras uruguayas. También se observó que los modelos de segundo orden sometidos a comparación obtuvieron índices de ajuste similares que el original (Young, 2003), acorde al debate existente sobre la cantidad de dominios que se deben considerar. Asimismo, se pudo hallar una apropiada consistencia interna, estabilidad temporal y validez externa de sus escalas. Algunas pruebas estadísticas se pudieron replicar en la muestra clínica obteniendo valores adecuados en términos de consistencia interna y ajuste factorial.

En segundo lugar, se observaron los datos descriptivos de los EDTs característicos de ambas muestras. También se estudió la variación de los EDTs de acuerdo a diversas variables sociodemográficas observándose algunas asociaciones con la edad y algunas diferencias significativas en lo que refiere al sexo y el estado civil.

Por último, el YSQ-S3 resultó ser un instrumento con evidencias de validez por grupos contrastados ya que logró discriminar sujetos con diferentes diagnósticos psicopatológicos en lo que refiere a: (a) diferenciar a los pacientes de quienes no lo eran, siendo los EDTs del Dominio 1 y 2 los de mayor poder discriminativo; (b) diferenciar a los pacientes con diagnósticos incluidos en el *Eje II* de los pacientes con trastornos del *Eje I*, siendo también más discriminativos los EDTs del Dominio 1 y 2; y (c) señalar perfiles cognitivos —determinados por los EDTs— asociados a la ansiedad (Vulnerabilidad al Daño, Abandono, Desconfianza y Pesimismo) y a la depresión (Defectuosidad, Fracaso, Vulnerabilidad al Daño, Pesimismo).

El aporte de estos resultados fue cotejado con las investigaciones previas dando pie a ulteriores estudios que puedan continuar acrecentando el caudal de conocimientos acerca del Modelo de Esquemas en la región. Se espera que esta información resulte relevante para la planificación de baterías de evaluación clínica y el diseño de planes de tratamiento psicoterapéuticos, así como también para su uso en otros proyectos de investigación que profundicen sobre esta temática.

A Gonzalo, por contagiarme la fortaleza para avanzar en este camino

A mi madre por creer en mí en todo momento

A mis profesores, colegas y pacientes, quienes me han enseñado tanto

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar mi Directora de tesis, la Dra. Soledad Cordero, quien me orientó en las distintas etapas de este proceso, mostrando solvencia en sus aportes y brindando el aliento necesario para poder avanzar.

Asimismo, agradezco profundamente a la Dra. Guadalupe de la Iglesia, quien en su rol de Co-directora de tesis supo darme seguridad en mi proceder, practicidad y un sinfín de conocimientos psicométricos, mostrándose disponible y comprometida durante el proceso.

Destaco la invaluable participación de la Lic. Psic. Pazos y la Lic. Psic. Migliorisi, quienes me apoyaron incondicionalmente durante las administraciones y el ingreso de datos haciendo mi tarea más llevadera.

Mi agradecimiento a las autoridades y los integrantes de la coordinación de Doctorado de la UCA, quienes constantemente me asesoraron y evacuaron mis dudas. Destacando la constante disposición de la Dra. Richaud de Minzi, Dra. M. Rodríguez, Dra. S. Rodríguez, Dra. Lemos, Prof. Garrido y la Lic. Germano.

Quisiera reconocer a la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Uruguay, especialmente a las autoridades y docentes de la misma, quienes permitieron el convenio de inserción institucional y facilitaron el proceso. Mencionando a la Dra. Miller, Mag. Estefanell, Dra. Gonzáles, Mag. Daguerre, Mag. T. Palacio, Mag. D. Costa, Lic. Psic. del Arca, Mag. Porto, Mag. Torquato, Dr. Navarrete, Mag. Menéndez, y Prof. Pereyra entre tantos. Asimismo, agradezco la orientación del Dr. Keegan, Mag. Colomar, Dr. Cid y la Lic. Psic. Batlle. Destaco el cálido apoyo de los docentes, psicoterapeutas y participantes del estudio, quienes de forma desinteresada brindaron su colaboración haciendo posible materializar las administraciones. En especial un gran reconocimiento al cariño y apoyo de todos ellos: G. Martínez, C. Pollara, P. Castro, M. E. Lagos, J. Riva, H. Selma, S. Plottier, I. Caputto, L. Ardao, A. Gold, G. Diechtiar, M. Mazur, P. Taramasco, J. Weisz, C. Fernández, C. Napoli, C. Soler, A. Martínez y J. Gutiérrez.

Menciono especialmente a Gonzalo —mi compañero de vida— por creer en mí y tener la paciencia necesaria para acompañarme con una sonrisa en todo momento.

A mi familia, primos y a mis amigos, quienes respetaron mis tiempos y me apoyaron de modo incondicional.

A Pablo —mi terapeuta— por siempre estar.

Listado de Contenido

Resumen.....	ii
Agradecimientos	v
Lista de Tablas	x
Lista de Figuras.....	xii
Capítulo I: Introducción.....	1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes y Revisión de la Temática	3
1.3 Planteamiento del Problema.....	4
1.4 Propósito del Estudio	6
1.5 Objetivos.....	9
1.5.1 Objetivos generales.....	9
1.5.2 Objetivos específicos	9
1.6 Hipótesis	10
1.7 Importancia del estudio.....	12
1.8 Limitaciones.....	13
Capítulo II: Marco Teórico.....	15
2.1 Estado del Arte	15
2.2 Marco Teórico de la Terapia de Esquemas.....	19
2.2.1 La evolución del concepto de esquemas.....	21
2.2.2 Los EDTs desde la Terapia de Esquemas	24
2.2.3 La clasificación de los EDTs	26
2.2.4 La evaluación de los EDTs	34
2.3 Cuestionario de Esquemas (YSQ) y su Evolución.....	36
2.4 Cuestionario de Esquemas Versión Breve 3 (YSQ-S3).....	38
2.4.1 Estudios psicométricos sobre el YSQ-S3	40
2.4.2 Estudios del YSQ y variables sociodemográficas.....	48
2.4.3 Estudios del YSQ y psicopatología.....	51

Capítulo III: Metodología	56
3.1 Tipo de Estudio y Diseño	56
3.2 Instrumentos de Recolección de Datos	56
3.2.1 Cuestionario de Esquemas de Young - Breve 3 (YSQ-S3)	58
3.2.2 Inventario de Personalidad del DSM-5 Breve (PID-5 BF).....	59
3.2.3 Listado de Síntomas Breve 50 (LSB-50).....	60
3.2.4 Cuestionario de Creencias de Personalidad (PBQ-SF).....	62
3.2.5 Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF).....	63
3.2.6 Encuesta sociodemográfica y sobre datos de salud mental.....	64
3.3 Operacionalización de las Variables	64
3.4 Procedimiento	66
3.5 Descripción de la Muestra	77
3.5.1 Descripción de la muestra universitaria.....	77
3.5.2 Descripción de la muestra clínica	80
Capítulo IV: Resultados	87
4.1 Resultados Objetivo 1: Propiedades Psicométricas del YSQ-S3.....	87
4.1.1 Resultados del juicio a expertos, piloto y análisis lingüístico.....	87
4.1.2 Resultados análisis psicométrico a nivel de ítem.....	91
4.1.3 Resultados distribución de la muestra y prueba de normalidad.....	99
4.1.4 Validez de respuesta.....	99
4.1.5 Validez de constructo.....	100
4.1.6 Confiabilidad de los resultados	111
4.2 Resultados Objetivo 2: Propiedades Psicométricas de los Cuestionarios Secundarios.....	114
4.2.1 Resultados de análisis estadísticos PID-5 BF.	114
4.2.2 Resultados de análisis estadísticos LSB-50	117
4.2.3 Resultados de análisis estadísticos PBQ-SF	118
4.2.4 Resultados de análisis estadísticos MHC-SF.....	118
4.3 Resultados Objetivo 3: Modelo de Young (2003) y Modelos Alternativos.....	120
4.4 Resultados Sobre la Validez Externa: Discriminante y Convergente.....	123

4.5 Resultados Objetivo 5: EDTs/Dominios en la Muestra Universitaria.	125
4.5.1 Descriptivos e histogramas en muestra universitaria.....	125
4.5.2 Baremos en muestra universitaria.....	132
4.5.3 Análisis intrasujetos en muestra universitaria.....	134
4.6. Resultados Objetivo 6: EDTs/Dominios en Muestra Clínica.	137
4.6.1 Descriptivos e histogramas en muestra clínica	137
4.6.2 Baremos en muestra clínica	144
4.6.3 Análisis intrasujetos en muestra clínica.....	146
4.7. Resultados Objetivo 7: EDTs/Dominios en Ambas Muestras.....	149
4.8. Resultados Objetivo 8: EDTs/Dominios y Variables Sociodemográficas.....	152
4.8.1 EDTs/Dominios según sexo	152
4.8.2 EDTs/Dominios y edad.....	155
4.8.3 EDTs/Dominios según NSE.	156
4.8.4 EDTs/Dominios según estado civil.....	158
4.9 Resultados Objetivo 9: EDTs/Dominios y Sintomatología Clínica.....	161
4.9.1 EDTs/ Dominios según uso de servicio de salud mental.....	161
4.9.2 EDTs/Dominios como indicadores de sintomatología clínica.....	164
4.10 Resultados Objetivo 10: EDTs/Dominios y la Evaluación Clínica.....	167
4.10.1 Especificidad de EDTs/Dominios según Eje I y II.	167
4.10.2 Especificidad de EDTs/Dominios según subgrupos clínicos.....	168
Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	171
5.1 Discusión de Objetivos	171
5.1.1 Discusión objetivo 1: Propiedades psicométricas YSQ-S3.....	171
5.1.2 Discusión objetivo 2: Propiedades psicométricas de los instrumentos secundarios.....	187
5.1.3 Discusión Objetivo 3. Modelo de Young (2003) y modelos alternativos...191	
5.1.4 Discusión Objetivo 4: Evidencias de validez externa	195
5.1.5 Discusión Objetivo 5: EDTs/Dominios en la muestra universitaria.....	197
5.1.6 Discusión Objetivo 6: EDTs/Dominios en la muestra clínica.....	199
5.1.7 Discusión Objetivo 7: EDTs/Dominios en ambas muestras.....	200

5.1.8	Discusión Objetivo 8: EDTs/Dominios y variables sociodemográficas...	200
5.1.9	Discusión Objetivo 9: EDTs/Dominios y la sintomatología clínica.	206
5.1.10	Discusión Objetivo 10: EDTs/Dominios y evaluación clínica.	211
5.2.	Conclusiones	214
5.2.1	Conclusiones psicométricas.	214
5.2.2	Conclusiones descriptivas	216
5.2.3	Conclusiones teórico-clínicas	217
5.3	Recomendaciones	218
Referencias		220
Apéndices		240

Listado de Tablas

Tabla 1. Publicaciones sobre la Terapia Esquema en inglés.....	17
Tabla 2. Revisión publicaciones sobre la Terapia Esquema en Castellano.	17
Tabla 3. Publicaciones sobre Terapia de Esquemas en Uruguay (2016).....	18
Tabla 4. Instrumentos de evaluación de la Terapia de Esquemas.....	35
Tabla 5. Versiones del YSQ.....	37
Tabla 6. Adaptaciones del YSQ al castellano.	37
Tabla 7. Modelos de segundo orden del YSQ-S3.....	48
Tabla 8. Resumen instrumentos de la investigación.	57
Tabla 9. Operacionalización de variables, nivel de medición y rango.	65
Tabla 10. Criterios usados para el análisis del AFC.	74
Tabla 11. Resumen descripción muestra universitaria y clínica.....	86
Tabla 12. Ejemplos de ítems modificados del YSQ-S3.....	90
Tabla 13. Emparejamiento de EDTs y Dominios realizado por jueces expertos.....	90
Tabla 14. Univariados YSQ-S3 (muestra universitaria).	93
Tabla 15. Criterio de puntuaciones para estadísticos usados en el análisis de ítems... 95	
Tabla 16. Subescalas de sesgo de respuesta de ambas muestras.	100
Tabla 17. Matriz de intercorrelaciones de EDTs en muestra universitaria.	101
Tabla 18. AFC por EDT	103
Tabla 19. Consistencia Interna de los EDTs.....	112
Tabla 20. Consistencia Interna de los Dominios.....	112
Tabla 21. Índice de fiabilidad test-retest YSQ-S3.	113
Tabla 22. Análisis factorial exploratorio PID-5- BF en muestra universitaria	116
Tabla 23. Consistencia interna del PID-5 BF.	117
Tabla 24. Consistencia interna del LSB-50.	117
Tabla 25. Análisis factorial exploratorio MHC-SF en muestra clínica.....	119
Tabla 26. Consistencia interna del MHC- SF.	120
Tabla 27. Comparación de modelos mediante AFC (muestra universitaria).....	122
Tabla 28. Validez convergente entre YSQ-S3 y PID-5 BF.	123
Tabla 29. Validez convergente del YSQ-S3 con el PBQ-SF y el LSB-50.	124
Tabla 30. Validez divergente del YSQ-S3 con el MHC-SF	125

Tabla 31. Descriptivos EDTs y Dominios en muestra universitaria uruguaya.....	126
Tabla 32. Baremos de los Dominios muestra universitaria uruguaya.....	132
Tabla 33. Baremos de los EDTS muestra universitaria uruguaya.	133
Tabla 34. Análisis intrasujetos de los Dominios en muestra universitaria.	134
Tabla 35. Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra universitaria.....	136
Tabla 36. Descriptivos EDTs y Dominios muestra clínica.	138
Tabla 37. Baremos de los Dominios en muestra clínica uruguaya	144
Tabla 38. Baremos de los EDTs en muestra clínica uruguaya.....	145
Tabla 39. Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra clínica.	146
Tabla 40. Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra clínica.	148
Tabla 41. Comparativo EDTs en muestra universitaria y clínica.	150
Tabla 42. Diferencias en EDTs y Dominios según sexo (muestra universitaria).	153
Tabla 43. Diferencias en EDTs y Dominios según sexo (muestra clínica).....	154
Tabla 44. EDTs y Dominios y variable edad en ambas muestras.....	156
Tabla 45. EDTs y NSE (muestra universitaria).	157
Tabla 46. EDTs y NSE (muestra clínica).....	158
Tabla 47. EDTs y Dominios según estado civil en muestra universitaria.	159
Tabla 48. EDTs y Dominios según estado civil en muestra clínica.....	160
Tabla 49. EDTs y Dominios según concurre a psiquiatra (muestra universitaria). ...	162
Tabla 50. EDTs y Dominios según concurre a psiquiatra (muestra clínica).....	163
Tabla 51. EDTs y Dominios según uso de psicofármacos (muestra clínica).....	164
Tabla 52. EDTs y Dominios e indicadores psicopatológicos en universitarios.....	165
Tabla 53. EDTs y Dominios e indicadores psicopatológicos en pacientes.....	166
Tabla 54. EDTs y Dominios según diagnóstico en Eje I y II.....	168
Tabla 55. EDTs y Dominios según subgrupos con diagnósticos clínicos.	170
Tabla 56. EDTs/Dominios y Ansiedad (LSB-50).....	208
Tabla 57. EDTs/Dominios y Depresión (LSB-50).....	208
Tabla 58. EDTs/Dominios y IRPsi (LSB-50).....	209
Tabla 59. Ítems modificados del YSQ-S3.	253
Tabla 60. Modelos de agrupación de EDTs en Dominios.	257
Tabla 61. Coeficiente alfa de Cronbach y Omega de McDonald en EDTs.	260
Tabla 62. Coeficiente alfa de Cronbach y Omega de McDonald en Dominios.....	260

Listado de Figura

Figura 1. Planteamiento del problema de investigación y objetivos de la tesis.....	8
Figura 2. Los EDTs y Dominios según el modelo de Young (2003).	32
Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de depuración del YSQ-S3.....	76
Figura 4. Distribución según ocupación en la muestra universitaria.	78
Figura 5. Distribución según NSE en la muestra universitaria.	79
Figura 6. Distribución del nivel educativo en la muestra clínica.....	81
Figura 7. Distribución según ocupación en la muestra clínica.	81
Figura 8. Distribución del NSE en la muestra clínica.....	82
Figura 9. Distribución por tiempo en psicoterapia en la muestra clínica.....	83
Figura 10. Distribución según subgrupo diagnóstico en la muestra clínica.....	84
Figura 11. Cambios en el formato exterior del texto.	88
Figura 12. Cambios en el formato de respuesta.	89
Figura 13. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 1.....	104
Figura 14. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 2.....	105
Figura 15. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 3.....	106
Figura 16. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 4.....	106
Figura 17. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 5.....	107
Figura 18. Análisis factorial confirmatorio del YSQ-S3 en muestra universitaria. ...	109
Figura 19. Análisis Factorial Confirmatorio YSQ-S3 en muestra clínica.	110
Figura 20. Gráfico de Sedimentación de los dominios del PID-5 BF.	115
Figura 21. Gráfico de sedimentación de los clústers del MHC-SF.....	119
Figura 22. Histogramas de EDTs/Dominio 1 (muestra universitaria).	127
Figura 23. Histogramas de EDTs/Dominio 2 (muestra universitaria).	128
Figura 24. Histogramas de EDTs/Dominio 3 (muestra universitaria).	129
Figura 25. Histogramas de EDTs/Dominio 4 (muestra universitaria).	130
Figura 26. Histogramas de EDTs/Dominio 5 (muestra universitaria).	131
Figura 27. Valores medios de los Dominios en muestra universitaria.	135
Figura 28. Valores medios de los EDTs en muestra universitaria.	137
Figura 29. Histogramas EDTs del Dominio 1 (muestra clínica).	139
Figura 30. Histogramas EDTs del Dominio 2 (muestra clínica).	140

Figura 31. Histogramas EDTs del Dominio 3 (muestra clínica).	141
Figura 32. Histogramas EDTs del Dominio 4 (muestra clínica).	142
Figura 33. Histogramas EDTs del Dominio 5 (muestra clínica).	143
Figura 34. Valores medios de los Dominios en la muestra clínica.	147
Figura 35. Valores medios de EDTs en la muestra clínica.	149
Figura 36. Comparativo de valores medios de los EDTs en ambas muestras.	151
Figura 37. Comparativo de valores medios de los Dominios en ambas muestras.	151

Capítulo I: Introducción

El presente trabajo se ubica dentro del marco de la Terapia de Esquemas, la cual considera que la identificación de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (en adelante EDTs) es una herramienta fundamental para el psicólogo clínico Cognitivo-Conductual y terapeuta de Esquemas, en especial para quienes trabajan con pacientes con Trastornos de la Personalidad, psicopatología resistente y/o pacientes con historia de trauma infantil (Young, 2003). Resulta también relevante para aquellos profesionales de la salud mental e investigadores que requieran del uso de técnicas de evaluación ajustadas al contexto sociocultural uruguayo y rioplatense.

1.1. Marco Conceptual

La Terapia Cognitivo-Conductual se enfoca fundamentalmente en tres niveles de los fenómenos cognitivos: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y los esquemas subyacentes (Beck et al., 2001; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Los esquemas son considerados los niveles de cognición más profundos y fundamentales, porque operan como la base para la detección, diferenciación y codificación de los estímulos que los individuos encuentran durante el curso de su vida, tal lo planteo inicialmente Beck en 1967 (Beck et al., 2001; Dattilio, 2010). En los últimos años, se ha enfatizado la influencia de estos niveles más profundos de cognición porque se presentan como factores de vulnerabilidad para diversos trastornos psicológicos (Londoño, 2011; Young et al., 2003).

La terapia Cognitivo-Conductual moderna integra el concepto de esquema, con la hipótesis de la especificidad de contenido planteada por Beck (Fournier, DeRubeis, & Beck, 2012; Rijkeboer & van den Bergh, 2006). Dicha hipótesis postula que cada trastorno mental puede ser caracterizado por un contenido específico para el cual se emplea un conjunto de estrategias de intervención. Así, el abordaje de un trastorno determinado requiere de la previa identificación del contenido de aquellos esquemas o estructuras cognitivas disfuncionales comunes que lo definen (Beck et al., 2001; Daguerre, Cordero, & Costa Ball, 2015; Fournier et al., 2012; Londoño, 2011).

Dentro del marco de la Terapia Cognitivo-Conductual existe una modalidad clínica denominada Terapia de Esquemas que centra parte de su abordaje en la conceptualización y modificación de los esquemas disfuncionales asociados a experiencias tempranas traumáticas o “tóxicas” (Young, Klosko, & Weishaar, 2013).

Se parte del supuesto de que si bien estos esquemas son universales y están presentes en todos los seres humanos, se manifiestan de modo más intenso y rígido en personas diagnosticadas con Trastornos de la Personalidad, con psicopatología resistente y/o con historia de trauma infantil (Young et al., 2013).

El trabajo con estos EDTs implica enfocarse en los temas centrales que se originaron en la infancia ocasionando una vulnerabilidad neurobiológica que en la actualidad mantiene los aspectos disfuncionales de la persona (Young et al., 2013). Esto es de vital importancia particularmente en los casos complejos en donde el psicólogo clínico presenta dificultades en el establecimiento de las prioridades en la estrategia terapéutica (Tiscornia, 2009).

Desde la perspectiva clínica, el terapeuta de Esquemas deberá identificar estos EDTs mediante el empleo de la entrevista clínica, las técnicas de imaginación para la evaluación y los cuestionarios propuestos por el modelo (Rodríguez-Vilchez, 2009; Young et al., 2013).

La evaluación de dichos EDTs está alineada con el nuevo enfoque dimensional del diagnóstico porque permite hacer un análisis más “a medida” de las características de los pacientes (Bach, Simonsen, Christoffersen, & Kriston, 2015a; Millon, 2006; Weertman & de Saeger, 2012). Se concuerda con Cazassa y Da Silva Oliveira (2008) cuando afirman que la evaluación de los EDTs —en tanto patrones arraigados a la dinámica mental— constituye un aspecto determinante para la adopción de las estrategias de tratamiento, especialmente si se consideran los trastornos más severos. Una de las mayores dificultades clínicas radica en la validez interna y externa del diagnóstico psiquiátrico y las dificultades que esto conlleva respecto a la elección del tipo de abordaje (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002). Ante esta problemática, los aportes de la perspectiva dimensional le proporcionan al diagnóstico categorial la posibilidad de una mejor descripción de la problemática del paciente lo cual mejora la evaluación y orienta el abordaje terapéutico a utilizar (Cid, 2016; Esbec & Echeburúa, 2014).

El *Young Schema Questionnaire* (YSQ), en sus diversas versiones, ha sido una de las herramientas principales para la identificación de los EDTs y ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas en múltiples estudios (Oei & Baranoff, 2007; Rijkeboer, 2012; Rovira & Cordero, 2013). De igual forma ha sido un vehículo fundamental para favorecer las investigaciones que refieren a la efectividad clínica del modelo (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012).

1.2 Antecedentes y Revisión de la Temática

Jeffrey Young comenzó a desarrollar la Terapia de Esquemas a mediados de la década de los 1980s, a fin de poder ayudar a los pacientes con psicopatología de la personalidad y trastornos resistentes que no respondían adecuadamente a la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional (Edwards & Arntz, 2012; Masley et al., 2012).

Esta modalidad terapéutica se ha extendido mayormente dentro de Estados Unidos, Europa y Asia (Masley et al., 2012; Rovira, 2011). En el año 2006, se realizó el primer estudio en los Países Bajos acerca de la efectividad clínica para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad comparando esta modalidad con la reconocida Terapia Centrada en la Transferencia del Dr. Otto Kernberg (Giesen-Bloo et al., 2006). Los resultados de este primer estudio acerca de la efectividad del tratamiento fueron favorables y determinantes para el crecimiento de la Terapia de Esquemas (van Vreeswijk, Broersen, & Spinhoven, 2012).

El desarrollo y actualización del modelo se ha sustentado en los resultados de diversas líneas de investigación que evalúan la efectividad de las intervenciones al buscar una práctica basada en la evidencia (Bamelis, Giesen-Bloo, Bernstein, David P, & Arntz, 2012). Dentro de dichas líneas se destaca la labor del equipo que dirige el Dr. Arnoud Arntz en Holanda (Young et al., 2013). Paralelamente, han proliferado el número de investigaciones relacionadas con los materiales de evaluación que propone el modelo. La mayoría de las publicaciones científicas refieren a estudios psicométricos sobre el YSQ, el cual presenta un claro predominio sobre los restantes instrumentos desarrollados dentro del modelo (Rovira & Cordero, 2013).

Para el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica no exhaustiva sobre la Terapia de Esquemas que se detallará en el Capítulo II. En la misma, se observó un notorio predominio de publicaciones realizadas en el idioma inglés y un incremento, fundamentalmente, en los últimos cinco años.

Por su parte, al realizar una búsqueda bibliográfica más específica, utilizando las palabras clave en idioma castellano, los resultados fueron más limitados tanto a nivel de bases de datos internacionales, regionales como uruguayas.

En lo que refiere a las técnicas de evaluación que propone el modelo de Esquemas las mismas provienen del idioma inglés (Estados Unidos) y han sido únicamente traducidas y adaptadas al castellano por el Dr. Cid (Cid & Torrubia, 2006) para España (asignado oficialmente como representante de las versiones castellanas) y por la Dra. Londoño para Colombia (Londoño et al., 2012).

A pesar de la importancia de la identificación de los EDTs, tanto para la práctica clínica como para la investigación; se encontró que en Uruguay no se han creado ni adaptado instrumentos que los evalúen. Incluso, únicamente fue encontrado como instrumento similar la reciente validación del *Personality Belief Questionnaire Short Form* que evalúa las creencias disfuncionales características de la personalidad (Daguerre et al., 2015). Asimismo, a nivel del Río de la Plata no se hallaron versiones en castellano adaptadas de ninguna de las técnicas que propone la Terapia de Esquemas (Rovira, 2011b).

1.3 Planteamiento del Problema

En la práctica actual, el psicólogo clínico Cognitivo-Conductual se encuentra con el desafío de poder evaluar y ofrecer modalidades psicoterapéuticas integrativas que resulten efectivas para el abordaje de pacientes que presentan psicopatología de la personalidad o resistente a las modalidades tradicionales (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002).

De acuerdo con Millon (2006), se entiende que la evaluación es la base de la psicoterapia y el principio del conocimiento investigativo. En particular, la evaluación y comprensión de la personalidad representaría uno de los mayores desafíos actuales.

Esto ha conducido a la búsqueda de nuevos instrumentos y modelos dimensionales de rasgos de personalidad que resulten más útiles y coherentes para la comprensión de un fenómeno tan complejo (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002). Pues es necesario contar con instrumentos más fiables para la comprensión de la personalidad y para el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad (Esbec & Echeburúa, 2014). También para poder medir la eficacia de los programas de intervención, que aún es muy limitada para estos pacientes.

Esto cobra mayor relevancia considerando que —aunque no existen datos actualizados de la realidad uruguaya ni latinoamericana— la estimación de la prevalencia promedio para los Trastornos de Personalidad en diversas muestras se aproxima al 6.10%, y varía en las diversas culturas y países, como por ejemplo en Colombia donde se estima el 7.90% (Cid, 2016; Huang et al., 2009). Además, los estudios coinciden en que estos trastornos generan una variada gama de alteraciones en el funcionamiento global de la persona, aumentan la probabilidad de riesgo del individuo y representan una inversión considerable de los sistemas de salud debido a la recurrencia en las consultas (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002; Huang et al., 2009).

En el marco de esta problemática, la Terapia de Esquemas —que posee técnicas de evaluación propias— es un modelo integrador que favorece la comprensión y abordaje de este tipo de pacientes (Young et al., 2013). El crecimiento de la Terapia de Esquemas como una aproximación clínica para este tipo de pacientes, unido al interés actual de promover tratamientos que sean basados en la evidencia, condujo a que en los últimos años tanto psicólogos clínicos como investigadores comenzasen a testear las asunciones teóricas y la efectividad clínica del modelo (Bamelis et al., 2012).

Sin embargo, el empleo de un modelo y de sus instrumentos, requiere del previo sometimiento a procedimientos de investigación que den cuenta si estos funcionan adecuadamente en el contexto sociocultural donde serán usados. La escasez de estudios hallados en castellano y en la región del Río de la Plata motivaron los objetivos psicométricos de este trabajo. Específicamente se identificaron limitaciones en cuanto a la adaptación lingüística y cultural de las diversas versiones de los cuestionarios de evaluación en castellano, principalmente en el contexto latinoamericano, a fin de servir al propósito clínico y de producción científica sobre la Terapia de Esquemas.

Como se mencionó previamente, tras revisar la bibliografía existente (véase Apartado 2.1 del Capítulo II) acerca de las publicaciones y estudios realizados en el marco del idioma castellano y en lo que refiere a la realidad regional y uruguaya, hallamos necesario procurar métodos válidos y confiables de evaluación de los EDTs, y demás constructos del modelo, que puedan ser empleados en futuras investigaciones clínicas (Rovira & Cordero, 2013).

En la revisión realizada, se hallaron escasos trabajos de adaptación al castellano de los instrumentos y ninguno que haya sido adaptado para el Río de la Plata.

Si bien existen traducciones de los distintos inventarios disponibles que se utilizan a nivel clínico, estos no han atravesado los procedimientos psicométricos pertinentes para garantizar su validez y confiabilidad. Respecto a este punto, es fundamental enfatizar la importancia de procurar adecuadas adaptaciones a la lengua y cultura en cuestión, de forma de asegurar que los cuestionarios que se aplican a los pacientes y sujetos de investigación sean válidos y confiables (Richaud de Minzi, 2005).

En el simposio “*Culture and Subculture: Diversity and the language of Modes. Empathic Attunement in a Global Community*” del Congreso Mundial de Terapia de Esquemas 2016, diversos expositores plantearon la necesidad de una lectura contextualizada y sensible a la cultura, de los constructos del modelo de Esquemas, y la necesidad de mayores datos de investigación. Así pues, es relevante estudiar las propiedades psicométricas del YSQ en diversas poblaciones (Cui, Lin, & Oei, 2011), ya que sabemos la relevancia de la influencia sociocultural, especialmente a la hora de establecer diagnósticos y abordajes donde el estilo de apego y modelo familiar de crianza resultan determinantes.

1.4 Propósito del Estudio

El fin de este estudio es realizar la adaptación lingüística y cultural del YSQ-S3 en castellano para la población uruguaya. El objetivo de la propuesta consiste en analizar las propiedades psicométricas del mismo y determinar su validez y confiabilidad.

Esto permitirá, además, estudiar el ajuste de modelo de la Terapia de Esquemas en muestras locales uruguayas. Tal como se desarrollará en el Capítulo II, si bien el Modelo propuesto por Young (2003) plantea la existencia de 18 EDTs agrupados en cinco Dominios que se corresponden con el tipo de experiencia tóxica y necesidad insatisfecha infantil asociadas a su origen; diversos investigadores han hallado modelos alternativos en lo que refiere a la agrupación de los 18 EDTs en otros Dominios. Es de interés de este estudio analizar y comparar el ajuste de dichos modelos.

Por otra parte, se plantea también la necesidad de explorar los EDTs específicos que diferencian a la muestra clínica de la no clínica, pudiendo hallar aquellos EDTs que mejor discriminan la psicopatología.

Partiendo de la teoría de la especificidad antes mencionada (Beck et al., 2001), se pretenden explorar aquellos EDTs que caracterizan a los pacientes con diagnósticos agrupados dentro del Eje I y Eje II del sistema multiaxial del DSM IV (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005). Si bien la nueva propuesta del DSM-5 cuestiona la utilidad de distinción de los distintos ejes categoriales, y considerando la etapa de transición y predominancia de un enfoque híbrido entre lo categorial y lo dimensional (Esbec & Echeburúa, 2014), resulta interesante indagar en la muestra clínica si hallamos EDTs específicos que predominen en dichos ejes o si dichas asociaciones son difusas.

En este sentido, resulta importante explorar los EDTs asociados a los diagnósticos de Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo y Trastornos de Personalidad a fin de generar una contribución local que favorezca a una mejor discriminación de los contenidos recurrentes, y que orienten a los respectivos protocolos de intervención de estos tipos de trastornos tan frecuentes en la consulta clínica.

A continuación, en la Figura 1 se resume el desarrollo del proceso que condujo al planteamiento de los objetivos concretos de la investigación.

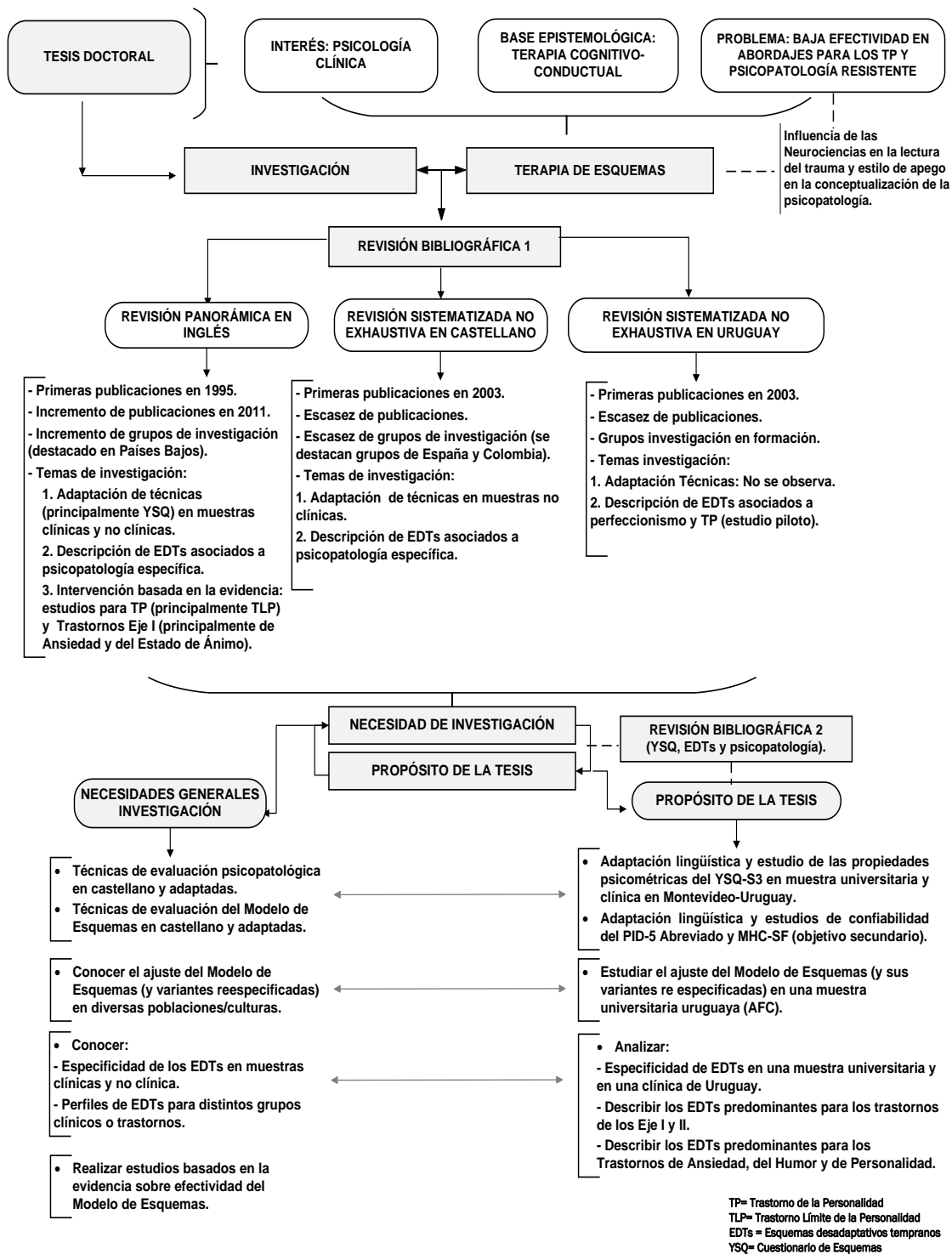


Figura 1. Planteamiento del problema de investigación y objetivos de la tesis.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivos generales

- Realizar la adaptación lingüística y analizar las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en una muestra de estudiantes universitarios.
- Estudiar y comparar los EDTs y Dominios¹ en una muestra universitaria y en una muestra clínica, analizando su relación con las variables sociodemográficas, los indicadores de sintomatología y los subgrupos diagnósticos de la muestra clínica.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Realizar la adaptación lingüística del YSQ-S3 para la evaluación de los EDTs en jóvenes universitarios de Montevideo, Uruguay; y analizar las propiedades psicométricas y el ajuste del modelo de EDTs de Young (2003).
2. Estudiar las propiedades psicométricas requeridas de los instrumentos secundarios de este estudio: *Inventario de Personalidad del DSM-5 Abreviado (PID-5 BF)*, *Listado de Síntomas Breve (LSB-50)*, *Cuestionario de Creencias de Personalidad Breve (PBQ-SF)* y *Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*.
3. Comparar el modelo propuesto por Young (2003) con modelos alternativos propuestos por Young (2014) y por otros investigadores: Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa (2012), Saritas y Gençöz (2011) y Calvete, Orue, Gonzales-Diez & López de Arroyabe (2013).
4. Estudiar la validez externa del YSQ-S3 en la muestra universitaria.
5. Describir los EDTs y Dominios en una muestra universitaria uruguaya.
6. Describir los EDTs y Dominios en una muestra clínica uruguaya.
7. Comparar los EDTs y Dominios de la muestra universitaria con los de la clínica.
8. Estudiar los EDTs y Dominios en relación a las variables sociodemográficas en ambas muestras.
9. Analizar la relación de los EDTs y Dominios con la sintomatología clínica.
10. Estudiar la capacidad discriminativa de los EDTs y Dominios en la evaluación clínica en la muestra de pacientes agrupada según: (a) los Ejes I y II de la clasificación multiaxial del DSM-IV y (b) subgrupos clínicos diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de la Personalidad y no especificados.

¹ Se indica al lector que los Dominios escritos con mayúscula referirán a los del modelo de Young (2003).

1.6 Hipótesis

A continuación, se plantearán las hipótesis asociadas a los objetivos anteriormente descritos. Dichas hipótesis se sustentan en los resultados de las investigaciones precedentes que se desarrollaran en el Capítulo II.

Hipótesis sobre el objetivo 1:

H 1.1. El modelo teórico propuesto por Young (2003) presenta un adecuado ajuste para la población uruguaya.

Hipótesis sobre el objetivo 2:

No se formulan hipótesis por ser objetivos secundarios de índole psicométrica.

Hipótesis sobre el objetivo 3:

H 3.1. El modelo teórico propuesto por Young (2003) de segundo orden (18 EDTs agrupados en 5 Dominios) presenta un menor ajuste y parsimonia que los modelos reespecificados de 3 Dominios hallados en estudios que emplearon el YSQ-S3.

Hipótesis sobre el objetivo 4:

H 4.1. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios de los universitarios se correlacionan positivamente con los puntajes de las escalas del PBQ-SF, del PID-5-BF y del LSB-50.

H 4.2. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios de los universitarios se relacionan negativamente con los puntajes del MHC-SF.

Hipótesis sobre el objetivo 5:

No se formulan hipótesis por ser objetivos de carácter descriptivo.

Hipótesis sobre el objetivo 6:

No se formulan hipótesis por ser objetivos de carácter descriptivo.

Hipótesis sobre objetivo 7:

H 7.1. Las puntuaciones de la muestra clínica son significativamente más elevadas para todos los EDTs y Dominios al compararlas con las de la muestra universitaria.

Hipótesis sobre el objetivo 8:

H 8.1. La edad se asocia de manera significativa con los EDTs y Dominios.

H 8.2. No existen diferencias estadísticamente significativas en los EDTs y Dominios según NSE.

H 8.3. Los estudiantes y pacientes casados, en pareja y/o concubinato, se caracterizarán por tener puntuaciones significativamente menores en los EDTs y Dominios en comparación con los solteros.

H 8.4. Las mujeres presentan puntuaciones significativamente mayores en la mayoría de los EDTs en contraste con los hombres, principalmente en los de Subyugación, Autosacrificio y Dependencia.

H 8.5. Los hombres presentan puntuaciones significativamente más altas en los EDTs de Inhibición Emocional e Insuficiente Autocontrol.

Hipótesis sobre objetivo 9:

H 9.1. Las personas que concurren a médico psiquiatra presentan valores significativamente más elevados en los EDTs y Dominios que quienes no lo hacen.

H 9.2. Los pacientes que consumen psicofármacos presentan valores significativamente más elevados en los EDTs y Dominios que quienes no consumen.

H 9.3. El EDT de Vulnerabilidad al Daño se asocia con los síntomas de ansiedad.

H 9.4. Los EDTs de Defectuosidad e Insuficiente Autocontrol se asocian con los síntomas de depresión.

H 9.5. Los Dominios 1 y 2 presentan más asociaciones significativas positivas con la sintomatología clínica en ambas muestras.

Hipótesis sobre objetivo 10:

H 10.1. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios son significativamente más elevadas en los pacientes con diagnósticos del Eje II al compararlos con los del Eje I.

H 10.2. Los pacientes con Trastornos de Personalidad presentan puntuaciones significativas mayores que los pacientes con Trastorno de Ansiedad y Trastornos del Estado del Ánimo.

H 10.3. Los pacientes con Trastornos de Personalidad puntúan significativamente más elevado en los EDTs del Dominio 1 al compararlo con los otros subgrupos diagnósticos.

1.7 Importancia del estudio

La presente investigación intenta contribuir al entendimiento de los esquemas disfuncionales o EDTs presentes en la población clínica y no clínica de adultos uruguayos. El trabajo brinda un importante aporte para la evaluación psicológica en el ámbito clínico y de investigación. Asimismo, los resultados constituyen una contribución novedosa y relevante para el diseño de perfiles de esquemas disfuncionales que puedan adecuarse y representar a nuestro marco sociocultural. Se busca contribuir así con la adecuada elección de abordajes provenientes del modelo Cognitivo-Conductual y de la Terapia de Esquemas en particular.

La revisión bibliográfica desarrollada abarca las principales investigaciones existentes sobre las variables estudiadas, destacándose el énfasis puesto en las publicaciones realizadas en castellano e informándose de las producciones locales.

Además, se considera valioso el aporte relacionado con los instrumentos psicométricos, ya que las versiones adaptadas culturalmente son escasas en Uruguay.

En primer lugar, se destaca la adaptación lingüística y estudio psicométrico del YSQ-S3 que constituye una herramienta que sirve para discriminar y describir la psicopatología. Asimismo, esta herramienta es fundamental para propiciar el desarrollo de investigaciones ligadas al modelo de la Terapia de Esquemas en poblaciones hispanoparlantes.

En segundo lugar —a modo de objetivo secundario—, la adaptación lingüística de las escalas MHC-SF y el PID-5; ambas herramientas novedosas que sirven fundamentalmente para el *screening* psicopatológico. Estos instrumentos constituyen también una base para futuras investigaciones vinculadas a la psicopatología y psicología clínica.

Además, resulta de interés poder incorporar elementos e hipótesis provenientes de los resultados que representen al marco sociocultural latinoamericano, particularmente al uruguayo; que desde luego podrían variar respecto de los resultados provenientes de las publicaciones norteamericanas, asiáticas y europeas existentes.

Por último, con esta investigación se procurará ampliar y complementar la información obtenida en investigaciones de otros países.

1.8 Limitaciones

A continuación, se detallan algunas de las principales limitaciones observadas en esta investigación.

En primer lugar, se realizó una prueba piloto reducida ya que si bien hay muchos criterios relacionados al número ideal de participantes para las mismas, algunos autores sugieren un mínimo de 50 individuos (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Esta decisión se fundamentó en que se contaban con datos preliminares de un estudio uruguayo no publicado que empleo la versión previa YSQ-SF no adaptada culturalmente, pero que aun así proporciono datos relevantes de referencia (Cordero & Tiscornia, 2014).

En segundo lugar, se trabajó con dos muestras no seleccionadas al azar y no representativas del total de la población. Por tanto, es necesario atender a las limitaciones asociadas al hecho de que ambas sean muestras por conveniencia.

En el caso de la muestra universitaria, se contó con la participación principalmente de estudiantes pertenecientes a universidades privadas y de carreras sociales; estas condiciones significaron que la muestra fuese prioritariamente: de NSE medio y alto y que predominase el sexo femenino.

En el caso de la muestra clínica, los participantes fueron pacientes que concurren a psicoterapia en el contexto de la práctica privada, lo cual también condicionó el NSE de los participantes. Si bien se evidenció un predominio de participantes mujeres, esto resulta más representativo de la población que concurre a psicoterapia. Por tanto, se deberán considerar estos aspectos a la hora de interpretar los resultados. Respecto a esta muestra, otra limitación refiere a que los diagnósticos fueron realizados por psicoterapeutas experientes, pero no se emplearon entrevistas estructuradas u otros procedimientos que lo corroborase.

Otra limitación fue el tamaño reducido de la muestra clínica y su carácter heterogéneo en lo que refiere a los diagnósticos incluidos. Pues las administraciones en este caso, fueron realizadas por psicoterapeutas en el contexto de la práctica privada. Esto restringió algunos de los análisis estadísticos y el poder de alcance de los resultados.

Por otra parte, se emplearon únicamente instrumentos de autoinforme con lo cual cabe esperar exista un sesgo de respuestas ligado a la deseabilidad social y la aquiescencia que fueron moderadamente controlados con las subescalas de validez del LSB-50.

Además, se decidió no incluir el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de la prueba central, debido a la gran cantidad de estudios exploratorios encontrados en la revisión de estudios previos y a datos de un estudio no publicado realizado en Uruguay que sirvió como antecedente (Cordero & Tiscornia, 2014). Se consideró oportuno realizar los estudios confirmatorios (AFC) del ajuste del modelo Esquemas tradicional (Young, 2003) y profundizar en la comparación de otros modelos que ha sido reespecificados por otros investigadores. Respecto al AFC, la complejidad del modelo y las limitaciones del software estadístico disponible limitaron algunos análisis.

Dentro de los estudios psicométricos asociados a la confiabilidad, el coeficiente de estabilidad fue limitado debido al tipo y tamaño muestral.

Por último, debido al alcance del trabajo, no se incluyó el desarrollo teórico de otro constructo relevante a la Terapia de Esquemas que son los Modos de Esquemas, ni las demás técnicas de evaluación y abordaje que propone el modelo.

Capítulo II: Marco Teórico

En este capítulo se exponen los principales conceptos e investigaciones que han hecho un aporte significativo al conocimiento de las variables implicadas en el presente estudio que se enmarca dentro de la psicología Cognitivo-Conductual y específicamente en el marco de la Terapia de Esquemas.

El contenido del marco teórico se desarrollará en función de los objetivos propuestos y se organizará en tres grandes secciones. En primer lugar, se presentará el estado del arte en el cual se incluirá una revisión bibliográfica para comprender el contexto investigativo general de la Terapia de Esquemas. En segundo lugar, se desarrollarán los conceptos centrales para la comprensión del marco teórico de la misma, donde se incluirán la definición, características, clasificación y formas de evaluar los EDTs; y el instrumento principal de este trabajo (YSQ-S3). Por último, se desarrollarán los estudios antecedentes más específicos sobre las propiedades psicométricas del YSQ-S3 y su relación con las variables de estudio.

2.1. Estado del Arte

Se presentará a continuación una revisión no exhaustiva de la bibliografía existente que sirvió de base para la contextualización de la temática de la Terapia de Esquemas en general, y para ajustar el planteamiento de los objetivos concretos de este trabajo. A continuación, se resumirá el panorama general actualizado de las investigaciones sobre la Terapia de Esquemas a nivel internacional. Luego, se informará más específicamente sobre las publicaciones en castellano; incluyéndose un detalle de la situación de las publicaciones uruguayas.

2.1.1 Publicaciones a nivel internacional sobre Terapia de Esquemas

La Terapia de Esquemas se originó en Estados Unidos en los años 80s (Young, 1999) y se ha extendido mayormente dentro de Estados Unidos, Europa y Asia (Masley et al., 2012; Rovira, 2011b).

Inicialmente las publicaciones se basaron en los libros de su creador —Jeffrey Young (Young, 1999, 2003; Young & Klosko, 2001)— y en los primeros estudios psicométricos de los instrumentos de evaluación del modelo, principalmente del YSQ en sus versiones iniciales (Schmidt, Joiner, Telch, Young, & Telch, 1995).

En el 2006 se realizó el primer estudio en los Países Bajos, acerca de la efectividad clínica para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad comparando esta modalidad con la conocida Terapia Centrada en la Transferencia del Dr. Otto Kemberg (Giesen-Bloo et al., 2006). Luego de tres años, 45% de los pacientes tratados con Terapia de Esquemas tuvieron una recuperación completa comparado con el 24% de los que recibieron la modalidad enfocada en la Transferencia. Asimismo, quienes recibieron Terapia de Esquemas tuvieron 70% de mejoras clínicas significativas y las tasas de abandono fueron casi la mitad de las observadas en el otro grupo, señalando una mayor adherencia terapéutica (Giesen-Bloo et al., 2006). Según el análisis económico, se observó que el sistema de salud holandés se benefició en una ganancia neta de 5.700 dólares anual por paciente conduciendo este abordaje (Schema Therapy Institute, 2006).

Los resultados de este primer estudio acerca de la efectividad del tratamiento, fueron determinantes para el crecimiento de la Terapia de Esquemas y dieron pie al primer salto cuantitativo en el incremento de las publicaciones acerca de la misma (Bamelis et al., 2012).

Posteriormente, la expansión del modelo hacia intervenciones grupales, el aumento de los centros habilitados para entrenamientos de formación en Terapia de Esquemas, el comienzo de los congresos internacionales y la creación de la International Society of Schema Therapy (ISST) en el año 2008, fueron algunos de los factores determinantes del último salto cuantitativo de las publicaciones científicas de los últimos cinco años. A continuación, se visualizará este crecimiento a través de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica.

Al realizar una revisión panorámica no exhaustiva en la base de datos EBSCOhost (datos extraídos el 01/10/16) usando las palabras clave en inglés “Schema Therapy”, “Early Maladaptive Schemas” y “Young Schema Questionnaire”, se observó el primer salto cuantitativo en el aumento de publicaciones hacia el año 2006; y un posterior incremento en los últimos cinco años (ver Tabla 1).

En una revisión previa, realizada por Cazassa y Da Silva Olivera (2008), la cual se extendió a otras bases de datos (MedLine, Adolec, Lilacs, Cochrane, SciELO, ProQuest, EBSCO) y uso similares criterios de búsqueda; se observaron datos similares al comparar el mismo rango de años (Cazassa & Oliveira, 2008; Rovira, 2011b).

Tabla 1
Publicaciones sobre la Terapia Esquema en inglés.

Bases de datos	Palabras clave		
	"Early Maladaptive Schemas"	"Schema Therapy"	"Young Schema Questionnaire"
<i>EBSCOHost</i>			
1995-2000	3	1	3
2001-2005	19	15	15
2006-2010	44	42	47
2011-2016	324	225	175

Nota: Actualizado octubre, 2016.

2.1.2 Publicaciones en castellano sobre Terapia de Esquemas

Al realizar una búsqueda de publicaciones más amplia —con acceso a múltiples bases de datos— y utilizando las palabras clave en castellano “Terapia de Esquemas”, “Cuestionario de Esquemas”, “Esquemas Desadaptativos” y “Esquemas Maladaptativos”; el número de investigaciones se vio reducido notoriamente como se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2
Publicaciones sobre la Terapia Esquema en castellano.

Bases de datos	Palabras clave			
	"Terapia de Esquemas"	"Cuestionario de Esquemas"	"Esquemas Desadaptativos"	"Esquemas Maladaptativos"
<i>EBSCOHost</i>				
Rango de años	3	9	4	11
	2003-2014	2008-2016	2008-2016	2008-2016
<i>ResearchGate</i>				
Rango de años	2	5	8	11
	2011-2014	2008-2013	2009-2015	2005-2015
<i>Mendeley</i>				
Rango de años	6	6	5	15
	2008-2014	2008-2014	2008-2014	2009-2016
<i>Scielo</i>				
Rango de años	0	6	3	6
	N/A	2009-2014	2009-2015	2009-2010
<i>Doaj</i>				
Rango de años	0	1	1	3
	N/A	2009	2014	2005-2013
<i>Redalyc</i>				
Rango de años	9	1	1	3
	2007-2016	2009	2014	2005-2013
<i>Dialnet</i>				
Rango de años	2	6	3	11
	2004-2013	2004-2016	2014-2015	2004-2016
<i>Timbó</i>				
Rango de años	2	17	8	24
	2007-2011	2007-2014	2009-2016	2005-2014

Nota: Actualizado, octubre, 2016.

Actualmente se observó que están disponibles únicamente tres libros traducidos al castellano que son específicos de la Terapia de Esquemas: (a) *"Reinventar tu vida"* (Young & Klosko, 2001), (b) *"Terapia de Esquemas. Guía Práctica"* (Young et al., 2013) y (c) *"Terapia de Grupo Centrada en Esquemas para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad"* (Farrell & Shaw, 2014).

Por otra parte, desde Argentina, la Dra. Lydia Tineo ha promovido el modelo de Esquemas en Latinoamérica, y ha escrito artículos teóricos y capítulos de libros acerca del mismo (Calvete et al., 2013; Tineo, 2002a, 2002b, 2005).

En lo que respecta a la realidad local uruguaya, al realizar una búsqueda en la *Biblioteca Virtual de Salud en Psicología* (BVS Psi – Uruguay) —que conglomeraba las bases bibliográficas de instituciones nacionales— encontramos únicamente siete recursos bibliográficos (cuatro de origen nacional) como resultado al emplear las palabras clave antes mencionadas, y corroborando que se tratasen todas acerca de la temática. Al realizar una búsqueda en *Colibrí* —colección digital de acceso abierto que agrupa la producción de la Universidad de la República de Uruguay— no encontramos publicaciones referidas al tema. En la Tabla 3, resumimos las publicaciones uruguayas encontradas, observando una notoria escasez de material sobre la Terapia de Esquemas.

Tabla 3
Publicaciones sobre Terapia de Esquemas en Uruguay (2016).

Publicaciones Revistas Uruguayas	
Título	Autor/es
Esquemas Desadaptativos Tempranos y Trastornos de la Personalidad: Resultados de un estudio piloto.	Cordero & Tiscornia (2008)
La Terapia de Esquemas en el Abordaje de Pacientes Difíciles.	Tiscornia (2009)
Terapia Centrada en los Esquemas de Young: Instrumentos de Evaluación.	Rovira & Cordero (2013)
Perfeccionismo y Esquemas Desadaptativos Tempranos: Un estudio con estudiantes universitarios.	Caputto, Cordero, Keegan, & Arana (2015)
Memorias de Grado Universidad Católica del Uruguay	
Título	Autor/es
Adicción a la cocaína: Un abordaje basado en la Teoría de los Esquemas.	Pérez Facciola (2005)
Terapia Centrada en Esquemas: Instrumentos de Evaluación.	Rovira (2011)
El desarrollo de Esquemas Desadaptativos Tempranos según la Exposición a Diferentes Estilos Parentales.	Pazos Próspero (2014)
Esquemas Desadaptativos Tempranos y su Relación con el Trastorno de la Personalidad por Dependencia.	Uriarte Rodríguez (2015)

Nota: Actualizado octubre, 2016.

A nivel iberoamericano destacamos los respectivos trabajos de adaptación de los instrumentos del modelo, realizados tanto por el equipo de investigación del Dr. Jordi Cid — quien es el representante oficial de las versiones en castellano—, como de la Dra. Calvete (E. Calvete, Orue, & Hankin, 2014; Calvete, Estévez, López de Arroyabe, & Ruiz, 2005; Calvete, Orue, & González-Diez, 2013). Asimismo, se resalta la labor del equipo de la Dra. Londoño en Colombia (Londoño & Aguirre, 2012; Londoño et al., 2012).

Comprendiendo la importancia de la identificación de dichos EDTs, tanto para la clínica como para la investigación; se encontró que en Uruguay no se han creado ni adaptado instrumentos que los evalúen. Incluso, únicamente encontramos como instrumento similar la reciente validación del Personality Belief Questionnaire Short Form (Beck & Beck, 1991) que evalúa las creencias disfuncionales características de la personalidad (Daguerre et al., 2015).

Tras haber contextualizado la temática dentro del marco internacional y del contexto uruguayo; y habiendo dado cuenta de la relevancia de la temática en cuestión, se procederá a desarrollar el marco teórico de la Terapia de Esquemas en función de los objetivos planteados.

2.2. Marco Teórico de la Terapia de Esquemas

La Terapia de Esquemas fue propuesta por Young en los años 80s (Young, 1999) como una alternativa enfocada en el tratamiento de los pacientes con trastornos crónicos y resistentes al tratamiento. Las dificultades existentes, dentro del modelo Cognitivo-Conductual tradicional en el tratamiento de trastornos del Eje II (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002), unido al avance explicativo de las neurociencias, fueron algunos de los factores que potenciaron el desarrollo de esta modalidad. La misma se caracteriza por presentar una perspectiva integrativa y comprensiva de la psicopatología, que combina elementos provenientes de la Terapia Cognitiva-Conductual, la Teoría del Aprendizaje, la Teoría de Apego de Bowlby y las Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales (Young et al., 2013).

En este sentido, Millon (2006), expresa que los nuevos enfoques integrativos permiten mejores resultados ya que la propia naturaleza del constructo de la personalidad requiere que las técnicas se extraigan de diferentes perspectivas como ser la cognitiva, interpersonal, psicodinámica y biológica.

Asimismo, Fernández-Álvarez y Belloch (2002) coinciden en que la integración permite “rastrear las huellas de las interrelaciones entre pensamientos, sentimientos, síntomas y operaciones defensivas” (p. 236) permitiendo mejores resultados.

La Terapia de Esquemas, considera entonces que la patología asociada a la personalidad o patología resistente, se debe a la presencia de patrones cognitivo-emocionales disfuncionales muy primitivos, a los que denomina *Early Maladaptive Schemas* o Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs), y que constituyen uno de los focos centrales de la intervención terapéutica (Valenzuela & Caballo, 2004).

Young (1999) destaca el valor y la vigencia de la evaluación retrospectiva respecto a la instauración de dichos EDTs a lo largo de las etapas del proceso evolutivo. Considera que las temáticas centrales y comunes al malestar de los pacientes, provienen de esos aprendizajes tempranos que se rigidizan y que, al activarse en la vida actual, explican las disfunciones del paciente en el presente (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002). En la actualidad, el modelo centrado en EDTs, ha incorporado un nuevo formato de intervención que complementa el abordaje de los EDTs y se centra en el trabajo con los Modos o estados actuales del sujeto que se activan asociados a dichos EDTs. Sin embargo, esta temática no será abordada en este trabajo.

Si bien la Terapia de Esquemas, reconoce sus orígenes en el modelo Cognitivo-Conductual elaborado por Beck, presenta múltiples diferencias. En primer lugar, le otorga un lugar central a la identificación de los esquemas más primarios (EDTs) lo que supone la implementación de técnicas específicas de acceso a las experiencias infantiles del paciente y lo cual genera una cuota de movilización afectiva significativa en el transcurso de la terapia (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002; Rodríguez-Vilchez, 2009). En segundo lugar, el terapeuta otorga mucha importancia a identificar los mecanismos de afrontamiento que mantienen a los EDTs y, por último, se apoya en técnicas emocionales y basadas en la relación terapéutica (p. ej. los ejercicios de imaginación y la confrontación empática respectivamente), las cuales se convierten en herramientas de modificación de patrones interpersonales y conductuales (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002).

Estas diferencias, han sido la base para el surgimiento de la Terapia de Esquemas como una ampliación del modelo Cognitivo-Conductual tradicional, más específico para el trabajo con pacientes con psicopatología resistente.

Por último, la Terapia de Esquemas —en un contexto de transición y debate acerca de cómo “mirar” la psicopatología (Esbec & Echeburúa, 2014)— se posiciona como un modelo alineado con el sistema dimensional de conceptualización de la misma (Bach, Lee, Mortensen, & Simonsen, 2015b). Asimismo, propone instrumentos de evaluación para sus constructos lo cual contribuye con el desarrollo de una psicoterapia basada en la evidencia (Cid, 2016).

2.2.1 La evolución del concepto de esquemas

La amplitud del concepto de esquema, y la gran relevancia que ha cobrado en la psicoterapia moderna, hacen que sea necesaria una clara delimitación acerca de la naturaleza y el uso del término (James, Southam, & Blackburn, 2004).

Para comprender el concepto de los EDTs que propone Young (2003), resulta adecuado atender a dos aspectos relevantes: (a) la evolución del concepto de esquemas dentro de la psicología cognitiva, (b) las implicancias neurobiológicas y la relación del esquema con el trauma.

Los esquemas desde la Teoría Cognitivo-Conductual

Dentro de la Psicología Cognitiva autores como Bartlett (1932) —en el ámbito del aprendizaje— y Piaget (1955) —asociado a la psicología del desarrollo— fueron los pioneros en introducir a los esquemas como redes específicas de información o conocimiento sobre diferentes aspectos del mundo del sujeto (Beck & Haigh, 2014). De esta forma, los esquemas permiten que las personas puedan interpretar sus experiencias dándoles un sentido y que puedan dirigir la atención hacia la información previamente almacenada, para generar interpretaciones de modo más ágil cuando ingresan experiencias nuevas. En el mismo sentido, Reason (1988; citado en Millon, 2006), sugiere que la adecuada *performance* en cualquier actividad depende de la capacidad de activar el esquema adecuado, en el orden adecuado y en el momento oportuno. Esta ventaja adaptativa del sistema, se torna negativa cuando los patrones conductuales de respuesta tienden a ser repetitivos e inflexibles.

Dentro del marco psicoterapéutico, Aaron Beck (1967, citado en Beck & Haigh, 2014), fue el primero en utilizar el término esquema para desarrollar una teoría psicopatológica. Desde esta perspectiva, los esquemas asociados a la psicopatología se originan y fortalecen por los eventos adversos o por las experiencias sucesivas de estrés.

Si bien pueden permanecer latentes, los mismos suelen activarse ante situaciones de estrés futuras, llevando a que la respuesta cognitiva normal se bloquee y se produzcan síntomas (Beck, Freeman, & Davis, 2005). El funcionamiento de estos esquemas, al activarse, toma control sobre procesamiento de la información habitual, lo cual conduce generalmente a comportamientos extremos (Beck & Haigh, 2014).

Los planteamientos del grupo de Beck, desde la mirada de la *hipótesis de vulnerabilidad cognitiva*, sitúan el origen de los Trastornos de la Personalidad, en el desarrollo de esquemas disfuncionales sobre el sí mismo, el mundo y el futuro (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002; Castrillón et al., 2005).

En este contexto de la psicología Cognitivo-Conductual, es que Young (1999) comenzó a desarrollar la clasificación de aquellos esquemas que observó en los pacientes más resistentes al abordaje tradicional. De este modo reconoció que aquellos que eran más rígidos, se asociaban con situaciones traumáticas de la infancia y tendían a perpetuar el malestar actual de los pacientes, generando disfuncionalidad.

Implicancias neurobiológicas de los esquemas

Otro de los aspectos que ha influido en el concepto de EDTs de Young, refiere al avance y a los nuevos aportes de las neurociencias (Tineo, 2009). Estos avances han impulsado a los terapeutas Cognitivo-Conductuales a ampliar el horizonte y a enfocarse en el desarrollo de abordajes más integrativos, especialmente para aquellos trastornos más severos o relacionados con los traumas tempranos; donde el correlato neurobiológico es más pronunciado (Teicher & Samson, 2013).

La propuesta de Pert (1986, citado en Dattilio, 2010), acerca de la existencia de los llamados *bioquímicos de las emociones* o enlaces ligados a lo emocional que radicarían en otras partes del cuerpo además del cerebro, contribuyó con la idea de las influencias recíprocas que existen en la fisiología, cognición y emoción. Estos hallazgos —provenientes de estudios ligados a la memoria celular subsecuente— plantean que existe un almacenamiento en unidades celulares del cuerpo adicional a los centros cognitivos cerebrales (Dattilio, 2010).

Se considera también que el cerebro esta esculpido por las experiencias tempranas y que por tanto las vivencias traumáticas en etapas primarias, dejan huellas indelebles en el sistema (Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016).

Teniendo en cuenta la perspectiva de LeDoux (1996, citado en Young, 2013), se entiende que las emociones y sensaciones corporales almacenadas en la amígdala tras un evento traumático —en tanto área que vela por la supervivencia—, tienden a activarse de manera más rápida que las cogniciones. El hecho de que las cogniciones y las emociones asociadas a la experiencia traumática sean diferentes, podría explicar por qué las estrategias de cambio cognitivas per se no resultan tan efectivas; y si lo son cuando se las combina con técnicas emocionales (Young et al., 2013).

A nivel de las intervenciones psicológicas, se ha visto que cuando el trauma está relacionado al abuso físico o sexual; o cuando el abuso psicológico ha sido extremo y persistente, la memoria del mismo permanece guardada en múltiples niveles, lo cual hace aún más arduo el trabajo clínico (Dattilio, 2010). En estos casos, se observa con mayor claridad que la intervención mediante técnicas únicamente cognitivas y/o conductuales, usualmente no es suficiente (Tineo, 2009).

El actual conocimiento de los procesos neurobiológicos implicados, conduce a que se deba reformular la conceptualización del paciente, al mismo tiempo que conduce a aceptar ciertas limitaciones del quehacer clínico a la hora de reestructurar los EDTs (Dattilio, 2010). Especialmente teniendo en cuenta que la vivencia que tiene el paciente de los eventos externos en su vida actual, también va a depender de las memorias almacenadas y de cuan “diseminadas” estén fisiológicamente.

Los abordajes que mejores resultados prometen según la perspectiva neurobiológica son aquellas líneas terapéuticas que incorporan el papel de estas experiencias tempranas y que emplean técnicas de reprocesamiento de trauma, además del trabajo cognitivo (Teicher & Samson, 2013). De esta forma, y haciendo referencia nuevamente a LeDoux (1996, citado en Young, 2013), la psicoterapia sería una forma de actuar a nivel de las vías cerebrales implicadas en la respuesta amigdalina promoviendo una mayor regulación.

Por lo antes mencionado, se ha visto que los avances en las neurociencias han impulsado al modelo de EDTs a la búsqueda de herramientas terapéuticas que favorezcan el acceso y reprocesamiento de dichas memorias traumáticas, más allá del abordaje mediante la modificación de la cognición (Callegaro, 2005; Dattilio, 2010; Tineo, 2009).

2.2.2 Los EDTs desde la Terapia de Esquemas

Tomando en consideración lo antes expuesto, Young (1990) desarrolla una definición y una clasificación de esquemas disfuncionales asociados al trauma temprano, los cuales han sido uno de los componentes principales de la Terapia de Esquemas (Young et al., 2013). A continuación, se planteará la definición y características principales de los EDTs.

Definición y origen de los EDTs

Los EDTs según Young (2013) refieren a “un patrón o tema amplio y generalizado —constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales— relativo a uno mismo y a la propia relación con los demás, desarrollados durante la infancia o adolescencia, elaborados a lo largo de la vida y disfuncionales en grado significativo” (p. 36). Es importante destacar que, en la definición de este autor, las conductas son guiadas por los EDTs, pero no son parte de éstos (Young, Klosko y Weishaar, 2007).

Según Young (1999), los EDTs se caracterizan por ser universales, es decir que estarían presentes en todas las personas, siendo más intensos y rígidos en personas con psicopatología.

Otro aspecto central a la Terapia de Esquemas, es la comprensión y enfoque basado en el origen de dichos EDTs como camino hacia la mejora del paciente. Respecto a esto, Young (1999) resalta que, generalmente, no es una experiencia traumática aislada lo que genera el EDT, sino el cúmulo de experiencias disfuncionales transcurridas en la niñez o adolescencia, aunque una experiencia traumática intensa podría ser la causa.

En el proceso terapéutico, se considera relevante atender a tres aspectos centrales asociados con el origen de los EDTs: (a) temperamento innato del niño, (b) las necesidades básicas insatisfechas o necesidades emocionales nucleares y (c) las experiencias infantiles tóxicas.

EDTs y Temperamento

El temperamento emocional del niño —en tanto impronta única y distintiva que trae el niño desde que nace— interactúa con las experiencias infantiles dolorosas en la formación de los EDTs (Young et al., 2013).

De este modo los diversos temperamentos (p. ej. ansioso-calmado o distímico-optimista) exponen selectivamente al niño a circunstancias vitales de mayor o menor riesgo; e interfieren en el vínculo que estos puedan tener con sus padres o cuidadores.

Young (2003) afirma que “la capacidad del niño en negociar cada una de las áreas, está determinada por el temperamento innato con el que nace, en combinación con los estilos parentales y las influencias del entorno social en el cual se encuentra expuesto” (p. 32). Por tanto, la evaluación de este aspecto en el marco de la historia del paciente es una pieza esencial para la comprensión de los EDTs.

Las necesidades básicas insatisfechas.

Además de considerar el temperamento basal, la Terapia de Esquemas parte del supuesto de que, para crecer de manera saludable, una persona necesita tener en las etapas tempranas lo que Winnicott denominó una infancia *suficientemente buena* (Young & Klosko, 2001). Es decir, tener cubiertas ciertas necesidades primordiales que son universales a los humanos como la seguridad básica, relación con los demás, autonomía, autoestima, expresión y los límites. Mientras que el déficit notorio en las mismas sería un agente de vulnerabilidad para la adquisición de EDTs (Flanagan, 2014).

Young (2013), plantea la existencia de cinco necesidades básicas que los niños deberían tener resultas para crecer de modo saludable. Las mismas refieren a poder: (a) establecer un apego que proporcione estabilidad, seguridad y aceptación; (b) lograr el desarrollo de la autonomía, competencia y sentido de identidad; (c) expresar libremente las necesidades y emociones; (d) experimentar en un ambiente que habilite la espontaneidad y el juego y (e) incorporar límites realistas y autocontrol.

Los niños necesitan negociar con el entorno —con los diversos estilos parentales, figuras significativas, pares y ámbito sociocultural— para poder satisfacer de manera saludable estas cinco necesidades (Young, 2003). La Terapia de Esquemas hipotetiza que luego en la vida adulta, un individuo psicológicamente sano, es aquel que ha aprendido a satisfacer estas necesidades de modo adaptativo (Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011).

El concepto de las necesidades humanas ha estado presente en otras propuestas de la historia de la psicología a través del trabajo de reconocidos teóricos como Maslow, Rogers, Bowlby y Allport entre otros— (Flanagan, 2010).

El aspecto diferencial de la Terapia de Esquemas, es que, nutriéndose de los aportes pasados, ha logrado incorporarlos al quehacer clínico. Asimismo, ha integrado estas necesidades al modelo básico que explica la agrupación de EDTs en Dominios y ha desarrollado un programa concreto de intervención basado en dichas necesidades (Flanagan, 2014). Como se verá más adelante, Young nucleará los 18 EDTs de su clasificación, en cinco dominios que se corresponden con estas necesidades emocionales insatisfechas (Young et al., 2013).

EDTs y experiencias tempranas tóxicas.

El último punto que es fundamental para la comprensión del origen de los EDTs, es el papel de las experiencias tempranas tóxicas. Según Young (1999), estas experiencias, constituyen el origen principal de los EDTs y pueden dividirse en cuatro tipos. En primer lugar, se encuentra la frustración de las necesidades básicas, en donde el ambiente del niño carece de estabilidad, amor o comprensión y el niño recibe lo que el autor llama *muy poco de algo bueno*. En este caso, las necesidades básicas antes mencionadas son deficitarias. En segundo lugar, se encontraría la traumatización, donde el ambiente del niño es excesivamente crítico, dañino, controlador o donde el niño es directamente victimizado. En tercer lugar, la experiencia refiere a que el niño recibe *demasiado de algo bueno*, lo cual en general perjudica su autonomía y desarrollo competente. Y, por último, la experiencia tóxica refiere a los casos donde el niño se identifica o internaliza los aspectos negativos o EDTs de los otros, en general sus padres (Young et al., 2013).

Tenemos entonces que los factores antes mencionados contribuyen con el origen y desarrollo de los EDTs y están íntimamente relacionados entre sí. En función de la relación entre el temperamento, las necesidades insatisfechas y las experiencias tóxicas vividas, Young (2003), organizará la clasificación de los EDTs.

2.2.3 Clasificación de los EDTs

La clasificación de los EDTs de Young (2003) proviene del minucioso estudio de la casuística clínica del autor, y ha ido modificándose con los posteriores aportes de las investigaciones a través de los estudios de validez de constructo (Rovira, 2011).

La clasificación actual del modelo de Young, agrupa 18 EDTs en cinco grandes Dominios dependiendo del tipo de necesidades infantiles insatisfechas comunes a las personas que los presentaban (Young et al., 2013).

A continuación, se describirán cada uno de los cinco Dominios con sus respectivos EDTs.

Dominio 1: Desconexión y Rechazo

Las personas con EDTs en esta dimensión, presentan dificultades para establecer relaciones de apego seguro con los demás, ya que sus necesidades básicas infantiles de seguridad, amor y pertenencia probablemente no fueron colmadas adecuadamente en la infancia (Young et al., 2013). Las familias de origen suelen ser inestables, abusadoras, negligentes o aisladas del mundo externo. Por tanto, suele tratarse de personas que han atravesado infancias traumáticas con estilos de apego disfuncionales, provocando una predisposición al establecimiento posterior de relaciones poco saludables o a la evitación de los vínculos para no salir lastimados (Young & Klosko, 2001). Los cinco EDTs que integran este Dominio son:

- *Privación Emocional (Emotional Deprivation)*: Este EDT se caracteriza por la constante sensación de carencia respecto al afecto que recibirán de los demás. Suele manifestarse como: (a) ausencia de ser cuidado y tenido en cuenta, (b) ausencia de empatía y de comprensión y (c) falta de protección por parte de los otros (Young et al., 2013).
- *Abandono (Abandonment)*: En este caso predomina la sensación de inestabilidad respecto a los vínculos significativos y la idea de que las personas significativas no estarán disponibles debido a que son inestables, podrían morir o abandonarles (Young & Klosko, 2001). Como consecuencia de este EDT, las personas tienden a aferrarse demasiado a los otros o se alejan de toda relación antes de ser abandonados; quedándose paradójicamente solos. Por ejemplo, ante separaciones breves o normales, tienden a angustiarse o enojarse con una intensidad desmedida para la situación (Young et al., 2013).

- *Desconfianza/Abuso (Mistrust/Abuse)*: Quienes presentan este EDT, sostienen la convicción de que los demás serán abusivos, les humillaran o engañaran si tienen la oportunidad. Esto les conduce a ser suspicaces y a evitar la intimidad (Rodríguez-Vilchez, 2009; Young & Klosko, 2001).
- *Defectuosidad (Defectiveness)*: Las personas con este EDTs, suelen sentirse internamente imperfectos o defectuosos. Predomina la sensación vergüenza y de que, si alguien les conociese en profundidad, les dejaría de querer o rechazaría. La presencia de este EDT perjudica notoriamente la autoestima (Young, 1999).
- *Aislamiento Social (Social Isolation)*: En este caso, el EDT se asocia con el predominio de un profundo sentimiento de estar aislado del resto del mundo, ser diferente de los demás y/o no formar parte de ningún grupo (Young et al., 2013).

Dominio 2: Perjuicio en Autonomía

En este Dominio, se agrupan cuatro EDTs que impiden el funcionamiento autónomo saludable o esperable para la edad de la persona. Se relaciona con estilos de crianza en donde no se facilitó el desarrollo independiente, ni la experimentación de tareas acorde a lo esperable evolutivamente. Tiende a asociarse con estilos de crianza muy sobreprotectores, controladores y/o intrusivos (Young et al., 2013). En este caso, el Dominio se compone de los siguientes cuatro EDTs.

- *Fracaso (Failure)*: Las personas con este EDT se sienten inútiles en las áreas asociadas a lo académico, el trabajo o rendimiento. Sienten que el resto de las personas son mejores y suelen exagerar sus defectos o fracasos. Esta sensación intensa tiende a impulsarlos a evitar situaciones de evaluación o rendimiento, confirmando de modo paradójal que no pueden. O por el contrario, puede impulsarlos a sobrecompensar con exigencias desarrollando tendencias al perfeccionismo (Young & Klosko, 2001).
- *Dependencia/Incompetencia (Dependency/Incompetency)*: La presencia de este EDT se vincula con la sensación de incapacidad a la hora de afrontar las responsabilidades de la vida cotidiana sin una ayuda externa. Usualmente, se trata de personas que no fueron reforzados a experimentar de forma autónoma ya que tenían padres o cuidadores que realizaban las cosas por ellos o fueron criticados cuando intentaban ensayar conductas por su cuenta (Young & Klosko, 2001).

En la vida adulta, se presentan como indefensos y tienden a buscar figuras de apoyo que le sirvan como “muleta”.

- *Vulnerabilidad al Daño (Vulnerability to harm or illness)*: Este EDT, está caracterizado por un temor constante a que algo malo pueda ocurrir en lo que respecta a peligros naturales, financieros o médicos. Se caracteriza por cogniciones y miedos excesivos y poco realistas, asociados con las condiciones de ansiedad y/o fóbicas. La presencia de este EDT suele estar vinculada a estilos de crianza sobreprotectores con exceso de preocupaciones acerca de la seguridad del niño (Young et al., 2013).
- *Apego Fusionado (Enmeshment)*: Quienes presentan este EDT presentan una excesiva implicancia y cercanía emocional con los otros significativos —frecuentemente los padres— a costas de lograr su propia autonomía. Existe una falta de individuación y la identidad de la persona pierde consistencia o queda sujeta a la de otro. Las sensaciones que lo acompañan suelen ser de asfixia o fusión con los demás (Young, 1999).

Dominio 3: Falta de Límites

En este grupo se incluyen dos EDTs que reflejan la no interiorización de límites y se asocia a estilos de crianza que tuvieron fallas en este aspecto. Las personas presentan una notoria carencia a la hora de asumir responsabilidades ante los demás, tienden a la búsqueda de satisfacción sin considerar las consecuencias futuras, y presentan una postura centrada en complacerse a sí mismos. La responsabilidad, la disciplina y la conducta cooperativa están disminuidas; lo cual suele interferir con el ámbito de las relaciones interpersonales y el de los logros (Young et al., 2013).

- *Grandiosidad (Entitlement/Grandiosity)*: Las personas con este EDT, se sienten especiales y tienden a considerar que le corresponden derechos o privilegios. Se observa un foco exagerado en la superioridad y tienden a resultar dominantes ante los otros. Suele asociarse a crianzas en donde el niño fue consentido y donde no se le indicaron parámetros de acción restringidos, afectando negativamente la capacidad de autodisciplina. Se trata de adultos que tienden a enfadarse cuando no pueden hacer lo que desean y se asocia a rasgos de personalidad narcisistas (Behary, 2013).

- *Insuficiente autocontrol (Insufficient Self Control)*: Este EDT se caracteriza por una notoria incapacidad de controlar sus emociones y acciones. Se observa un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, la responsabilidad o el esfuerzo. No logran tolerar las frustraciones y no logran comprometerse con sus objetivos lo cual les impide completar sus logros (Young et al., 2013).

Dominio 4: Orientación al otro

En este Dominio, se advierte una notoria tendencia a complacer los deseos de los demás a expensas de las necesidades propias. Existe un foco extremo en la consideración del otro y una tendencia a la supresión de conductas y emociones que pudiesen afectar la relación con los otros (p. ej. ira o enojo). Algunas veces está asociado a estilos de crianza donde primero el cariño condicional o donde las necesidades del niño eran puestas en segundo plano (Young et al., 2013).

- *Subyugación (Subjugation)*: En este caso, prima la tendencia a someterse a los mandatos, órdenes y deseos de los demás, generalmente para evitar reacciones de ira, enojo o abandono por parte de los otros. La persona tiende a sentir que será castigada sino obedece y usualmente se vincula con experiencias tempranas donde alguno de los padres o cuidadores les trataron de esta forma (Young & Klosko, 2001).
- *Autosacrificio (Self-Sacrifice)*: Las personas con este EDT, se concentran excesivamente en satisfacer las necesidades de los demás, incluso a expensas de su propio bienestar. A diferencia del EDT de Subyugación, la motivación aquí, se centra en el evitar el dolor ajeno, no sentirse culpables o lograr una autoestima basada en sentirse necesitado por el otro. Esto conduce a que se desgasten realizando actividades para otros, y que terminen resentidos por no recibir el mismo trato por parte de los demás (Young et al., 2013).
- *Búsqueda de Aprobación (Approval Seeking)*: En el caso de este EDT, las personas presentan una autoestima basada en las reacciones de los demás más allá de las propias cualidades naturales. Suele manifestarse a través de un énfasis excesivo en el estatus, la apariencia, la aceptación social o el éxito (Rodríguez-Vilchez, 2009). Este patrón tiende a condicionar la toma de sus decisiones vitales a expensas de su autenticidad o de lo que era mejor para sí mismos.

Dominio 5: Sobrevigilancia

Por último, en esta agrupación, se encuentran aquellas personas con una pronunciada tendencia a suprimir las emociones y las conductas espontáneas a fin de evitar cometer errores. Parecen guiarse constantemente por reglas internas rígidas que ponen en juego su autoexpresión, relajación, disfrute y alegría. Sus orígenes se asocian a infancias tristes, reprimidas y estrictas, donde no se motivó el juego y la expresión de sí mismos (Young et al., 2013). Aquí se incluyen los siguientes dos EDTs:

- *Inhibición emocional (Emotional Inhibition)*: Se observa una inhibición excesiva en las acciones, comunicaciones y sentimientos espontáneos, usualmente para evitar desaprobación de los demás o para evitar la vergüenza (Young et al., 2013).

La persona tiende a inhibir excesivamente las emociones de ira o enojo, las demostraciones de afecto, la expresión de necesidades o vulnerabilidad lo cual en general perjudica la esfera de lo vincular (Young et al., 2013).

- *Metas Inalcanzables (Unrelenting Standards)*: Se trata de personas que colocan un excesivo énfasis en la orientación al éxito y los logros; mostrando un especial desequilibrio entre trabajo y placer. Predomina una presión por encontrar estándares y metas cada vez más elevadas y perfectas, lo cual conduce al desgaste. Usualmente se asocia a estilos de crianza exigentes o con modelos elevados en cuanto al rendimiento (Young & Klosko, 2001).

A continuación, en la Figura 2, se resume lo antes desarrollado a fin de visualizar con mayor claridad cómo se agrupan los 18 EDTs en los cinco Dominios que propone Young (2003), los cuales provienen de las necesidades emocionales insatisfechas.

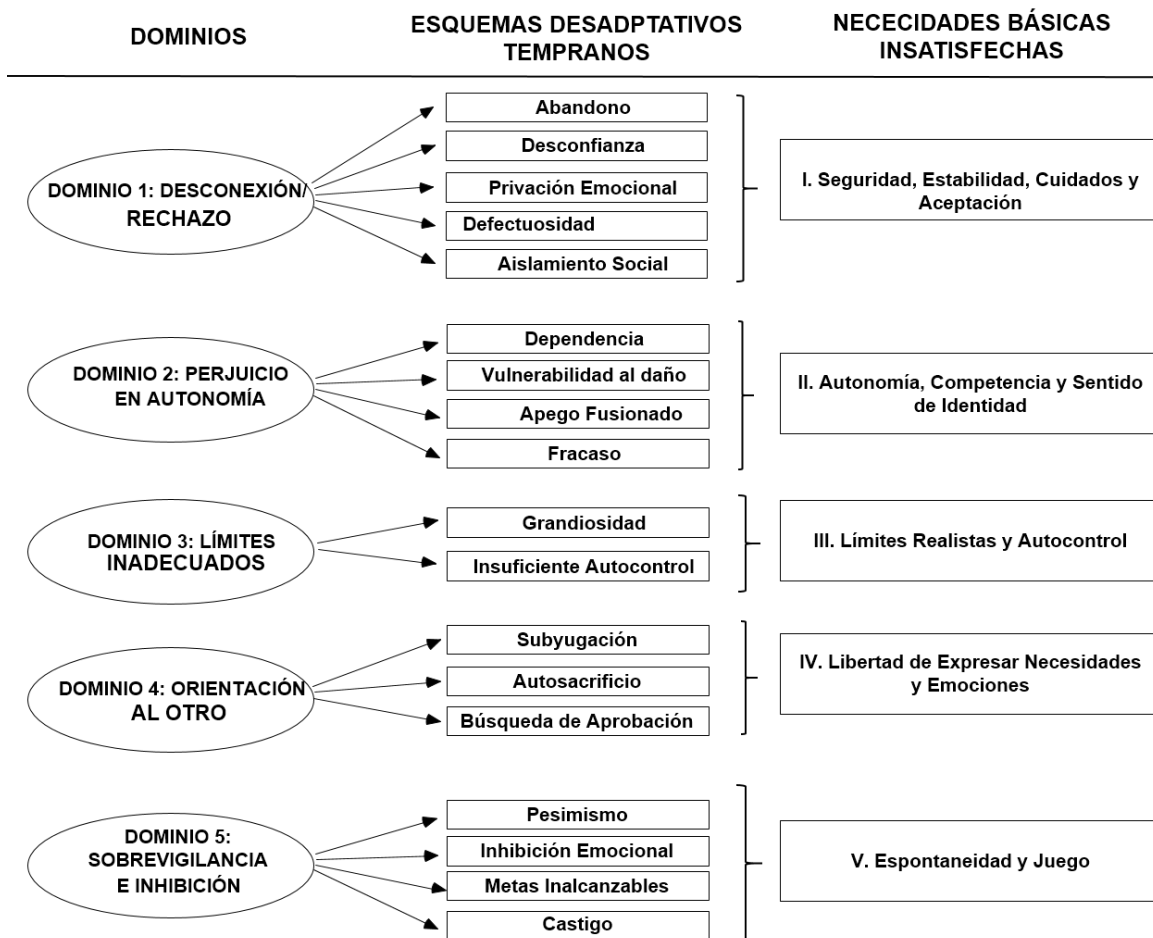


Figura 2. Los EDTs y Dominios según el modelo de Young (2003).

Funcionamiento de los EDTs

Tras haber expuesto la forma en que los EDTs se clasifican, un aspecto importante es conocer la forma en que éstos funcionan. La Terapia de Esquemas plantea que los EDTs pueden perpetuarse —mediante mecanismos disfuncionales— o sanarse —a través de vínculos saludables, psicoterapia o resiliencia—. Nos adentraremos ahora en los mecanismos fundamentales de perpetuación de los EDTs. Los mismos refieren a todo aquello que hace el paciente, interna o conductualmente, que mantiene al EDT. Se han identificado tres formas principales: (a) las distorsiones cognitivas, (b) los patrones conductuales desfavorables y (c) los estilos de afrontamiento disfuncionales (Young et al., 2013).

En el primer caso, el paciente tiende a hacer una lectura de las situaciones priorizando la información asociada al EDT o trauma subyacente, mientras que tiende a minimizar la información contraria que le proporciona el presente (Young & Klosko, 2001). Como resultado sentirá emociones usualmente más negativas y tenderá a responder más exageradamente ante los hechos.

En el caso de los patrones conductuales, Young (1999) afirma que los EDTs sirven como *templates* para el procesamiento de experiencias posteriores y de alguna manera éstos le proporcionan seguridad al individuo de saber cómo conducirse ante situaciones nuevas. Es decir que, el empleo del mismo repertorio conductual o template, en una nueva situación, aunque tenga consecuencias dañinas, respondería a la necesidad de seguridad y de poder predecir los acontecimientos. Esta parecería ser la razón principal por la cual el individuo continúa repitiendo patrones, aunque no sean beneficiosos y le causen daño (Millon, 2006).

Como último aspecto —y en relación con el punto anterior—, los EDTs tienden a desencadenar mecanismos de afrontamiento disfuncionales relacionados con las tres respuestas básicas ante la amenaza: sobrecompensación (lucha), evitación (huida) y rendición al EDT (parálisis). Estos mecanismos suelen operar de manera inconsciente y se caracterizan por haber sido comportamientos útiles con los que el sujeto contó en su infancia ante el trauma o la experiencia tóxica (Young & Klosko, 2001). En ese aspecto se observa que son recursos más rígidos y limitados.

Si bien profundizar en esta temática sobrepasa los límites de este trabajo, resulta importante destacar estos estilos de afrontamiento que se desatan ante un EDT, muchas veces activan otros EDTs que se llamarían secundarios. Es decir, un paciente que presenta el EDT de Fracaso, podría desatar el mecanismo de sobrecompensación a través del EDT Metas Inalcanzables (tendencia al perfeccionismo rígido). En este sentido, la presencia de un EDT primario o más central a la problemática del sujeto —como lo es el Fracaso—, desencadena la aparición de un EDT que funciona como estrategia o antídoto (Metas Inalcanzables), en un intento por contrarrestar al primario. Esta consideración es relevante a los efectos de este trabajo, ya que afecta la interpretación de los perfiles de EDTs, en tanto deben ser comprendidos en relación a la dinámica de sus combinaciones (Rijkeboer, 2012).

Resumiendo este apartado, podemos observar que a través de las diversas formas de perpetuación del EDT, la propia persona se convierte en la fuerza que lo impulsa a su patología (Millon, 2006). Generando consecuencias o desplegando acciones que forjan el efecto temido, hecho por el cual Young y Klosko (2001) —en el libro de auto ayuda *Reinventar tu Vida*— han denominado a los EDTs bajo el término *trampas vitales*.

2.2.4 La evaluación de los EDTs

El último aspecto que plantearé sobre la Terapia de Esquemas antes de adentrarnos a la temática del instrumento principal que se estudiará en este trabajo (YSQ-S3), refiere a la evaluación dentro de esta modalidad terapéutica.

La primera fase implicada en el proceso de tratamiento de la Terapia de Esquemas se centra en la evaluación de los EDTs y demás constructos asociados al modelo como ser los mecanismos de afrontamiento y los Modos. En esta etapa, el terapeuta ayuda a que el paciente logre identificar los EDTs y que comprenda los orígenes y necesidades básicas insatisfechas asociadas los mismos (Rovira, 2011b).

La evaluación se caracteriza por ser multifacética y emplea tanto la entrevista de la historia de vida, como diversos cuestionarios propios del modelo, unido a herramientas de auto registro y técnicas de imaginación para la evaluación (Cid, 2016). La información que se reúne apunta a conceptualizar y ordenar los EDTs por niveles y seleccionar luego el núcleo de las operaciones de cambio. Se intenta realizar una identificación detallada de los EDTs ya que existen intervenciones específicas para cada uno de ellos a nivel emocional, cognitivo, comportamental e interpersonal (Rodríguez-Vilchez, 2009).

En la actualidad existen cinco instrumentos para población adulta que evalúan los principales conceptos del modelo teórico de la Terapia de Esquemas y que se resumen en la Tabla 4, en sus versiones actualizadas.

Tabla 4

Instrumentos de evaluación de la Terapia de Esquemas.

Nombre en castellano	Nombre original	Sigla	Autores	Año	Ítems	Evalúa
Cuestionario de Esquemas de Young	<i>Young Schema Questionnaire</i>	YSQ-L2**	Young & Brown	2003	205	15 EDTs
		YSQ-S3*	Young	2006	90	18 EDTs
Inventario de Padres de Young	<i>Young Parenting Inventory</i>	YPI-1	Young	2003	72	17 EDTs
Inventario de Evitación de Young-Righ	<i>Young-Righ Avoidance Inventory</i>	YRAI-1	Young & Rygh	2003	40	14 Estilos Evitativos
Inventario de Compensación de Young	<i>Young Compensation Inventory</i>	YCI-I	Young	2003	48	16 EDTs
Cuestionario de Modos	<i>Schema Mode Inventory</i>	SMI-1	Young, Arntz, Atkinson, Lobbestael, Weishaar, Vreeswijk & Klokman.	2009	124	14 Modos

Nota: **Versión larga. * Versión corta. Se indican las últimas versiones de los instrumentos.

La existencia de diversos instrumentos asociados al modelo, representa una ventaja fundamental tanto para el quehacer clínico como para la investigación (Cid, 2016). Sin embargo, resulta fundamental mencionar algunas limitaciones respecto del uso de los mismos. Se parte del supuesto de que ningún cuestionario en sí mismo puede evaluar la totalidad del constructo de los EDTs (Sheffield & Waller, 2012). En principio, el propio formato de autoinforme limita la medición al componente subjetivo donde se va a priorizar lo que el sujeto cree de sí mismo o lo que quiere informar (Sheffield & Waller, 2012). Si bien esto no reduce su valor clínico o de investigación, requiere de otras herramientas de evaluación y de una lectura más acotada de los resultados. Tal fue planteado por Cid Colom (2015), también existe controversia acerca de la factibilidad del acceso a las estructuras complejas como son los EDTs, especialmente porque el método del cuestionario brinda información del ámbito de lo consciente. Mientras que la evaluación de los EDTs, implicaría adentrarnos a un nivel de procesamiento que tiende a estar inaccesible a la percepción consciente (Rijo, 2009).

Pese a esto, se considera que de forma limitada los reactivos traerían a conciencia las emociones y sensaciones asociadas al EDT que se evalúa (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002). De todas formas, este sería un problema más general de la evaluación de los constructos psicológicos, especialmente los ligados al estudio de la personalidad. Pues siguiendo la idea de Millon (2006), entendemos que los instrumentos de medida de personalidad y psicopatología —en particular los de autoinforme— son imprecisos ya que la medición se encuentra limitada por diversos factores que la sesgan y distorsionan, y que son provenientes tanto del evaluado como del observador.

2.3 Cuestionario de Esquemas (YSQ) y su Evolución

Dentro del repertorio de técnicas de evaluación del modelo, el YSQ, en sus diversas versiones, ha sido la técnica más empleada. Actualmente el YSQ ha sido traducido a varios idiomas y adaptado a diversos contextos socioculturales (más de 17), mostrando el alcance de la Terapia de Esquemas a nivel mundial, y a su vez permitiendo la comprobación, ajuste y avance del propio marco teórico (Nordahl, Holthe, & Haugum, 2013; Rovira, 2011b; van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012).

Acorde a los datos de la revisión de las propiedades psicométricas del YSQ realizada por Oei y Baranoff (2007), se ha observado que en términos generales las diversas versiones del mismo, han cumplido con condiciones adecuadas de validez y confiabilidad respecto a la medición de los EDTs tanto en muestras clínicas como en no clínicas.

La primera versión del YSQ fue desarrollado por Young en 1990 (Oei & Baranoff, 2007), con el objetivo de identificar y evaluar los EDTs que había desarrollado en su teoría. Como fue mencionado antes, inicialmente estos EDTs se basaban en una teoría proveniente de la observación y experiencia clínica con aquellos pacientes crónicos y/o pacientes difíciles (Rovira, 2011b; Schmidt et al., 1995). Por tanto, la introducción del cuestionario representó una herramienta fundamental para comprobar la validez del modelo.

Dado que es el instrumento de Young ha sido el más utilizado en el ámbito clínico e investigativo, existen varias revisiones teóricas y empíricas del cuestionario que han dado lugar a: (a) modificaciones en la clasificación de los EDTs originalmente propuestos por Young, (b) alternativas respecto a la forma de agrupación de los EDTs en Dominios y (c) diferentes versiones del cuestionario.

Inicialmente el cuestionario fue diseñado para adultos (Rovira, 2011), aunque en la actualidad existe una versión específica para adolescentes (Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010) y una para niños (Rijkeboer & de Boo, 2010) que se encuentran en una etapa inicial respecto a las investigaciones. Sin embargo, debido a que el número de artículos es limitado, y considerando que la evaluación de constructos relacionados a la personalidad en dichas etapas aún es controversial, excluirémos estas versiones de este trabajo.

A continuación, en la Tabla 5, se presentará un resumen de las distintas versiones del YSQ para adultos, indicando las características principales, el número de ítems y la cantidad de EDTs que éstas evalúan.

Tabla 5

Versiones del YSQ.

Versión	Sigla en inglés	Autores	Fecha	N° de ítems	EDTs	Dominios
	YSQ	Young	1990	123	16 EDTs	6
	YSQ-revised	Young	1991	205	16 EDTs	6
Larga	YSQ-L2	Young & Brown	1999	205	16 EDTs	6
	YSQ-L2 revised	Young & Brown	2003	205	15 EDTs	5
	YSQ-L3	Young	2005	232	18 EDTs	5
	YSQ-SF	Young & Brown	1997/99	75	15 EDTs	5
Abreviada	YSQ-SF2	Young	2003	90	15 EDTs	5
	YSQ-SF3	Young	2005	90	18 EDTs	5

En lo que respecta a las adaptaciones registradas en idioma español hallamos las versiones incluidas en la Tabla 6.

Tabla 6

Adaptaciones del YSQ al castellano.

Versión	Sigla en inglés	Autores	N° de ítems	EDTs	Sigla castellano	Adaptación España	Adaptación Colombia
Larga	YSQ-L2 (Rev.)	Young & Brown	205	16 EDTs	CEY	Cid, Tejero y Torrubia (2004)	Castrillón et al. (2005)*
	YSQ-L3	Young	232	18 EDTs	CEY-L3	Cid y Torrubia (2010)	-
Abreviada	YSQ-S3	Young	90	18 EDTs	CEY-S3	Cid y Torrubia (2007)	-
	YSQ-SF	Young & Brown	75	15 EDTs	CEY-VR	Cid, Tejero y Torrubia (1997)	Londoño et al. (2012)

Nota: *Surge una versión breve extraída del YSQ-L Rev.

Acorde a los objetivos y el alcance de este estudio, nos centraremos a continuación en describir prioritariamente las características del YSQ-S3. Pues este criterio de selección, si bien puede restringir la información existente, buscará basarse en comparaciones más sólidas tal ha sido sugerido por otros autores del modelo (Hawke & Provencher, 2012).

2.4 Cuestionario de Esquemas Versión Breve 3 (YSQ-S3)

El YSQ-S3, fue también desarrollado por Young (2005) y se trata de un cuestionario de autoinforme que se compone de 90 ítems. Estos evalúan los 18 EDTs propuestos por el modelo, los cuales se plantea están agrupados en los cinco Dominios antes descritos (Alfasfos, 2009). A su vez, cada escala (EDT) se compone de cinco ítems.

A diferencia de otras versiones, en el YSQ-S3 estos ítems están randomizados, lo cual ha generado cierto debate entre la perspectiva clínica (Sheffield & Waller, 2012) —la cual reclama la practicidad del método previo (ítems ordenados por EDTs)— y los investigadores quienes plantean una disminución del sesgo de respuesta al integrar los ítems de este modo (Rijkeboer, 2012).

Por otra parte, las versiones abreviadas del YSQ, se han considerado ventajosas respecto a las extensas en varios aspectos: (a) resultan más rápida de administrar, (b) son más puras factorialmente (dado que provienen de la selección de los mejores cinco ítems por EDT de la escala larga) y (c) son más factible de ser usadas en investigación. (Rovira, 2011b; Sheffield & Waller, 2012). Además, se ha visto que la validez y confiabilidad de las versiones largas y cortas ha sido equivalente (Cid, 2016; Oei & Baranoff, 2007; Rijkeboer, 2012; Rovira, 2011b).

Forma de administración y método de corrección

La administración del cuestionario en el ámbito clínico se compone de dos etapas. En primer lugar, se entrega el protocolo al paciente y se le solicita que valore en qué medida el ítem le describe, utilizando una escala de Likert de seis puntos que van desde: *1. Totalmente falso* y hasta *6. Me describe perfectamente* (Estévez y Calvete, 2007). La aplicación puede realizarse en el consultorio o puede asignarse como tarea. Usualmente el clínico lo administra en las primeras sesiones del tratamiento.

En la segunda etapa, el terapeuta recorre con el paciente aquellos ítems que puntuaron significativos o que se contradicen con otros aspectos de la evaluación, lo cual enriquece notoriamente el proceso (Young et al., 2013).

Respecto al método de corrección, hasta el momento no se han publicado manuales ni puntuaciones estandarizadas oficiales del YSQ-S3, por tanto, los procedimientos de puntuación han sido “informales” (Rijkeboer, 2012; Rovira, 2011b). No obstante, se aclara, que en algunos artículos se presentan valores de referencia para muestras específicas (Castrillón et al., 2005; Rijkeboer, 2012; Trip, 2006). A continuación, se mencionarán los tres métodos más utilizados.

Uno de los procedimientos empleados para puntuar al YSQ-S3 ha sido el de considerar la suma como unidades de los ítems donde el respondiente puntúa 5 y 6 en la escala Likert (Young et al., 2013). De esta forma se sumarían los resultados para cada EDT obteniendo un valor que supondría el valor 5 como puntaje máximo (ya que son 5 ítems por EDT). Se considera que este método proporciona una visión global del paciente ya que identifica los EDTs prominentes, sin embargo, limita la lectura global del perfil de EDTs.

Otro de los procedimientos, refiere al uso del puntaje medio de cada EDT, que parece reflejar de modo más adecuado el perfil de los EDTs del paciente (Sheffield & Waller, 2012). Se ha visto también, que algunos terapeutas emplean ambas correcciones. Por último, Rijkeboer, considerando los datos de su investigación (Rijkeboer, van den Bergh, & van den Bout, 2005), ha sugerido algunos puntos de corte específicos que indicarían que para la mayoría de los EDTs, las puntuaciones medias mayores a 2.5 son esperables para población clínica; a excepción de los EDTs de Autosacrificio y Metas Inalcanzables donde el criterio se aumenta al valor 3 (Rijkeboer, 2012; Rijkeboer et al., 2005).

Una vez identificados los EDTs, Young aconseja que el terapeuta le explique cuáles recibieron puntajes más elevados al paciente. En general esta instancia propicia la psicoeducación y es también un momento adecuado para observar si se hallaron perfiles disonantes o poco esperables acorde a la visión clínica (Young et al., 2013).

2.4.1 Estudios psicométricos del YSQ-S3

Como se mencionó previamente, en general los estudios sobre las propiedades psicométricas de las distintas versiones del YSQ han mostrado evidencias de validez y confiabilidad especialmente en lo que respecta a la medición de los EDTs (Hawke & Provencher, 2012; Oei & Baranoff, 2007; Rijkeboer, 2012; Rovira, 2011). Sin embargo, dichos estudios señalan que existe controversia respecto a la estructura factorial de segundo orden que organizaría a los EDTs en Dominios con un contenido común (Calvete, 2014; Hawke & Provencher, 2012; Rijkeboer, 2012).

A continuación, se detallarán los resultados obtenidos en una selección de estudios antecedentes que han empleado la versión del YSQ-S3, y que servirán de referencia para los análisis pertinentes a este trabajo. Pues este criterio de selección, si bien es limitado, responde a dos objetivos. En primer lugar, limitar la extensión que de otro modo resultaría difícil de abarcar adecuadamente; y, en segundo lugar, se considera que de esta forma las comparaciones resultarán más sólidas. No obstante, otras investigaciones han sido consideradas en los análisis, aunque aquí no se detallen.

Estudio de Soygüt et al. (2009)

Soygüt, Karaosmanoğlu, y Çakir (2009), realizaron un estudio en Turquía empleando una muestra universitaria ($N = 1071$). Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) empleando el método de análisis de los componentes principales (MCP) y se aplicó la rotación Equamax para determinar la validez de constructo de la escala. Inesperadamente la estructura de primer orden no apoyo los 18 EDTs que plantea el modelo, y únicamente 15 EDTs emergieron como factores separados. Pues, el EDT de Subyugación no fue incluido por su complejidad factorial y fue asociado teóricamente por los investigadores con los aspectos socioculturales subyacentes al constructo. Cabe destacar que el relativismo cultural puede contribuir a que un constructo no sea patológico en determinado contexto (Vinet, 2010). Volviendo al análisis de resultados, se observó que los EDTs de Apego y Dependencia integraron un mismo factor, y lo mismo ocurrió con Aislamiento Social y Desconfianza.

Respecto a la estructura de segundo orden hallada, se trató de la siguiente agrupación en cinco dominios: (a) Perjuicio en Autonomía: Apego-Dependencia, Abandono, Fracaso, Pesimismo y Vulnerabilidad al Daño, (b) Desconexión: Privación Emocional, Inhibición Emocional, Aislamiento Social-Desconfianza y Defectuosidad, (c) Metas Inalcanzables: Metas inalcanzables y Búsqueda de Aprobación, (d) Límites Insuficientes: Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol y (e) Orientación a Otros: Autosacrificio y Castigo. En términos de estabilidad temporal la confiabilidad test-retest ($N = 150$) fue considerada adecuada ($r = .66$ y $.83$). Asimismo, las escalas evaluadas tuvieron coeficientes alfa de Cronbach de entre $.63$ y $.88$. Por último, la validez externa del YSQ-S3 mostró una correlación baja-moderada con las escalas del Cuestionario de 90 Síntomas (SLC-90-R) de Ansiedad, Depresión, Sensibilidad Interpersonal e Índice de Severidad General (GSI).

Estudio de Rijo (2009)

La investigación de Rijo (2009), fue realizada en Portugal y estudió en primer lugar la validez de constructo del YSQ-S3 en una amplia muestra no clínica ($N = 1226$). Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el cual, usando todos los ítems, se estudió la estructura de primer orden. Los índices de ajuste obtenidos fueron adecuados mostrando evidencias de validez de los 18 EDTs para esa población. Respecto a la validez convergente, se hallaron relaciones significativas positivas con otros los indicadores psicopatológicos medidos con las escalas del Inventario de Síntomas Breve de Derogatis (BSI) y por el Inventario de Depresión de Beck (BDI). En una segunda parte del estudio, donde se analizaron también los resultados de una muestra clínica ($N = 115$), se observó que el YSQ-S3 fue capaz de discriminar mediante todas las escalas entre quienes pertenecían a la muestra clínica y quiénes no.

En el análisis de la muestra clínica se observó, aunque de forma más débil, que el instrumento pudo discriminar entre quienes pertenecían al Eje I y al Eje II. Por último, en lo que respecta a la asociación de perfiles de EDT con sintomatología clínica, se encontró que los EDTs que se asociaron de forma más significativa con la depresión (tanto en el BDI como en la escala Depresión del BSI) fueron en primer lugar Subyugación y Pesimismo.

Mientras que en segundo lugar otros EDTs asociados fueron: Fracaso, Defectuosidad, Aislamiento Social, Abandono, Dependencia, Vulnerabilidad y Privación Emocional. Por su parte, la dimensión de ansiedad fóbica del BSI presentó correlaciones destacadas con Defectuosidad, Dependencia, Subyugación, Vulnerabilidad al daño y Aislamiento Social.

Estudio de Saritas y Gençöz (2011)

Este estudio se basó en un AFE de las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en una muestra de 356 estudiantes de Turquía. Fue empleado el MCP con una rotación Varimax, para estudiar la estructura de segundo orden del modelo. De este análisis se obtuvo una solución factorial trifactorial que explicó el 54.72% de la varianza (siendo el primer factor el de mayor incidencia).

El modelo alternativo hallado presentó la siguiente agrupación de EDTs en dominios: (a) Límites insuficientes/Estándares exagerados: Grandiosidad, Búsqueda de Aprobación, Metas inalcanzables, Pesimismo, Insuficiente Autocontrol y Castigo, (b) Desconexión/Rechazo: Privación Emocional, Aislamiento Social, Defectuosidad, Inhibición Emocional, Desconfianza y Fracaso y (c) Perjuicio en la autonomía /Orientación a Otros: Subyugación, Dependencia, Apego Fusionado, Vulnerabilidad al Daño, Abandono y Autosacrificio. Los autores hallaron que los tres dominios se asociaron positivamente al distrés psicológico (validez convergente) medido a través de indicadores de ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado Rasgo o STAI-T) y de enojo (Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo o ANG-T). Desde la perspectiva de la hipótesis de la especificidad de contenido cognitivo, se observó que el dominio 1 de esta clasificación se asoció de modo más pronunciado con el enojo, mientras que el dominio 2 lo hizo con la ansiedad.

Estudio de Saariaho et. al (2012)

En el estudio realizado por Saariaho et al. (2012), se estudiaron las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en una muestra de pacientes con dolor crónico ($N = 271$) y una muestra de pacientes de grupo control ($N = 331$) de Finlandia. Los resultados del AFE mostraron dos estructuras factoriales diferentes para ambas muestras.

En primer lugar, se confirmó la estructura de 18 EDTs propuesta por Young (2003) únicamente para la muestra de pacientes con dolor crónico y se observó que la agrupación de segundo orden fue bifactorial para este grupo. Por su parte, la estructura de primer orden hallada para la muestra no clínica se compuso por 17 EDTs que se agruparon en tres factores de segundo orden o dominios. En este último caso, el EDT Abandono fue excluido debido a la complejidad factorial. Se destaca que esta última agrupación del grupo control, por no ser tan específica como la del grupo de pacientes con dolor crónico y dado que fue similar a otras soluciones halladas por otros autores, resultó de especial interés para el presente trabajo. La misma estuvo conformada por los siguientes tres dominios: (a) *Endangered* o en peligro: incluyó los EDTs del Dominio Perjuicio en Autonomía de Young (2003) unido a los EDTs de Defectuosidad, Negativismo, Subyugación e Insuficiente Autocontrol, (b) *Encumbered* o sobrecargado: Metas Inalcanzables, Búsqueda de Probación, Castigo y Autosacrificio y (c) *Lonely* o Solitario: Privación Emocional, Aislamiento Social, Inhibición Emocional y Desconfianza. Por último, respecto a la consistencia interna medida a través del coeficiente de alfa de Cronbach, se observó que en general las escalas del cuestionario obtuvieron valores satisfactorios ($\alpha \geq .70$).

Estudio de Hawke y Provencher (2012)

En este estudio, los investigadores, adaptaron la versión franco-canadiense del YSQ-S3 en una muestra de 973 participantes no clínicos y un grupo clínico de pacientes con trastornos del Eje I ($N = 96$). Se realizó un AFC utilizando el método de parcelamiento. Mediante el mismo se obtuvieron datos de validez para cada uno de los 18 EDTs, mientras que al someter los Dominios a AFC, se encontró que los Dominios Límites Insuficientes y Sobrevigilancia tuvieron un ajuste pobre. El resultado final para la confirmación total del modelo de Young (2003), obtuvo valores insuficientes por lo que no se pudo apoyar la validez de la estructura de segundo orden. Los resultados indicaron que 17 EDTs del YSQ-S3 fueron capaces de discriminar entre la muestra clínica y no clínica. Asimismo, se observó que todos los EDTs correlacionaron positivamente con los síntomas de depresión (medidos por el BDI), sin embargo, sólo 10 EDTs lo hicieron de manera más lábil ($r \leq .50$) con la ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck o BAI). Se hallaron algunos problemas respecto al EDT Grandiosidad la cual tuvo una baja consistencia interna y resultó ser no discriminador de patología.

Estudio de Calvete et. al (2013)

En el caso del estudio de Calvete, Orue, y González-Diez (2013), fue realizado en España con una muestra considerable de 971 estudiantes universitarios empleando la versión del YSQ-S3 adaptada por Cid y Torrubia (2007). El estudio se dividió en dos etapas. En una primera parte fue realizado un AFE, empleando el MCP y usando la rotación Varimax a fin de explorar la estructura de segundo orden. En la segunda etapa, fue realizado un AFC utilizando el método máxima verosimilitud (ML) y considerando la combinación de índices propuesta por Hu and Bentler (1999). Los resultados indicaron que la solución de primer orden, apoyo la existencia de 18 EDTs. Sin embargo, al explorar la solución de segundo orden obtuvieron una solución trifactorial tal había ocurrido en estudios previos (Calvete et al., 2005). En este caso los EDTs se agruparon del siguiente modo: (a) Dominio1: Autosacrificio, Búsqueda de Aprobación, Metas Inalcanzables, Pesimismo, Castigo y grandiosidad, (b) Dominio 2: Fracaso, Apego, Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Insuficiente Autocontrol, Abandono y Subyugación y (c) Dominio 3: Privación Emocional, Inhibición Emocional, Aislamiento Social, Defectuosidad y Desconfianza.

Posteriormente los investigadores realizaron un análisis comparativo con respecto a los siguientes modelos de agrupación de EDTs en Dominios de estudios precedentes (pueden verse en la Tabla 60 del Apéndice C): Young (2003), Lee, Taylor & Dunn (1999), Hoffart et al. (2005), Calvete et al. (2005) y Saritas and Gençöz (2011). Los resultados indicaron que la estructura de segundo orden fue similar para todos los modelos, sin embargo, las soluciones trifactorial resultaron en mejores índices de ajuste y parsimonia, siendo similares en sus resultados la solución de este estudio con la de Saritas y Gençöz (2011).

Respecto a la asociación de los EDTs con la sintomatología se observó que los síntomas depresivos (escala Depresión del SCL-90-R) se asociaron a los EDTs de Abandono, Privación Emocional, Defectuosidad, Aislamiento Social, Autosacrificio y Pesimismo. Mientras que la ansiedad (específicamente se evaluó la ansiedad social mediante el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos o SAQ-A30), se asoció principalmente con Búsqueda de aprobación e Inhibición Emocional, y de modo negativo con Grandiosidad. Este estudio es considerado de vital importancia ya que, en primer lugar, empleó la versión del instrumento en castellano y en segundo lugar porque integra todos los procedimientos para el estudio de la validez de constructo (AFE, AFC y la comparación de modelos).

Estudio de Lyrakos (2014)

Por su parte, el estudio realizado por Lykaros (2014), se propuso estudiar las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en una muestra no clínica, clínica ambulatoria y de pacientes hospitalizados de Grecia. En este estudio se hallaron evidencias de validez (AFC) para la estructura de primer orden del cuestionario, y se obtuvieron adecuados indicadores de consistencia interna en general. Al comparar a aquellos pacientes pertenecientes al grupo no clínico, con los del grupo de pacientes ambulatorios, todos los EDTs, fueron significativos mostrando valores superiores en el grupo de pacientes, aunque notándose que Autosacrificio era el que menos discriminaba.

Al comparar a la muestra no clínica con los pacientes hospitalizados, los datos fueron iguales, aunque mostrando un mayor tamaño del efecto tal era esperable. Por último, al comparar a los grupos clínicos entre sí, se observó que únicamente el EDTs de Inhibición Emocional fue significativo con un tamaño de efecto reducido, mostrando menos capacidad discriminativa entre estos grupos. Por último, la validez divergente fue testeada mediante la correlación negativa de las escalas con el constructo del Modo Niño Feliz y Adulto saludable (medidos por el Cuestionario de Modos o SMI).

Bach et al. (2015)

El estudio realizado por Bach et al. (2015b), empleó una muestra mixta compuesta por 567 participantes, siendo la sub-muestra clínica conformada por pacientes con Trastorno de la Personalidad ($n = 152$). El estudio de la validez de constructo mostró un ajuste aceptable, pero con índices bajos o límites, lo cual llevó a los autores a plantear que probablemente existan modelos alternativos al tradicional de Young (2003). Los autores obtuvieron evidencias de validez externa y coeficientes adecuados de confiabilidad en general. Se observó que el YSQ-S3 pudo discriminar entre los pacientes con Trastorno de Personalidad de los sujetos pertenecientes a la muestra no clínica, y establecer algunas asociaciones entre EDTs y los Trastornos de Personalidad específicos. Igualmente, se destacó que la capacidad de discriminación aplicaba más para el Dominio 1 de Desconexión/Rechazo a la hora de identificar pacientes con mayor severidad como ser quienes presentan Trastorno Límite de la Personalidad.

Otros datos relevantes obtenidos por Bach et al. (2015a) indicaron que el YSQ-S3, presentó correlaciones positivas con las medidas de psicopatología en lo que refiere específicamente a las escalas del YSQ-S3 y las dimensiones de personalidad evaluadas por el PID-5.

Modelo alternativo de Young (2014)

El modelo alternativo de Young (2014), ha sido incluido ya que, si bien no proviene de un estudio psicométrico publicado, se considera de relevancia. La estructura de segundo orden alternativa de Young (2014), proviene de una profunda revisión analítica de los estudios factoriales precedentes influida por la experiencia y el expertise del autor del modelo. No obstante, el autor le confiere un carácter de provisional al modelo ya que los EDTs que fueron agregados posteriormente, requieren de mayor investigación.

La agrupación provisional que surge de la revisión de estos datos es la siguiente: (a) Desconexión y Rechazo: Privación Emocional, Desconfianza, Inhibición Emocional, Defectuosidad y Aislamiento Social, (b) Perjuicio en Autonomía: Dependencia, Abandono, Vulnerabilidad al Daño, Apego, Fracaso y Subyugación, (c) Límites Insuficientes: Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, (d) Responsabilidad y Estándares Excesivos: Autosacrificio y Metas Inalcanzables y (e) Sin clasificar: Búsqueda de Aprobación, Pesimismo, y Castigo.

Estudio de Cordero y Tiscornia (2014)

Previo a resumir este apartado, se mencionarán algunos datos relevantes de un estudio no publicado (Cordero & Tiscornia, 2014) realizado con la versión española previa YSQ-SF en una muestra universitaria uruguaya. Si bien este estudio presentó diversas limitaciones referidas al acotado proceso de adaptación cultural y lingüística, resulta valioso mencionar los resultados ya que se trata de un antecedente local. Los resultados preliminares del AFE mostraron una agrupación muy similar a la planteada por el modelo de Young (2003). Asimismo, se observaron coeficientes moderados y altos de consistencia interna de las subescalas.

Síntesis de los estudios psicométricos del YSQ-S3

Tras el análisis de estos estudios, se observaron evidencias de validez y confiabilidad para YSQ-S3. Específicamente, se halló un ajuste adecuado para el modelo de 18 EDTs y una adecuada consistencia interna de los mismos. A su vez se obtuvieron evidencias de validez convergente y divergente (Rijkeboer, 2012). Por su parte, la validez de constructo asociada a la agrupación de EDTs en Dominios, aún no parece haber hallado una solución que resulte robusta, parsimoniosa y consistente entre los estudios (Calvete, 2014; Cid, 2016; Hawke & Provencher, 2012). Esto ha generado hipótesis acerca del cuestionamiento de la existencia de la estructura de segundo orden e incluso ha devenido en propuestas incipientes asociadas a un modelo bifactorial (Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter, & Hölzel, 2012). Por último, el YSQ-S3 ha sido capaz de discriminar entre los sujetos con psicopatología y quienes no la presentan (Bach et al., 2015b; Lyrakos, 2014; Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa 2009). Siendo además capaz de diferenciar a pacientes con distinto grado de patología, diferenciando por ejemplo entre pacientes del Eje I y II (Bach et al., 2015b; Riso et al., 2006) y entre pacientes ambulatorios y hospitalizados (Lyrakos, 2014).

Modelos seleccionados para el AFC

Para el presente trabajo, fueron seleccionados los modelos alternativos que surgieron de análisis exploratorios previos usando la versión del YSQ-S3, y que fueron descritos anteriormente.

Entre ellos se encuentran además del modelo tradicional de Young (2003): (a) Modelo de Young (2014), (b) Modelo de Saariaho et al. (2012), (c) Modelo de Saritas y Gençöz (2011) y (d) Modelo de Calvete et al. (2013). Sin embargo, el modelo de Soygüt et al. (2009), no se incluyó por dos razones: (a) a diferencia de los demás estudios no confirmó la solución de 18 EDTs, y (b) se observó que tres de sus dominios quedarían conformados por dos EDTs, lo cual podría ser complejo para el AFC, ya que se recomiendan tres indicadores por factor latente (Matsunaga, 2008). A continuación, los modelos se resumen en la Tabla 7.

Se menciona que en las investigaciones de las diversas versiones del YSQ, han surgido otros modelos de segundo orden que exceden este estudio. Sin embargo, a modo de ampliar la información se ponen a disposición en la Tabla 59 del Apéndice C.

Tabla 7

Modelos de segundo orden del YSQ-S3.

Autores	Modelo Teórico Young (2003)	Saritas & Gençöz (2011)	Saariaho et al. (2012)	Calvete et al. II (2013)	Modelo Young (2014)
Nº Dominios	5	3	3	3	5
Nº EDTs	18	18 (90)	17 (90)	18 (90)	18
<i>Abandono</i>	Desconexión	Autonomía-Otros	-	Autonomía	Autonomía
<i>Desconfianza</i>	Desconexión	Desconexión	Solitario	Desconexión	Desconexión
<i>Privación emocional</i>	Desconexión	Desconexión	Solitario	Desconexión	Desconexión
<i>Defectuosidad</i>	Desconexión	Desconexión	En peligro	Desconexión	Desconexión
<i>Aislamiento Social</i>	Desconexión	Desconexión	Solitario	Desconexión	Desconexión
<i>Dependencia</i>	Autonomía	Autonomía-Otros	En peligro	Autonomía	Autonomía
<i>Vulnerabilidad al daño</i>	Autonomía	Autonomía-Otros	En peligro	Autonomía	Autonomía
<i>Apego Fusionado</i>	Autonomía	Autonomía-Otros	En peligro	Autonomía	Autonomía
<i>Fracaso</i>	Autonomía	Desconexión	En peligro	Autonomía	Autonomía
<i>Grandiosidad</i>	Límites	Límites-Estándares	Sobrecargado	Factor III	Límites
<i>Insuficiente autocontrol</i>	Límites	Límites-Estándares	En peligro	Autonomía	Límites
<i>Subyugación</i>	Otros	Autonomía-Otros	En peligro	Autonomía	Autonomía
<i>Autosacrificio</i>	Otros	Autonomía-Otros	Sobrecargado	Factor III	Responsabilidad-Estándares
<i>Búsqueda Aprobación</i>	Otros	Límites-Estándares	Sobrecargado	Factor III	Inespecífico
<i>Pesimismo</i>	Sobrevigilancia	Límites-Estándares	En peligro	Factor III	Inespecífico
<i>Inhibición Emocional</i>	Sobrevigilancia	Desconexión	Solitario	Desconexión	Desconexión
<i>Metas Inalcanzables</i>	Sobrevigilancia	Límites-Estándares	Sobrecargado	Factor III	Responsabilidad-Estándares
<i>Castigo</i>	Sobrevigilancia	Límites-Estándares	Sobrecargado	Factor III	Inespecífico

2.4.2 Estudios del YSQ y variables sociodemográficas

A continuación, serán revisados datos de investigaciones precedentes, asociadas a las variables sociodemográficas y psicopatológicas. En este caso, teniendo en cuenta los estudios realizados con diversas versiones del YSQ, ya que los datos hallados son más restringidos.

EDTS y Edad

No se hallaron demasiados estudios que informasen acerca de la asociación entre los EDTs y la edad. En el estudio realizado por Cid (2015) empleando una muestra clínica, se indicó que los EDTs de Aislamiento Social, Apego Fusionado, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol se asociaron negativamente con la edad; aunque los coeficientes fueron bajos.

Datos similares se hallaron en la investigación de Hawke et al. (2009). En este caso los EDTs que se asociaron significativamente con la edad fueron Abandono, Búsqueda de Aprobación, Insuficiente Autocontrol, Dependencia, Inhibición Emocional, Grandiosidad, Fracaso y Metas Inalcanzables. Todos se relacionaron negativamente con la edad a excepción de Grandiosidad, sin embargo, el tamaño del efecto fue también pequeño en todos los casos.

Desde el punto de vista teórico existen algunos aspectos a considerar. En general la patología asociada a la personalidad está constituida por rasgos que se mantienen estables en el tiempo luego de la adolescencia (Millon, 2006). Asimismo, la definición de los EDTs incluye la idea de estabilidad temporal (Young et al., 2013). Desde esta perspectiva no se esperarían variaciones pronunciadas en relación a los EDTs y esta variable. Sin embargo, existe cierto debate y consideraciones específicas al respecto. Por un lado, se podría pensar que ciertos cambios madurativos podrían ser favorables, es decir que a medida que la persona madura, adquiriría un mayor dominio social, conciencia y estabilidad emocional, influyendo de manera positiva sobre un cuadro psicopatológico (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002).

En este sentido, se ha visto que en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, a partir de los 30 años el riesgo suicida va disminuyendo; al mismo tiempo que a partir de los 40 años se observa una disminución en la impulsividad (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002). Sin embargo, de manera inversa, se ha observado que las creencias disfuncionales de los pacientes se vuelven más extremas y rígidas con el transcurso del tiempo (Beck et al., 2005). Estos datos, estarían suponiendo que la variable edad podría ser significativa ante la presencia de rasgos específicos.

EDTS y sexo

A revisar los resultados previos respecto a los EDTs y esta variable, se encontró que los EDTs que mostraron puntuar más significativamente en los hombres fueron: Privación Emocional (Carr & Francis, 2010; Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard, & Martin, 2006; López Daza, Solano Cuellas, Álvarez Posada, & Villa Londoño, 2016), Insuficiente autocontrol (Lachenal-Chevallet et al., 2006), Desconfianza (Lachenal-Chevallet et al., 2006), Inhibición Emocional (Cazassa, 2007; Hawke & Provencher, 2012; López Pell, Rondón, Alfano, & Cellerino, 2012), Grandiosidad (Hawke & Provencher, 2012; López Pell et al., 2012) y Defectuosisdad (López Pell et al., 2012).

Mientras que se ha visto que para las mujeres fueron más recurrentes las puntuaciones significativas altas en los EDTs de Fracaso (López Pell et al., 2012; Welburn et al., 2002), Vulnerabilidad al Daño (López Pell et al., 2012), Apego Fusionado (López Pell et al., 2012; Welburn et al., 2002), Subyugación (López Pell et al., 2012), Autosacrificio (Cazassa, 2007; Cazassa & Oliveira, 2012b; Hawke & Provencher, 2012; Welburn et al., 2002), Abandono (Hawke & Provencher, 2012; Welburn et al., 2002) y Defectuosidad (Welburn et al., 2002).

Como era predecible, se hallaron pocos estudios en los cuales no se hallaran diferencias por sexo en los EDTs (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Yousefi & Shirbagi, 2010).

Respecto a este tema, podría decirse que los hombres tienden a presentar rasgos asociados, por un lado, a la emoción restringida (Privación Emocional e Inhibición Emocional); y por otro, a la falta de límites y al centrarse en sí mismo (Insuficiente Autocontrol y Grandiosidad).

En cambio, las mujeres tenderían a presentar EDTs asociados al plano de las relaciones interpersonales, el cuidado del otro y el apego (Vulnerabilidad al Daño, Apego Fusionado, Subyugación, Autosacrificio y Abandono).

Desde la teoría sociobiológica, esto sería consistente, ya que el hombre se representa bajo el estereotipo dominante, agresivo y territorial asociado a sus funciones más primitivas, mientras que la mujer se caracteriza por ser más social, amorosa y maternal (Millon, 2006).

EDTs y estudiantes universitarios

Algunos estudios realizados con estudiantes universitarios, han encontrado un perfil de EDTs en donde son recurrentes el predominio de los EDTs de Metas Inalcanzables (Lachenal-Chevallet et al., 2006; Rijkeboer et al., 2005; Shorey, Stuart, & Anderson, 2014), Autosacrificio (Lee et al., 2015) y Grandiosidad (Rijkeboer et al., 2005). Esto se asocia con estudiantes *overachieving* o con estándares de alto rendimiento. Un estudio realizado con universitarios halló una correlación positiva entre los estudiantes con el EDT de Metas Inalcanzables y el perfeccionismo (Caputto, Cordero, Keegan, & Arana, 2015).

2.4.3 Estudios del YSQ y psicopatología.

Varios estudios han sugerido que el YSQ presenta una alta sensibilidad para identificar psicopatología en general (Rijkeboer & van den Bergh, 2006; Saariaho et al., 2009; Schmidt et al., 1995) y psicopatología de la personalidad en particular (Bach et al., 2015b; Cid, 2016; Cordero & Tiscornia, 2008).

En un estudio realizado por Rijkeboer et al. (2005), se identificó que los EDTs de mayor poder discriminativo de patología eran, en primer lugar, Inhibición Emocional, seguidos por los EDTs Dependencia, Abandono, Privación Emocional, Defectuosidad y Desconfianza. Mientras que, por el contrario, Metas inalcanzables y Grandiosidad resultaban ser los menos discriminativos. Siendo esto coincidente con el estudio de Hawke y Provencher (2012) antes mencionado.

Por otra parte, se han observado perfiles de EDTs específicos para poblaciones clínicas con un diagnóstico o sintomatología puntuales, lo cual apoyaría la teoría de la vulnerabilidad cognitiva planteada por Beck (Calvete et al., 2013). A continuación, mencionaremos algunos datos relevantes de investigaciones.

EDTs y patología de la Personalidad

Según autores como Millon (2006), el estudio de los esquemas cognitivos en los diversos subtipos de personalidad proporciona información muy útil acerca de cómo las personas perciben los eventos, procesan la información, organizan sus pensamientos, comunican sus emociones y forman sus actitudes (Retzlaff, 1997; Young, 1999).

El YSQ en sus diversas versiones, ha sido útil a la hora de diferenciar a los pacientes con patología asociada al Eje I y II, siendo esto de vital importancia en ámbitos donde se requieren pruebas de screening (Bach et al., 2015b; Cid 2016; Lee et al., 1999; Mauchand et al., 2011). En general, las puntuaciones de la mayoría de las escalas resultan significativamente mayores para los pacientes del Eje II, sobre el Eje I. Por ejemplo, el grupo de Schmidt et al. (1995), encontró, que para las diferentes escalas del YSQ en su versión larga, todos los EDTs, a excepción de Vulnerabilidad al Daño y Subyugación, puntuaron más elevado para quienes presentaban un diagnóstico en el Eje II al compararlos con el Eje I.

Sin embargo, los datos disponibles no han sido tan sólidos respecto a la existencia de perfiles de EDTs específicos para los Trastornos de Personalidad (Cid, 2016).

Algunos estudios, como el de Arntz, Dietzel y Dreessen (1999), estudiaron la influencia de los patrones cognitivos en una muestra de pacientes con Trastornos de la Personalidad. Sus resultados dieron cuenta de la especificidad de los esquemas cognitivos, medidos por el Personality Disorder Beliefs Questionnaire (Dreessen & Arntz, 1995). Detectaron que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad mostraban perfiles diferenciales en los EDTs cuando eran comparados con personas diagnosticadas con Trastornos de Personalidad del Clúster C. No obstante, esto no fue corroborado en el estudio de Cid (2016), donde los pacientes del Clúster C, puntuaron más elevado que los del Clúster B. Jovev y Jackson (2004) llevaron adelante otro estudio en Australia sobre la especificidad de los EDT (primera versión del CEY) en una muestra pequeña de pacientes diagnosticados con Trastornos de Personalidad Límite, Obsesivo-Compulsivo y Evitativo. En este estudio se hallaron tres asociaciones relevantes. En primer lugar, se encontraron correlaciones altas entre los EDTs de Dependencia y Abandono con el paciente diagnosticado con Trastorno Límite de Personalidad. En segundo lugar, el EDT de Metas Inalcanzables se asoció con los pacientes con Trastorno de Personalidad Obsesivo. Mientras que el EDT de Inhibición Emocional se asoció con el Trastorno de Personalidad por Evitación.

Por su parte, en un estudio realizado por Bach et al. (2015a) se halló que los rasgos del PID-5, explicaban un 89.4% de la varianza de los constructos de la Terapia de Esquemas sugiriendo que son modelos muy similares. Asimismo se visualizó una coherencia conceptual entre los mismos, por ejemplo al verse que el dominio Desinhibición del PID-5, se asoció con el EDT de Insuficiente Autocontrol, o el dominio de Afecto Negativo con el EDT de Abandono (Bach et al., 2015a).

Los datos relevados, parecen indicar que el YSQ, resulta un buen instrumento a la hora de diferenciar población con patología de la personalidad respecto de pacientes con otros trastornos. Asimismo, se ha observado que los EDTs, evalúan constructos de la personalidad de modo dimensional y similar al nuevo paradigma de la personalidad presentado por el DSM-5. Sin embargo, la especificidad por Trastorno de Personalidad aun no logra presentar perfiles sólidos lo cual probablemente este asociado a que existen múltiples formas de presentar un mismo diagnóstico mediante las clasificaciones categoriales (Millon, 2006).

EDTs y Estado de Ánimo

Dentro del moldeo Cognitivo-Conductual, se plantea que algunos de los esquemas específicos de las personas depresivas están focalizados principalmente en contenidos asociados a las pérdidas, al fracaso, a la baja sensación de realización y a una visión negativa sí mismos y del futuro (Beck & Alford, 2009). El depresivo tiende a interpretar las experiencias en términos de privaciones o de derrotas irreversibles, viéndose como un “perdedor” (Beck & Alford, 2009). Por tanto se esperaría hallar EDTs específicos focalizados principalmente en temas de pérdida, fracaso e incapacidad en los logros (Vélez, Casadiegos-Garzón, & Sánchez-Ortíz, 2009).

Si bien resulta difícil realizar una adecuada comparación entre los estudios —ya que poseen muestras diversas y han empleado versiones diferentes de YSQ— se ha observado una asociación estrecha entre los síntomas depresivos y el EDT de Defectuosidad (Petrocelli, Glaser, Calhoun, & Campbell, 2001; Saariaho et al., 2012; Schmidt et al., 1995; Shah & Waller, 2000; Waller, Meyer, & Ohanian, 2001). En una investigación realizada por Petrocelli et al. (2001), se observó el papel de los EDTs (YSQ-SF) como variables mediacionales entre la personalidad autodestructiva (MCMI-II) y la depresión clínica (BDI y SCL-90-R) en una muestra clínica ambulatoria.

Fue planteada la hipótesis de que existe una vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión que puede ser explicada mediante los EDTs. La evidencia mostró que los EDTs de Abandono y de Defectuosidad eran los mejores predictores de la depresión en estos pacientes. Los autores mencionaron la importancia preventiva que podría derivarse del estudio de los EDTs como formas de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la psicopatología.

Por su parte, en una revisión realizada por Oei y Baranoff (2007), donde estudio el valor predictivo del YSQ para la depresión y/o los síntomas depresivos (evaluados prioritariamente a través del BDI), se encontró que los EDTs más significativos fueron además de Defectuosidad, los EDTs de Dependencia, Fracaso y Vulnerabilidad al Daño. Estos datos fueron muy similares a los obtenidos en un estudio realizado con una muestra clínica en España (Cid, 2016). En otra revisión acerca de la relación de los EDTs con los síntomas depresivos, se manifestó nuevamente la estrecha relación que presenta el EDT de Defectuosidad, y se incorporó como relevante al EDT de Insuficiente Autocontrol (Hawke & Provencher, 2011).

En general, se ha visto que los Dominios de Desconexión y Rechazo, Perjuicio en la Autonomía y Límites Insuficientes, también han mostrado ser relevantes a la hora de predecir los trastornos afectivos (Calvete et al., 2014). Por su parte, el estudio de Saariaho et al. (2012) indicó que el dominio identificado como *Loser* en su clasificación bifactorial (que incluye la mayoría de los EDTs de los Dominios 1 y 2 de Young, 2003) era el que más se asociaba con la depresión.

Por último, se halló que los pacientes con Trastorno de Estado de Ánimo, puntuaban más elevado en el total del YSQ-SF, al ser comparados con pacientes con Trastorno de Ansiedad, Conductas Adictivas y otros trastornos (Cid, 2016).

EDTs y Ansiedad

Al indagar en la relación existente entre los EDTs y la ansiedad, se identifica rápidamente el EDTs de Vulnerabilidad al Daño, ya que en su propia definición presenta elementos del ámbito fóbico y de la preocupación generalizada que resultan comunes a varios Trastornos de Ansiedad tal fue hallado en varias investigaciones (Cockram, Drummond, & Lee, 2010; Glaser, Campbell, Calhoun, Bates, & Petrocelli, 2002; Welburn et al., 2002, Vélez et al., 2009).

En un estudio piloto realizado en Uruguay con una muestra clínica pequeña (Cordero & Tiscornia, 2008), se hallaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la Escala Fóbica del MCMI-II y los EDT Defectuosidad, Subyugación, Fracaso, Aislamiento Social y Vulnerabilidad al daño.

En otros estudios, se observaron datos más específicos. Por ejemplo, el Trastorno de Ansiedad Generalizada fue asociado en particular con el EDT de Metas Inalcanzables lo cual teóricamente resulta adecuado ya que también es un constructo caracterizado por la presión puesta en los logros (Londoño, 2011).

Por su parte, en un estudio realizado en una muestra clínica, se encontró que los pacientes ansiosos al ser comparados con los pacientes con Trastorno por Dependencia al Alcohol, estos puntuaban más alto en los EDTs de Desconfianza, Vulnerabilidad al Daño y Metas Inalcanzables (Cid, 2016).

Los datos recabados, indicarían un perfil un tanto más homogéneo para los pacientes con ansiedad, donde el EDT característico es el de Vulnerabilidad al daño.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, los datos aquí presentados fueron la base teórica y de referencia de investigaciones previas que determinaron el planteo de objetivos e hipótesis mencionadas. A continuación, en el Capítulo III, se planteará la metodología por medio de la cual se: (a) estudiarán las propiedades psicométricas del YSQ-S3, (b) se validarán los constructos que plantea el modelo de la Terapia de Esquemas, (c) se describirán las características principales de las muestras uruguayas en cuestión y (d) se buscarán las asociaciones entre EDTs y otras variables sociodemográficas y psicopatológicas que se sustentaron en los estudios aquí presentados.

Capítulo III: Metodología

En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos tomados en consideración para la realización de la investigación.

3.1 Tipo de Estudio y Diseño

Se enmarcó el estudio en un diseño no experimental, selectivo y de tipo transversal. Se plantearon objetivos de índole descriptiva e inferencial, que incluían análisis correlacionales, de diferencias entre grupos y explicativos.

3.2 Instrumentos de Recolección de Datos

En la Tabla 8, se resumen los datos esenciales de los instrumentos empleados en este estudio que pueden verse en el Protocolo de Recolección de Datos (Apéndice A). Cabe mencionar que la disposición de los materiales se fundamentó principalmente en dos criterios. El primero consistió en colocar las pruebas de mayor interés investigativo al inicio para garantizar la mayor atención posible en la respuesta. Disponiendo al final aquellos instrumentos con reactivos que requerían de menor implicación emocional por parte del evaluado —por ejemplo, MHC-SF y ficha sociodemográfica—.

A continuación, se destinará para cada uno de los instrumentos un apartado especificando: la razón de su inclusión en este trabajo, su descripción general, la modalidad de respuesta, el constructo que evalúa y un resumen de sus propiedades psicométricas.

Tabla 8

Resumen instrumentos de la investigación.

Orden	Nombre original	Nombre en castellano	Sigla	Autor original	Autor adaptación	Objetivo	Procedimientos
1 ^{ero}	Young Schema Questionnaire Short Form 3	Cuestionario de Esquemas de Young - Versión Reducida 3	YSQ-S3	Young (2005)	Cid y Torrubia (2007)	1 ^{ario}	Juicio experto, lingüista, piloto y estudio propiedades psicométricas.
2 ^{do}	Personality Inventory DSM-5 Brief Form	Inventario de Personalidad del DSM-5	PID-5 BF	Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol (2013)	-	2 ^{rio}	Traducción, juicio experto, lingüista y AFE/AFC.
3 ^{ro}	Listado de Síntomas Breve 50	Listado de Síntomas Breve 50	LSB-50	De Rivera y Abuín (2012)	de la Iglesia, Stover, Castro Solano y Fernández Liporace (2015)	2 ^{rio}	Consistencia interna de la escala y subescalas empleadas y AFC.
4 ^{to}	Personality Belief Questionnaire Short Form	Cuestionario de Creencias de Personalidad Versión Breve	PBQ-SF	Beck y Beck (1991)	Londoño et al (2012) Daguerre, Cordero y Costa-Ball (2015)	2 ^{rio}	AFC y Consistencia interna total.
5 ^{to}	Mental Health Continuum Short Form	-	MHC-SF	Keyes (2005)	Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano y Keyes (2016)	2 ^{rio}	Juicio experto, lingüista y estudio propiedades psicométricas (AFE/AFC).
6 ^{to}	-	Ficha Sociodemográfica	-	Elaboración propia	-	-	-

3.2.1 Cuestionario de Esquemas de Young - Versión Reducida 3 (YSQ-S3)

Este instrumento se incluyó como objeto central de estudio de esta tesis para llevar a cabo el análisis de sus propiedades psicométricas en Uruguay. La primera versión del YSQ-SF fue desarrollado por Jeffrey Young (2005) y para este escrito se ha empleado la tercera versión reducida, adaptada para España por Cid y Torrubia (2007).

El YSQ-S3 es un instrumento de autoinforme indicado para mayores de 18 años. Se compone de 90 ítems que evalúan los 18 EDTs que representan una de las clasificaciones principales de la Terapia de Esquemas. En esta versión, los cinco reactivos que componen a cada EDT están distribuidos aleatoriamente —a diferencia de otras versiones—. La gradación ofrece una puntuación basada en una escala Likert de seis puntos con un rango de respuesta que oscila entre 1 (*totalmente falso*) y 6 (*me describe perfectamente*). En el Capítulo II (apartado 2.3.3), han sido descriptos los 18 EDTs, correspondientes a cada una de las escalas del cuestionario.

Diferentes estudios han mostrado que el instrumento presenta una adecuada consistencia interna que fluctúa entre valores de alfa de Cronbach de .73 (Calvete, Estévez, López de Arroyabe & Ruiz, 2005) y hasta .88 (Cui et al., 2011). También presenta una satisfactoria fiabilidad y validez predictiva respecto a la psicopatología (Calvete et al., 2005; Hoffart et al., 2006; Lachenal-Chevallet et al., 2006; Oei & Baranoff, 2007; Thimm, 2010).

En un estudio realizado en Uruguay en el 2014 se aplicó el YSQ-SF en su versión adaptada para España (YSQ-SF; Young & Brown, 1994; adaptado al contexto español por Cid, Tejero & Torrubia, 1997) de 75 ítems a una muestra universitaria (Cordero & Tiscornia, 2014). Estos análisis confirmaron una buena consistencia interna para el total de la escala ($\alpha = .93$) y para los 15 EDTs con valores de alfa de Cronbach que oscilaron entre .76 y .92.

Pese a tratarse de una versión previa y considerando las limitaciones lingüísticas del caso, se procedió a realizar un AFE (rotación Oblimin) con dicha muestra ($N = 527$) para obtener datos preliminares que sirvieron de antecedentes y orientaron la presente investigación. Dicho AFE, resultó viable ($KMO = .923$; $p < .000$) y satisfactorio para 66 de los 75 ítems totales, los cuales tuvieron un adecuado pesaje en los EDTs correspondientes.

La mayoría de los ítems con complejidad estaban incluidos en la escala Defectuosidad. Se llevó un registro de los ítems con complejidad para comparar los resultados.

Si bien este estudio presentó limitaciones respecto a la versión empleada, se observó que los resultados apoyaban la estructura propuesta por el modelo teórico tradicional de Young (2003). Razón adicional que apoyó el uso del AFC para el presente trabajo.

Cabe señalar que, tras realizar los procedimientos correspondientes a la adaptación lingüística —juicio experto, juez lingüista y prueba piloto—, se confeccionó la primera versión depurada de la prueba. En esta versión —como se detallará posteriormente— se realizaron modificaciones en la redacción de la consigna, la escala Likert y diversos ítems a fin de mejorar la validez aparente y de contenido. Dicha versión fue sometida —en la segunda etapa de depuración— a los pertinentes estudios psicométricos en la muestra universitaria y clínica, a modo de completar los objetivos específicos del presente trabajo.

3.2.2 Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5 BF)

Este inventario fue incluido a fin de poder estudiar la validez convergente del cuestionario principal de la investigación.

El PID-5 en su formato abreviado para adultos (Krueger, Derringer, Watson & Skodol, 2010) consiste en una medida fundada en el modelo dimensional de la personalidad que plantea la existencia de 25 rasgos que se agrupan en 5 dominios (Esbec & Echeburúa, 2014).

El instrumento es autoadministrable y se compone de 25 ítems que evalúan únicamente los 5 dominios de personalidad establecidos por el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2014). Emplea una escala Likert con cuatro opciones posibles de respuesta (0 = *siempre falso*; 1 = *a veces falso*; 2 = *a veces cierto*; 4 = *siempre cierto*).

A continuación, se describen las cinco subescalas que lo componen:

- **Afecto negativo:** En oposición a la estabilidad emocional, este dominio incluye experiencias frecuentes e intensas de emociones negativas y sus correspondientes consecuencias conductuales e interpersonales. Se incluyen rasgos como ser la ansiedad, sumisión e inestabilidad emocional entre otros.
- **Desapego:** Se caracteriza por el predominio de la evitación emocional y/o social, por lo que se representa como la contracara de la extraversión. Algunos de los rasgos que lo representan son la anhedonia, el afecto restringido y la suspicacia.

- Antagonismo: Se caracteriza por la presencia de conductas de conflicto en lo interpersonal, por lo que se contrapone al atributo de amabilidad. Se incluyen rasgos, como por ejemplo la manipulación, falsedad y búsqueda de atención.
- Desinhibición: Predomina una manifiesta orientación a la satisfacción inmediata que no tiene en cuenta los aprendizajes previos ni las consecuencias futuras. Incluye rasgos, como ser la impulsividad y tendencia al riesgo.
- Psicoticismo: Se caracteriza por la presencia de diversas conductas y cogniciones incongruentes, inusuales o excéntricas opuestas a la lucidez. Uno de los rasgos característicos es la desregulación cognitiva y perceptiva.

Este instrumento cuenta con un creciente número de estudios psicométricos que han aportado evidencias sobre su confiabilidad y validez (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016); y ha sido comparado con otras escalas que evalúan rasgos de personalidad mostrando una buena validez convergente (Esbec & Echeburúa, 2014; Ormulación, 2008). Como se mencionó previamente, en un estudio realizado por Bach et al. (2015), se investigó la relación entre los rasgos y dominios correspondientes a esta nueva conceptualización de la personalidad con los constructos de la Terapia de Esquemas. Los principales hallazgos señalaron una gran congruencia en ambos sistemas de conceptualización de la personalidad (Bach et al. 2015a).

Debido a que, al momento de realizada la investigación, no se contaba con la versión en castellano adaptada para Uruguay, y como objetivo secundario a este trabajo, el cuestionario fue sometido a doble traducción, juicio experto, estudio piloto y estudios factoriales exploratorios y confirmatorios, los cuales aportaron evidencias de validez. Por último, se estudió la consistencia interna del mismo (ver apartado 4.2.1 del Capítulo IV).

3.2.3 Listado de Síntomas Breve 50 (LSB-50).

Esta prueba se incluyó en el estudio como otra medida para establecer la validez convergente del YSQ-S3, utilizando el puntaje total de la escala y la subescala *Índice de Riesgo Psicopatológico*. Asimismo, se emplearon las escalas de validez *Minimización* y *Magnificación* para permitir una mejor interpretación de los resultados teniendo en cuenta posibles sesgos de respuesta. También se incluyeron las escalas de *Ansiedad* y *Depresión* para el estudio de la relación del YSQ-S3 con la sintomatología clínica.

La versión empleada del LSB-50 (de Rivera & Abuín, 2012) fue la adaptada para población argentina (de la Iglesia, Fernández Liporace, & Castro Solano, 2015). Se trata de una escala autoadministrable de 50 afirmaciones y las respuestas se proporcionan mediante una escala Likert de 5 puntos, que oscila entre 0 (*si no ha tenido esta molestia en absoluto*) y 4 (*si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente*).

El LSB-50 tiene por finalidad identificar y valorar síntomas psicológicos y psicopatológicos. Esta sintomatología clínica (que se corresponde con las escalas evaluadas) incluye la psicoreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, alteraciones en el sueño, así como índice de riesgo psicopatológico, escalas de validez e índices generales.

Se resumen a continuación las escalas utilizadas en este estudio:

- Minimización (escala de validez): Indica si la persona minimiza la frecuencia o intensidad de los síntomas que presenta. Puede sugerir un intento consciente o inconsciente de dar una imagen favorable de sí mismo (deseabilidad social). Los 8 ítems de esta escala incluyen un conjunto de síntomas que suelen aparecer con una frecuencia mayor del 50% en la muestra de población general (p. ej., "me siento triste"), es decir, más del 50% de los evaluados responden que presentan dicho síntoma al menos "un poco"(Abuín & de Rivera, 2014).
- Magnificación (escala de validez): Indica si el evaluado puntúa de forma sobrevaluada las puntuaciones. Puede asociarse a la simulación, rasgos específicos de psicopatología grave o intentos de pedir ayuda o llamar la atención. Los 8 ítems de la escala Magnificación, sin embargo, tienen bajas frecuencias de respuesta, tanto en población general como incluso en la población clínica psicopatológica (Abuín & de Rivera, 2014).
- Ansiedad: Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a el predominio de temores y miedos irracionales.
- Depresión: Evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.

- Índice de Riesgo Psicopatológico (IRPsi): Es un indicador predictivo para la inclusión del evaluado en una población con psicopatología.

Dicha técnica fue adaptada para la población argentina, donde demostró un buen ajuste para la estructura de siete factores que evalúan sintomatología clínica al obtenerse buenos niveles de consistencia interna para los mismos y al confirmarse la estructura unidimensional en una muestra de 1.003 adolescentes argentinos (de la Iglesia, Solano, & Fernández Liporace, 2016). Asimismo se obtuvieron similares resultados para una muestra de 994 adultos argentinos, proporcionando mayores evidencias acerca de la validez y confiabilidad del instrumento (de la Iglesia, Stover, Fernández Liporace, & Castro Solano, 2016).

Para este estudio —a modo de objetivo secundario— se procedió a realizar un AFC de la estructura unidimensional del mismo (véase el inciso 4.4.2 del Capítulo IV). Posteriormente se analizó la consistencia interna total del inventario, así como de las escalas implicadas en los objetivos del estudio: *Minimización, Magnificación, Ansiedad, Depresión y el Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)*.

3.2.4 Cuestionario de Creencias de Personalidad Versión Corta (PBQ-SF).

Este instrumento se incluyó a fin de proporcionar evidencia complementaria acerca de la validez convergente del instrumento principal del estudio.

El PBQ-SF fue desarrollado por Beck y Beck (1991) y en este estudio se partió de la versión en castellano de Londoño et al. (2012) que posteriormente fue sometida a análisis lingüísticos y estudios psicométricos en una muestra universitaria Uruguaya, donde demostró tener propiedades adecuadas (Daguerre et al., 2015).

Se trata de un instrumento de autoinforme que se compone de 65 reactivos, los cuales miden el grado con que una persona se identifica con ciertas creencias vinculadas con los Trastornos de personalidad. El tipo de respuesta es escalonada en formato Likert, con cinco opciones que van desde 4 (*lo creo totalmente*) y hasta 0 (*no lo creo nada*).

En el estudio de las propiedades psicométricas del PBQ-SF en una muestra universitaria uruguaya ($N = 523$) realizado por Daguerre et al. (2015), se observó que el PBQ-SF presentó un adecuado comportamiento de los reactivos. El ítem 53 fue el único que, con un índice de homogeneidad corregida limítrofe, aunque no fue eliminado.

El instrumento mostró tener un adecuado nivel de consistencia interna para sus diversas escalas (alfa de Cronbach entre .73 y .85) y una adecuada estructura indagada mediante un AFE (Daguerre et al., 2015).

Para el presente trabajo —debido a que no se indagarían las escalas individualmente— se procedió a realizar un AFC agrupando los 10 factores en una única dimensión asociada a los trastornos de personalidad y posteriormente se calculó la consistencia interna del total de la escala que se desarrollará en el inciso 4.2.3 del Capítulo IV.

3.2.5 Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF).

El MHC-SF fue incluido dentro de este estudio a fin de evaluar la validez divergente del cuestionario central, ya que evalúa el bienestar dentro del continuo de la salud mental desde el enfoque de la Psicología Positiva (Michalec & Keyes, 2012).

Este instrumento ha sido desarrollado en su formato abreviado original por Keyes (2005), basado en la versión extensa también de su autoría. Se utilizó la versión en castellano empleada para su adaptación en Argentina (Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano & Keyes, 2016). La cual se compone de 14 ítems que se responden en una escala Likert compuesta de 6 posiciones que van de *nunca* a *todos los días*. Incluye 3 subescalas que evalúan la percepción subjetiva de Bienestar Emocional (3 ítems), Bienestar Psicológico (6 ítems) y Bienestar Social (5 ítems).

Para este instrumento se han encontrado valores apropiados de confiabilidad ($\alpha \geq .80$) para todas las subescalas y la escala total (Guo et al., 2015; Machado & Bandeira, 2015). En un estudio realizado en Argentina (Lupano Perugini et al., 2016), se estudiaron las propiedades psicométricas del MHC-SF en una muestra de adultos argentinos ($N = 1.300$) donde se evaluaron los 14 ítems que componen las 3 escalas del cuestionario. De la misma manera, se estudió la validez convergente y divergente; y se condujeron AFC de validación cruzada, de invariancia factorial y correlaciones con criterios externos. Los resultados mostraron un grado de consistencia interna satisfactorio ($\alpha = .89$), una buena validez externa, y un adecuado ajuste del modelo trifactorial propuesto, que se mostró invariante ante las variables edad y sexo. Siendo considerado un instrumento válido y confiable a nivel de la población argentina.

Debido a que la adaptación para Argentina estaba en curso, al momento de ser utilizada en este estudio, la versión fue analizada por una lingüista bilingüe cotejando la traducción en castellano con la original en inglés. Posteriormente se procedió a realizar el procedimiento de juicio a expertos y estudio piloto siguiendo el mismo lineamiento que para el PID-5 BF.

Por último, la versión fue sometida a estudios de AFE y AFC, así como de consistencia interna a fin de reafirmar la validez y confiabilidad de los resultados en Uruguay como se detallará en el apartado 4.2.4 del Capítulo IV.

3.2.6 Encuesta sociodemográfica y sobre datos de salud mental.

Dicha encuesta (disponible en Apéndice A) se diseñó para relevar datos sobre el sexo, la edad, el tipo de carrera en curso y el año de cursada de los participantes al momento de la evaluación. Además, indagó el estado civil, la situación laboral y el nivel socioeconómico. Este último indicador se generó a partir de las preguntas correspondientes al *Índice de Nivel Socioeconómico* (INSE) reducido, planteado por el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE) de Uruguay (Llambí & Piñeyro, 2012).

Finalmente se preguntó sobre la concurrencia previa o actual tanto al psicólogo como al médico psiquiatra, por ser variables que connotan relevancia para este estudio. La versión para pacientes incluyó preguntas extra respecto al diagnóstico y la toma de psicofármacos.

3.3 Operacionalización de las Variables

A continuación, en la tabla 9, se detalla la operacionalización de las variables.

Tabla 9
Operacionalización de variables, nivel de medición y rango.

YSQ-S3 (Likert 1-6)			
Dominios y EDTs	Ítems	Nivel medición	Rango
Dominio 1	<i>Sumatoria</i>	Escalar	25-150
1 <i>Abandono</i>	2,20,38,56,74	Escalar	5-30
2 <i>Desconfianza</i>	3,21,39,57,75	Escalar	5-30
3 <i>Privación Emocional</i>	1,19,37,55,73	Escalar	5-30
4 <i>Defectuosidad</i>	5,23,41,59,77	Escalar	5-30
5 <i>Aislamiento Social</i>	4,22,40,58,76	Escalar	5-30
Dominio 2	<i>Sumatoria</i>	Escalar	20-120
6 <i>Dependencia</i>	7,25,43,61,79	Escalar	5-30
7 <i>Vulnerabilidad al Daño</i>	8,26,44,62,80	Escalar	5-30
8 <i>Apego Fusionado</i>	9,27,45,63,81	Escalar	5-30
9 <i>Fracaso</i>	6,24,42,60,78	Escalar	5-30
Dominio 3	<i>Sumatoria</i>	Escalar	10-60
10 <i>Grandiosidad</i>	14,32,50,68,86	Escalar	5-30
11 <i>Insuficiente Autocontrol</i>	15,33,51,69,87	Escalar	5-30
Dominio 4	<i>Sumatoria</i>	Escalar	15-90
12 <i>Subyugación</i>	10,28,46,64,82	Escalar	5-30
13 <i>Autosacrificio</i>	11,29,47,65,83	Escalar	5-30
14 <i>Búsqueda de Aprobación</i>	16,34,52,70,88	Escalar	5-30
Dominio 5	<i>Sumatoria</i>	Escalar	20-120
15 <i>Pesimismo</i>	17,35,53,71,89	Escalar	5-30
16 <i>Inhibición Emocional</i>	12,30,48,66,84	Escalar	5-30
17 <i>Metas Inalcanzables</i>	13,31,49,67,85	Escalar	5-30
18 <i>Castigo^a</i>	18,36,54,72,90	Escalar	5-30
PID-5 BF (Likert 0-3)			
Dominios Personalidad	Ítems	Nivel medición	Rango
<i>Puntaje total</i>	<i>Sumatoria total ítems</i>	Escalar	25-150
1 <i>Afecto Negativo</i>	8,9,10,11,15	Escalar	0-60
2 <i>Desapego</i>	4,13,14,16,18	Escalar	5-30
3 <i>Antagonismo</i>	17,19,20,22,25	Escalar	5-30
4 <i>Desinhibición</i>	1,2,3,5,6	Escalar	5-30
5 <i>Psicoticismo</i>	7,12,21,23,24	Escalar	5-30
LSB-50 (Likert 0-4)			
Escalas (sólo las usadas)	Ítems	Nivel medición	Rango
<i>Puntaje total</i>	<i>Sumatoria total ítems</i>	Escalar	0-200
<i>Minimización</i>	2,4,9,11,12,13,30,49	Escalar	0-32
<i>Magnificación</i>	5,10,17,22,26,29,42,46	Escalar	0-32
<i>Índice Riesgo Psicopatológico</i>	5,1,18,22,25,29,31,32,34,42,47,50	Escalar	0-48
<i>Ansiedad</i>	4,10,18,22,25,34,35,47,50	Escalar	0-36
<i>Depresión</i>	2,1,17,21,28,32,37,39,42,49	Escalar	0-40
PBQ-SF (Likert 0-4)			
Escalas (sólo las usadas)	Ítems	Nivel medición	Rango
<i>Puntaje total</i>	<i>Sumatoria total ítems</i>	Escalar	0-260
MHC-BF (Likert 0-5)			
Bienestar	Ítems	Nivel medición	Rango
<i>Puntaje total</i>	<i>Sumatoria total ítems</i>	Escalar	0-70
1 <i>Emocional</i>	1,2,3	Escalar	0-15
2 <i>Social</i>	4,5,6,7,8	Escalar	0-25
3 <i>Psicológico</i>	9,10,11,12,13,14	Escalar	0-30

3.4 Procedimiento

En este apartado se desarrollarán los aspectos vinculados a las autorizaciones solicitadas, la preparación de materiales de administración, la recolección de datos y el proceso de análisis de los mismos.

3.4.1 Solicitud de autorizaciones y aspectos éticos

En primer lugar, como se recomienda para las adaptaciones de los tests (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013), se solicitaron las autorizaciones a los respectivos autores tanto en las versiones originales como en las adaptaciones al castellano.

En segundo lugar, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay, para lo cual se confeccionó el modelo de consentimiento informado el cual que debió ser aprobado.

En tercer lugar, se gestionó la coordinación con los docentes y/o personas responsables de las clases donde se aplicarían las técnicas.

3.4.2 Preparación de instrumentos

A continuación, se describen los procedimientos a los cuales fueron sometidos cada uno de los instrumentos utilizados. El fin de estos estudios fue revisar y promover la calidad psicométrica considerada pertinente, acorde a los requerimientos y publicaciones precedentes sobre los mismos.

YSQ-S3: Juicio experto

En primer lugar, la versión española del instrumento (Cid, 2006), de acuerdo a las recomendaciones de Tornimbeni et al. (2004), fue sometida a un estudio de validez de contenido con la valoración de seis jueces expertos atendiendo a los siguientes aspectos:

- Claridad semántica y adecuación del lenguaje al contexto sociocultural.
- Congruencia del ítem con la variable medida.
- Congruencia de los EDTs con el dominio al que pertenecen.

Se procuró establecer un criterio para la convocatoria de jueces expertos que avalase la calidad de los resultados (Damásio, Borsa & Koller, 2014; Robles & del Carmen, 2015).

Se invitó a aquellos psicólogos clínicos Cognitivo-Conductuales (con una formación de más de dos años), que presentasen alguna formación sobre la Terapia de Esquemas y que se encontrasen familiarizados con el uso de alguna versión del YSQ en su proceder clínico. Se convocaron diez colegas de Uruguay que cumplieran con los criterios, y se obtuvo respuesta de parte de seis de ellos, lo que se consideró un número adecuado (Escurra, 1988).

A continuación se detallan los pasos seguidos sugeridos por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008):

En primer lugar, se les solicitó realizar el emparejamiento de cada ítem con el respectivo EDT al cual pertenecía, en una planilla diseñada para tal fin. En segundo lugar, se les solicitó que emparejasen cada uno de los EDTs con el correspondiente Dominio (como aporte para la validez de constructo junto con los estudios factoriales). Se agregaron opciones de preguntas abiertas para relevar información cualitativa de la consigna, el formato, la escala Likert y el contenido de los ítems.

Mediante este procedimiento se estableció el criterio para la validez de contenido basada en un proceso multimétodo (Pedrosa, Suárez-Álvarez & García-Cueto, 2014). Por un lado, se incluyó a nivel cuantitativo el grado de acuerdo interjueces establecido por los coeficientes V de Aiken, mediante los cuales se pusieron en duda aquellos ítems con coeficientes menores a .60 (Herrera Rojas, 1993). Por otro, se incorporaron las sugerencias de los aportes de los expertos.

YSQ-S3: Prueba piloto.

A fin de estudiar la validez aparente, se sometió la versión depurada a un estudio piloto realizado en 4 aplicaciones grupales en donde participaron un total de 25 sujetos (15 estudiantes universitarios y 10 pacientes). Tras completar el instrumento se invitó a los participantes a discutir sobre el contenido de los ítems, el formato de respuesta y la claridad de la consigna.

YSQ-S3: Análisis lingüístico.

A posteriori se llevó a cabo un análisis lingüístico por parte de una licenciada en Psicología con formación en Lingüística y profesorado de inglés, quien además estaba familiarizada con el Modelo de Esquemas y el inventario en cuestión.

Fueron evaluados los aspectos gramaticales y de comprensión de la consigna, escala e ítems, y se propusieron ajustes adecuados para nuestra población.

Se discutieron y unificaron las sugerencias con las provenientes del juicio de expertos y la prueba piloto, y se realizaron las modificaciones pertinentes para obtener la versión depurada. Para la toma de decisiones, se tuvo en cuenta la versión original en inglés YSQ-S3 (Young, 2005) y la versión española (Cid & Torrubia, 2007).

PID-5 BF: traducción inversa, juicio a experto y estudio piloto

Se solicitó a una psicóloga bilingüe experta en metodología que realizase la primera traducción al castellano del inventario original en inglés (Krueger, Derringer, Watson & Skodol, 2010). Posteriormente, se sometió a la traducción inversa por parte de otra psicóloga clínica experta en lengua inglesa y docente de inglés. Las dos traducciones fueron comparadas y sometidas a discusión hasta tener una redacción consensuada para cada ítem.

Esta versión fue sometida grupalmente al juicio de ocho psicólogos expertos (con estudios post-universitarios en la línea Cognitivo-Conductual, más de tres años de experiencia clínica y experiencia en el uso de cuestionarios autoadministrables similares). Estos fueron invitados a emparejar los 25 ítems con sus correspondientes dominios² (para calcular los coeficientes V de Aiken) y se discutió grupalmente los aspectos relacionados con la consigna, formato de la escala y redacción de ítems. Posteriormente, la versión fue sometida a un estudio piloto realizado en dos administraciones grupales, en las cuales participaron 20 sujetos (12 estudiantes universitarios en una instancia y ocho pacientes en la otra). Los participantes completaron la prueba y luego se consultó acerca de la comprensión y grado de dificultad de los reactivos, corroborando así la validez de contenido. Las propiedades psicométricas de la prueba fueron probadas en la muestra universitaria compuesta por 490 estudiantes.

MHC-SF: análisis lingüístico, juicio experto y estudio piloto

La versión en curso de adaptación para argentina en ese entonces (Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro-Solano & Keyes, 2016) fue sometida inicialmente al análisis de una psicóloga bilingüe quien cotejó esta versión con la original en inglés (Keyes, 2005).

² Los dominios de personalidad del PID-5 BF se indican con minúscula a fin de evitar confusiones con los Dominios del modelo de Young que se indican con mayúscula.

Consecutivamente, la versión fue sometida al juicio experto y estudio piloto de igual forma que se describe para la técnica anterior.

3.4.3 Recolección de datos.

En esta etapa se realizaron dos procedimientos diferentes para cada una de las muestras utilizadas en el estudio.

Recolección de datos muestra universitaria.

Las administraciones fueron mayoritariamente colectivas en horarios y aulas habituales de clase de universidades privadas y una universidad pública de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Un 5% del total de los participantes fueron convocados en residencias estudiantiles y sistemas de pasantías universitarias.

La participación fue voluntaria, sin retribución económica y las administraciones estuvieron a cargo de la autora de esta investigación junto con dos psicólogas. Para reducir el sesgo en la administración se procedió a entrenar a dichas psicólogas quienes estaban familiarizadas con la Psicología Cognitivo-Conductual y con las técnicas incluidas en el estudio. Además, fueron supervisadas. Las técnicas fueron aplicadas en el mismo orden y los administradores llevaron registro de las dificultades detectadas en cada aplicación para reducir errores en las siguientes.

Se solicitó consentimiento informado a los participantes indicándole acerca de la confidencialidad de los datos. También se informó sobre la posibilidad de dejar de responder en cualquier momento y se facilitó la información básica referida a los objetivos del estudio, de acuerdo a las recomendaciones metodológicas y éticas pertinentes (Richaud, 2007).

El tiempo promedio aproximado para responder el protocolo de investigación fue de 40 minutos, con una variación en un rango de 30-60 minutos para el total de las técnicas aplicadas.

Recolección de datos muestra clínica.

En este caso, la recolección de datos fue realizada por psicólogos clínicos uruguayos, quienes convocaron a sus pacientes mayores de 18 años a participar voluntariamente en la investigación.

Fueron seleccionados 16 psicólogos clínicos que empleaban los criterios diagnósticos del DSM-IV o DSM-5 a fin de poder identificar la composición de la muestra empleando el mismo criterio. Se requería que dichos psicólogos perteneciesen a la línea Cognitivo-Conductual, superasen los dos años de experiencia clínica y estuviesen familiarizados con la mayoría de las técnicas del protocolo de investigación.

Se les informó acerca de los objetivos de la investigación y se les envió por escrito un instructivo donde se detallaba la entrega del consentimiento informado, el manejo de la identidad de los pacientes mediante códigos y las características de las técnicas incluidas en el estudio. Se establecieron los criterios de exclusión de pacientes con bajo nivel intelectual o incapacidad para decidir sobre sí mismos, presencia de sintomatología psicótica, disociativa o de alta gravedad y aquellos con internaciones recientes. Se solicitó que fuesen incluidos aquellos pacientes quienes presentaban un diagnóstico principal acorde los criterios del DSM-IV o DSM-5.

Fueron entregados los consentimientos informados y cuadernillos de investigación a los psicólogos participantes. Los profesionales completaban una hoja diagnóstica predeterminada que poseía el mismo código identificador del paciente. Se les facilitaron los resultados de las pruebas (a través del sistema de códigos) a aquellos psicólogos que así lo solicitaron, a fin de dar un beneficio al proceso psicoterapéutico de los participantes.

3.4.4 Digitalización y control de datos

Se procedió a construir la base de datos en el programa Microsoft Excel. El diseño de la planilla incorporó los siguientes métodos de control de calidad:

- Diferenciación de color de líneas para favorecer a transcripción.
- Diseño de la planilla con los ítems en el exacto orden del cuadernillo para simplificar pasaje de datos.

- Configuración de las casillas para que únicamente aceptasen en cada técnica los puntajes correspondientes a las respectivas escalas Likert a fin de minimizar el error (método *data validation*).

El ingreso de datos fue realizado por la investigadora y las psicólogas que participaron en la administración. Se realizaron sesiones conjuntas de entrenamiento en el ingreso de datos y manejo de la codificación. Se le entregaron los primeros 25 casos, se conversaron las dificultades y luego se dieron en paquetes de 50 casos. Se sugirieron intervalos mínimos de 15 minutos por cada hora de trabajo para minimizar errores por distracción o agotamiento.

Finalizada la etapa de ingreso de datos, se procedió a realizar un control de la calidad de acuerdo a la técnica de verificación por muestreo (Sol Mauri, Quevedo Regué & Salva Ribas, 2010). Primero, se dividieron en tres tandas los cuestionarios que se correspondían cada una a un responsable de digitalización. Luego, se procedió a tomar aleatoriamente una muestra del 10% de cada tanda, los cuales fueron destinados al proceso de control. Por último, se realizó un control cruzado que consistió en revisar dichos cuestionarios, señalar las discrepancias y ejecutar la correspondiente corrección. Se halló para cada responsable de digitalización la tasa de error aceptable, al ser en los tres casos inferior al 0.3% del total de los datos ingresados (Sol Mauri et al., 2010).

3.4.5 Análisis de datos

Depuración de la base de datos

Una vez realizado la importación de la base de datos de Excel a SPSS, se emplearon las frecuencias de variables para determinar y depurar errores en las respuestas de los diversos instrumentos. Se evaluaron los valores perdidos, donde se revisó que ninguna variable o ítem presentara más del 5% de valores perdidos. Se identificaron tres casos que fueron excluidos del estudio por no cumplir este criterio.

En primera instancia, se realizó una depuración de la base de datos a través de la identificación de errores en la carga de datos, así como de los datos faltantes (*missing data*). En el caso de la muestra clínica se pudo recurrir a la fuente primaria para su corrección mediante la solicitud a cada terapeuta de recolectar estos datos faltantes de los pacientes mediante el uso de códigos identificadores.

Para los análisis estadísticos que no podían ser calculados ante la presencia de los datos faltantes, estos valores fueron reemplazados por la media obtenida por el sujeto en la escala o subescala, según correspondiera. Esta decisión se tomó considerando las recomendaciones de McKnight et al. (2007).

Pruebas estadísticas calculadas

Con la información recogida en los cuestionarios se diseñó una base de datos en Excel que fue transferida a los programas estadísticos empleados para los análisis. Estos fueron el SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), el AMOS 16.0 (*Analysis of Moment Structures*) implementado en el paquete SPSS 16.0. y el InfoStat versión 2016 (Di Rienzo et al., 2016).

En primera instancia, se analizaron descriptivamente las variables sociodemográficas tanto de la muestra universitaria como de la clínica.

En segundo lugar, para estudiar las propiedades psicométricas del YSQ-S3 se analizó el poder discriminativo de los ítems mediante el análisis de frecuencias, el criterio de grupos contrastados y los índices de homogeneidad corregidos.

En tercer lugar, se estudió la distribución de la muestra y se realizaron los correspondientes análisis para determinar el supuesto de normalidad (curtosis, asimetría y prueba Shapiro-Wilks). Es frecuente que las escalas de tipo Likert en el caso de instrumentos que miden psicopatología incumplan el supuesto de normalidad debido a la distribución no normal de la variable en dicha población (Morata-Ramírez, Holgado Tello, Barbero-García & Méndez, 2015). Dada la métrica de los datos y el incumplimiento del supuesto de normalidad, se determinó el uso de pruebas no paramétricas.

En cuarto lugar, luego de estudiar el comportamiento global de los ítems, se estudió la validez de constructo mediante el AFC. Debido a la complejidad implícita en el YSQ-S3 (90 ítems – 18 EDTs y 5 Dominios) y a las limitaciones estadísticas asociadas a modelos complejos y a los softwares disponibles, se utilizó el siguiente procedimiento. Inicialmente, se estudió el ajuste de cada EDT de modo individual con sus respectivos ítems para examinar la validez convergente de los ítems y como requisito previo para el parcelado subsiguiente (Hall, Snell, & Foust, 1999). Posteriormente, los EDTs —con sus ítems individuales— fueron agrupados en sus respectivos Dominios y fueron testeados los cinco modelos de Dominios por separado.

Luego se llevo a cabo el AFC completo, donde los EDTs fueron introducidos en forma de sumatoria de de ítems. Se estudio el ajuste del modelo y los pesos de las regresiones estandarizadas entre los Dominios y sus correspondientes EDTs; y las covarianzas.

Cabe mencionar que el AFC completo del modelo es referido en la literatura que investiga los EDTs, como “*modelo de segundo orden*”. Si bien debido al método de parcelamiento empleado y la secuencia de AFC realizada en este estudio, dicha nominacion no se correspondería; consideramos atinado hacer uso de la misma a fin de favorecer la comparación y transferencia de los resultados.

Como otro objetivo de este trabajo, también fueron analizados y comparados — mediante los índices de ajuste y parsimonia— modelos reespecificados por diversos investigadores del Modelo de Esquemas donde se cotejaron las distintas soluciones de tres y cinco factores. Cabe destacar que se seleccionaron únicamente aquellos modelos provenientes de estudios en los que se utilizó la versión YSQ-S3 tal se detalla en el Capítulo II.

En dichas pruebas de modelización con ecuaciones estructurales se utilizó la estimación de Mínimos Cuadrados no Ponderados (ULS, sigla en inglés de *Unweighed Least Squares*). Dicho método no asume el supuesto de la distribución normal y resulta más robusto para muestras pequeñas (Campo-Arias, 2013).

En todos los AFC fueron empleados los índices de ajuste más utilizados (García-Cueto, Álvaro, & Miranda, 1998) que se detallan en la Tabla 10.

Las puntuaciones de corte para establecer la bondad de ajuste fueron las siguientes: la razón de ji cuadrado sobre los grados de libertad debería tener valores inferiores a 5 para tener un ajuste aceptable (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977) y menor a 3 para que fuese adecuado (Kline, 2011). Aunque debido a la sensibilidad de este indicador ante el tamaño muestral (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Wheaton et al., 1977) y ante el no cumplimiento del supuesto de normalidad (Matsunaga, 2008), se lo consideró como un indicador secundario. Para los índices GFI, AGFI y NFI los valores aceptables fueron los superiores a .90, con un valor óptimo mayor a .95. Para el caso del SRMR se esperaban valores inferiores a .10; aunque se consideraban más adecuados valores menores a .06 (Hu & Bentler, 1999).

Respecto de los índices de parsimonia —PGFI, PRATIO y PNFI— se esperaban valores mayores a .50 y eran deseables valores cercanos a .90 (Mulaik et al., 1989). Los criterios se resumen en la Tabla 10 a continuación.

Tabla 10

Criterios usados para el análisis del AFC.

Tipo de Índices	Nombre	Sigla	Ajuste Aceptable	Criterio /Autor
	<i>Ji al cuadrado</i>	χ^2	Menor en la comparación	—
Índices de Ajuste	<i>Razón ji al cuadrado/ grados de libertad</i>	χ^2/gl	< 5 aceptable/ < 3 buen ajuste	Wheaton et al, 1977/ Kline, 2011
	<i>Índice de bondad de ajuste</i>	GFI	> .90 aceptable / > .95 buen ajuste	Jöreskog y Sörbom, 1993
	<i>Índice de bondad de ajuste ajustado</i>	AGFI	> .90 aceptable / > .95 buen ajuste	Jöreskog y Sörbom, 1993
	<i>Índice de ajuste normado</i>	NFI	> .90 aceptable / > .95 buen ajuste	Hu y Bentler, 1999
Índices Residuales	<i>Residuo cuadrático medio estandarizado</i>	SRMR	< .010 pobre/ < .08 moderado/ < .06 bueno	Hu y Bentler, 1999
Índices de Parsimonia	<i>Índice de bondad de ajuste parsimonioso</i>	PGFI	>.50 - .90	Mulaik et al 1989
	<i>Índice de parsimonia</i>	PRATIO	>.50 - .90	Mulaik et al 1989
	<i>Índice de ajuste normalizado parsimonioso</i>	PNFI	>.50 - .90	Mulaik et al 1989

En lo que respecta a la validez convergente y discriminante, se calcularon las correlaciones bivariadas de Spearman.

Para analizar la fiabilidad del instrumento se obtuvieron dos medidas: una de consistencia interna y otra de estabilidad de las puntuaciones. En primer lugar, se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada EDT y Dominio en ambas muestras. Las limitaciones asociadas al uso de este coeficiente se desarrollarán en el apartado 5.1.1 del Capítulo V y se complementarán con el Apéndice D. En segundo lugar, se procedió a estimar el coeficiente de estabilidad mediante el método test – retest para valorar la estabilidad de las puntuaciones. Debido a las dificultades de este último procedimiento en el contexto universitario y en el clínico —como ser la disposición desfavorable en la segunda aplicación, dificultades en la coordinación para cumplir con parámetros adecuados y homogéneos del lapso de tiempo (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008)— se optó por realizar un estudio con una muestra por conveniencia independiente de 18 adultos con similar NSE (medio-alto). Si bien la selección y tamaño muestral presentan limitaciones, se logró convocar a participantes que pudieron completar el cuestionario en dos oportunidades cumpliéndose un lapso de dos semanas y media entre las aplicaciones. Dado que este coeficiente pierde valor cuando está previsto un cambio en los sujetos entre la primera y segunda respuesta al test (Morales Vallejo, 2011), se procuró agregar la siguiente pregunta en la segunda aplicación “¿En las últimas dos semanas ha transcurrido algún evento o cambio decisivo o fundamental en su vida?”. Se procedió a eliminar de esta muestra a quienes hayan respondido afirmativamente a la misma (Morales-Vallejo, 2011).

Para los siguientes objetivos, se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas: correlacionales bivariadas (Spearman), U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Se incluyó el cálculo del valor del tamaño del efecto (d), para lo cual se consideró que los valores superiores a .20, .50 y .80 serían indicadores de d pequeño, moderado y alto respectivamente (Cohen, 1977).

En lo que refiere al estudio de las propiedades psicométricas relevantes para el resto de los instrumentos secundarios, se calcularon estadísticos asociados con la validez de contenido (V de Aiken), validez de constructo (AFE y AFC) y la consistencia interna de las escalas y subescalas establecida a través del coeficiente alfa de Cronbach.

A continuación, en la Figura 3 se resume el proceso hasta aquí desarrollado en un diagrama de flujo a fin de favorecer la claridad del lector.

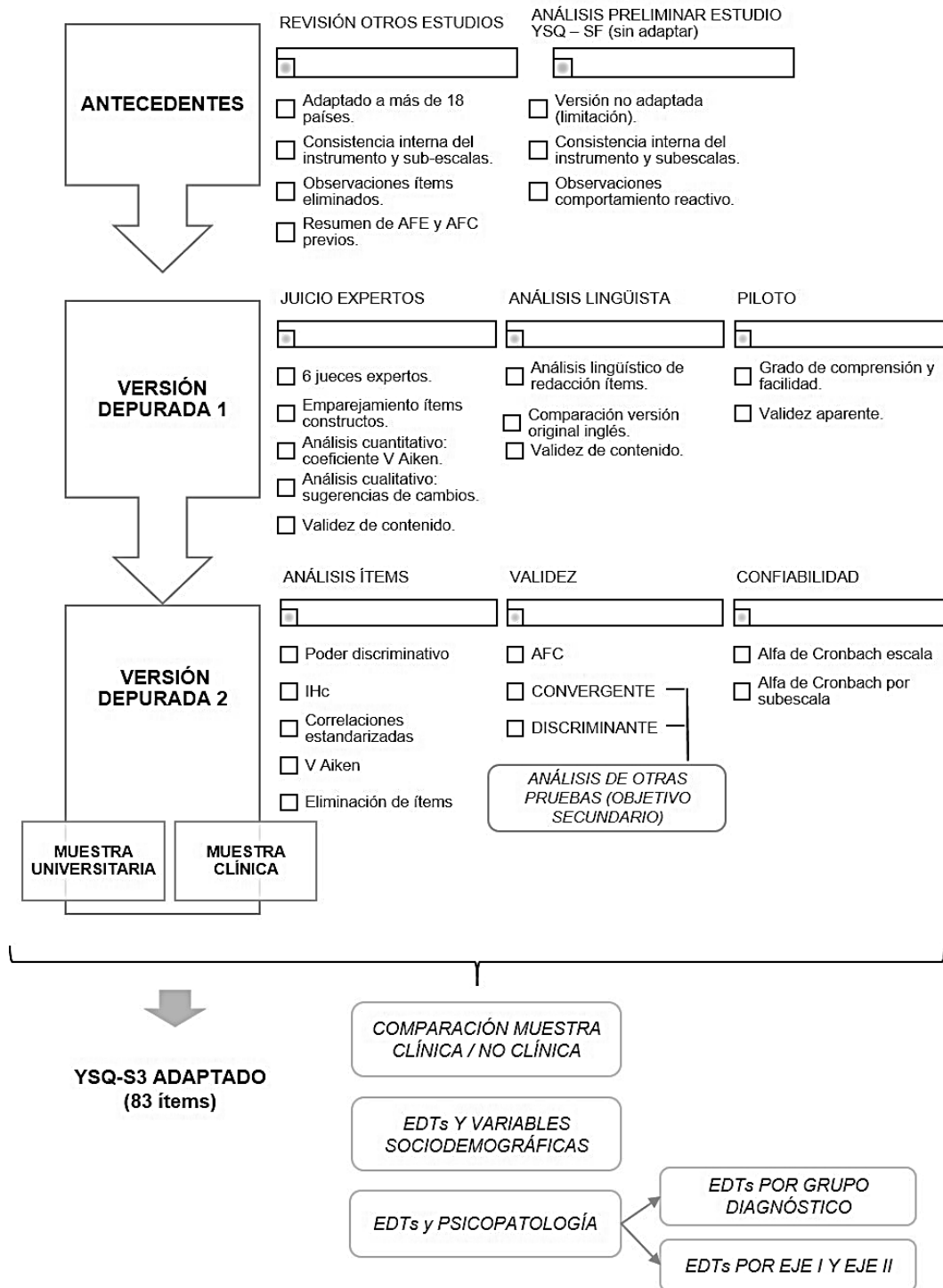


Figura 3. Diagrama de flujo del proceso de depuración del YSQ-S3.

3.5 Descripción de la Muestra

A continuación, se describirán las características asociadas a cada una de las muestras implicadas en este estudio —muestra universitaria ($N = 550$) y muestra clínica ($N = 157$)— y se expondrán aquellas variables sociodemográficas que resultan relevantes a la comprensión del presente trabajo.

3.5.1 Descripción de la muestra universitaria

Se reclutaron participantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se incluyeron 550 estudiantes uruguayos que concurrían a universidades de la ciudad de Montevideo. Previamente, fueron excluidos de los análisis tres casos porque los valores perdidos superaban el 5% del total de las respuestas.

El 86.7% ($n = 476$) de los sujetos eran de Montevideo, mientras que 13.3% ($n = 72$) provenían del interior del país. Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 61 años ($M = 23.26$; $DE = 5.8$). Respecto a la variable sexo, la muestra comprendió a 437 mujeres (79.5%) y 113 hombres (20.5%).

En lo que al estado civil se refiere, 59% ($n = 323$) de los evaluados eran solteros, 35.3% ($n = 193$) estaban en pareja/concubinato, 5.3% ($n = 29$) estaban casados y 0.4% ($n = 2$) estaban separados/divorciados.

Respecto a la variable nivel educativo, debido al tipo de muestreo por conveniencia, se contó con un 100% de estudiantes universitarios. De los cuales 80% ($n = 440$) de los participantes concurrían a la Universidad Católica del Uruguay mientras que el restante 20% ($n = 110$) a diversas universidades privadas de Montevideo —Universidad de Montevideo y Universidad ORT— y a otras facultades públicas de la Universidad de la República. Las carreras universitarias predominantes fueron: Psicología (50.5%; $n = 276$), Psicomotricidad (14.6%; $n = 80$), Ciencias Económicas (8.7%; $n = 48$), Nutrición (5.1%; $n = 28$), Psicopedagogía (4.8%; $n = 26$) y Abogacía/Escribanía (4%; $n = 22$). Se observó que la mayoría de los sujetos pertenecían a un grupo de disciplinas orientadas a la salud y/o de carácter social (80.80%; $n = 442$).

Respecto a la ocupación de los estudiantes, la cantidad de participantes que no se encontraba buscando trabajo fue similar a la cantidad de los universitarios que tenían un trabajo estable (ver Figura 4).

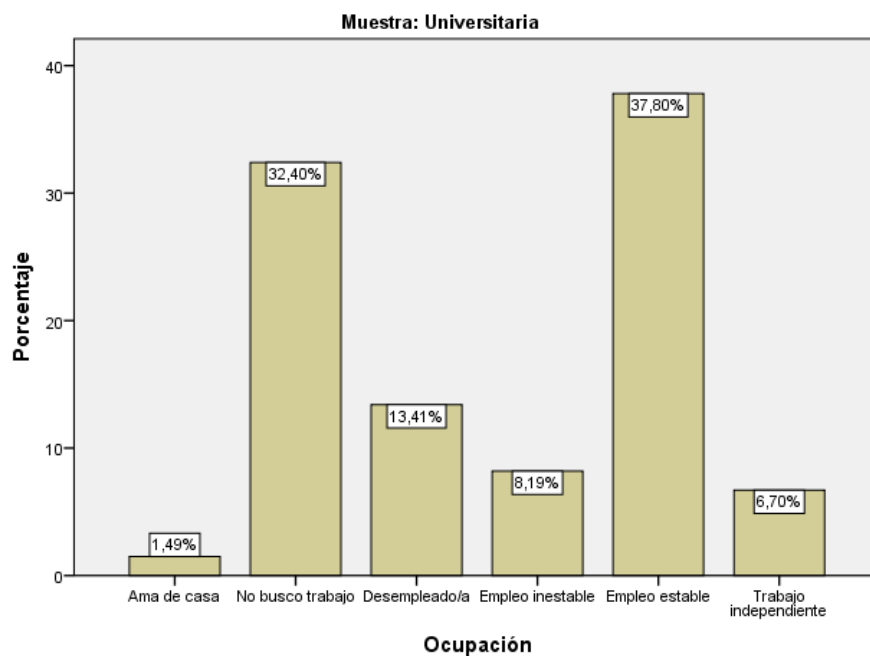


Figura 4. Distribución según ocupación en la muestra universitaria.

Al reagruparlos bajo las categorías no trabaja y trabaja, vemos que la muestra se distribuyó de forma similar obteniendo un 47.3% ($n = 254$) para el primer grupo y un 52.7% ($n = 283$) para el segundo.

La distribución según nivel socioeconómico fue obtenida a través del formulario abreviado del INSE (Llambí & Piñeyro, 2012) que se incluyó dentro de la ficha sociodemográfica. Debido a la baja frecuencia de los subgrupos evaluados y para simplificar la comprensión de los análisis, la variable fue recategorizada en tres grupos “bajo”, “medio” y “alto” para los análisis de estadística inferencial (véase Figura 5).

Se observó una alta prevalencia de sujetos perteneciente a los niveles socioeconómicos alto (58.8%; $n = 314$) y medio (38.76%; $n = 207$), mientras que el nivel bajo fue el menos representado (2.43%; $n = 13$), se consideró esto relevante a la hora de interpretar los resultados.

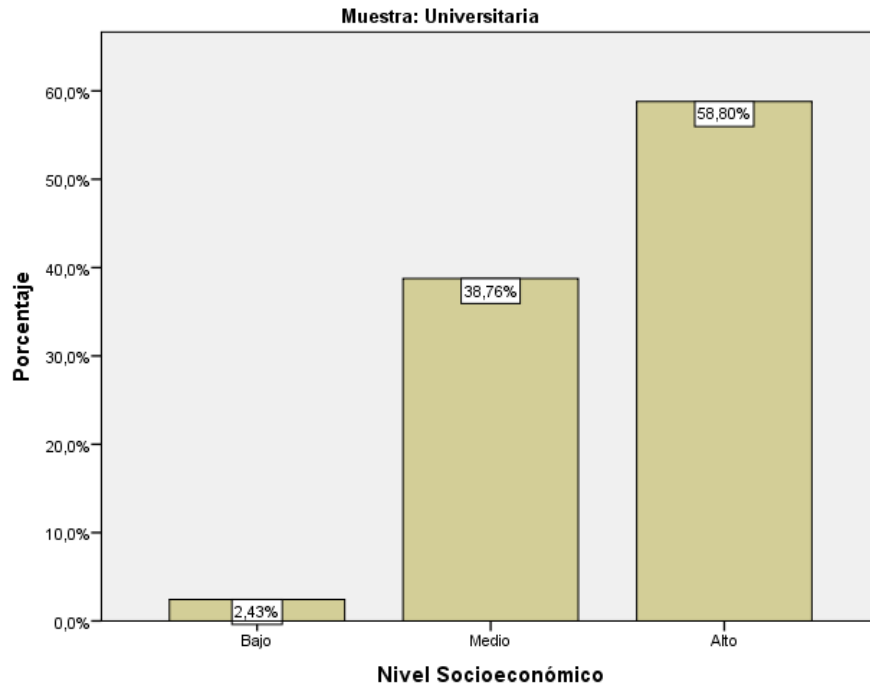


Figura 5. Distribución según NSE en la muestra universitaria.

Por último, se describe la variable relacionada al uso de los servicios de salud mental, que se asocia con los objetivos de esta tesis. Se observó que 66.4% ($n = 364$) de los respondientes manifestaron haber concurrido a terapia en algún momento de su vida, mientras que 27.2% ($n = 145$) actualmente concurría a terapia.

Por su parte, 22.4% ($n = 122$) declaró haber concurrido a médico psiquiatra en alguna ocasión en su vida, y 5.8% ($n = 31$) refirió estar concurriendo a psiquiatra al momento de la evaluación.

Por dificultades en la recolección de datos se logró reunir una muestra que, aunque incluye diversas carreras y facultades, consta en su mayoría de estudiantes de la carrera de psicología y ciencias afines (sociales y orientadas a la salud), lo cual además conlleva a un predominio del género femenino. Lo mismo ocurre con la tendenciosidad de las variables sociodemográficas edad y NSE. Como el lector atinará, esto afecta la validez externa del estudio, al surgir así algunas limitaciones en la representatividad de la muestra. Este tema se abordará en detalle en el último capítulo de la Tesis.

3.5.2 Descripción de la muestra clínica

De igual forma que en la muestra antes descripta, se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se incluyeron 157 sujetos que concurrían a psicoterapia particular. Tras el análisis de los valores perdidos, ningún caso superó el 5% del total de las respuestas porque se logró recurrir a la fuente primaria (psicoterapeuta correspondiente) para la computación de los datos faltantes.

El 79.6% ($n = 125$) de los sujetos eran de la ciudad de Montevideo, mientras que 20.4% ($n = 32$) provenían del interior del país. En cuanto a la variable edad, estuvo comprendida entre 18 y 67 años ($M = 31.82$; $DE = 10.92$). Siendo 115 participantes mujeres (73.2 %) y 42 hombres (26.8 %).

En lo que respecta al estado civil, 54.5% ($n = 85$) de los evaluados correspondía a solteros, 23% ($n = 36$) estaba en pareja/concubinato, 15.4% ($n = 24$) estaba casado y 7.1% ($n = 11$) estaba compuesto por separados/divorciados.

Como se observa en la Figura 6, el nivel educativo de los pacientes se compuso de 53.9% ($n = 83$) perteneciente al grupo universitario (40.4% incompleto y 13.5% completo). El nivel educativo secundario estaba constituido por 22.7% ($n = 35$) —desglosado en 9.2% incompleto y 13.5% completo—, mientras que 18.8% ($n = 29$) de la muestra clínica se incluyó en la categoría de carrera técnica (12.3% completa y 6.5% incompleta). En los extremos, 3.9% ($n = 6$) había completado o estaba completando estudios post universitarios, mientras que el sólo un individuo había completado únicamente la educación primaria.

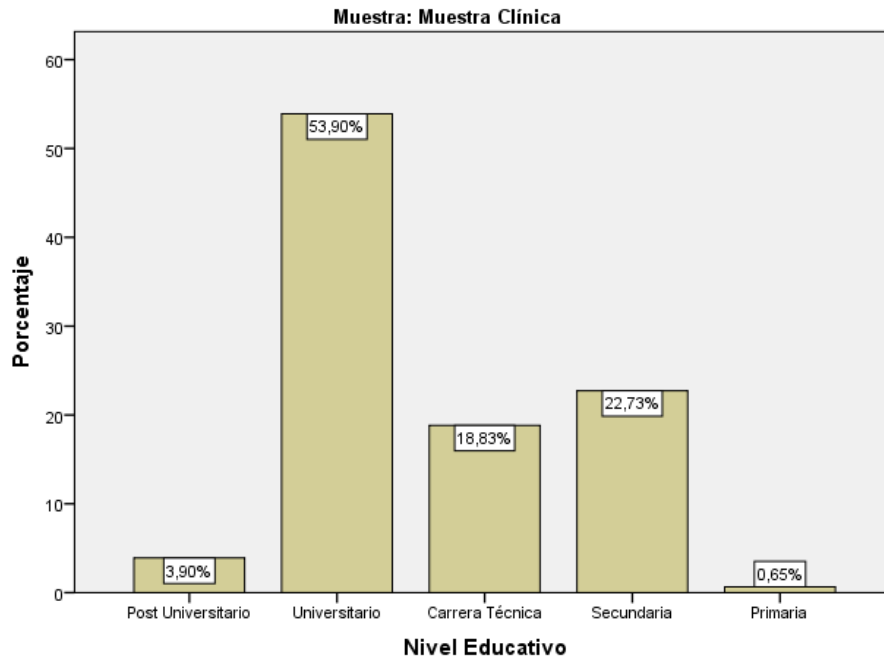


Figura 6. Distribución del nivel educativo en la muestra clínica.

A nivel ocupacional, predominó la categoría *trabajo estable* sobre el resto de los subgrupos indagados (véase Figura 7).

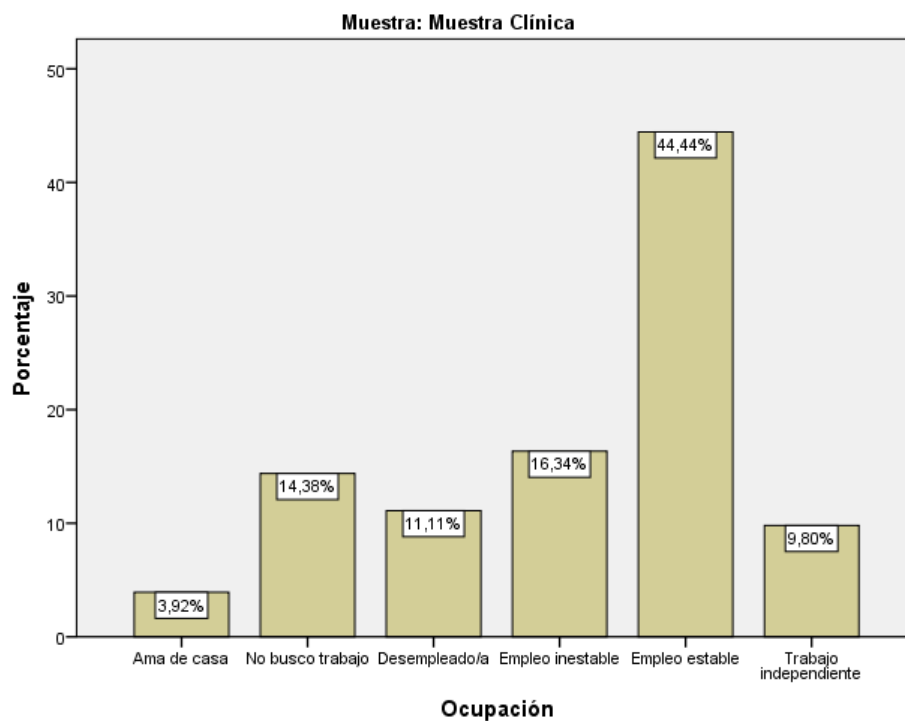


Figura 7. Distribución según ocupación en la muestra clínica.

A nivel de la variable nivel socioeconómico se percibió un marcado predominio de los niveles socioeconómicos alto (53.28%; $n = 73$) y medio (38.69%; ($n = 53$), sólo 8.03% ($n = 11$) del porcentaje representaba el nivel bajo (ver Figura 8).

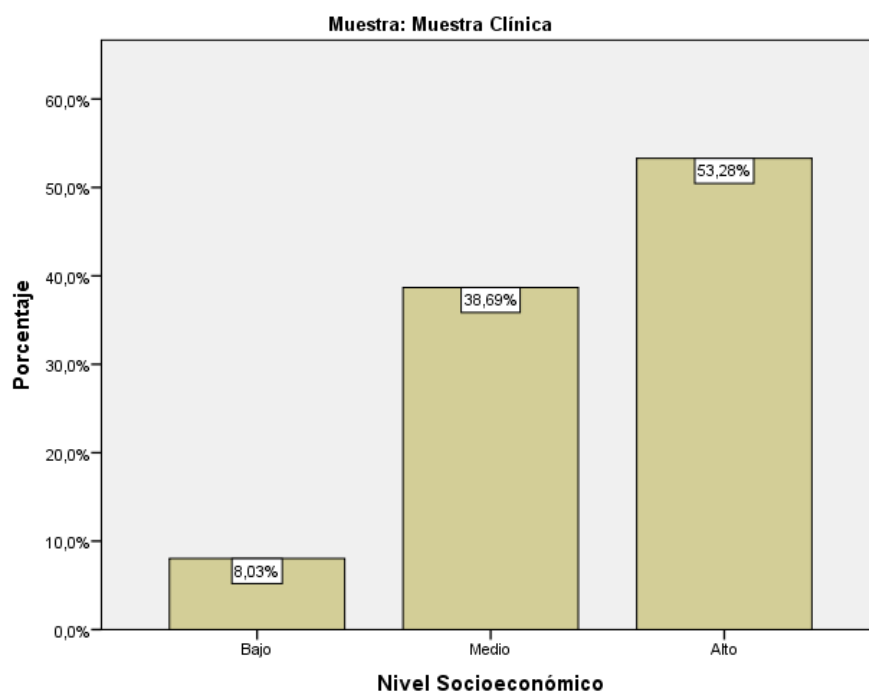


Figura 8. Distribución del NSE en la muestra clínica.

A continuación, se describe la variable relacionada al uso de los servicios de salud mental, la cual —por las características del método de selección muestral por conveniencia— predeterminó que todos los pacientes se encontraban en psicoterapia al momento de completar los datos.

Se observó que 79.1% ($n = 121$) de los pacientes manifestó haber concurrido a médico psiquiatra en alguna ocasión a lo largo de su vida, y 62% ($n = 93$) refirió estar concurriendo a psiquiatra al momento de la aplicación. Se informó que 63.9% ($n = 92$) de los participantes se encontraba bajo medicación prescrita por psiquiatra, información que no fue indagada en la muestra universitaria.

En la Figura 9, se describe la distribución de esta muestra en relación al tiempo transcurrido en psicoterapia, con una mayor prevalencia para quienes hacía menos de un año que concurrían a terapia (42.95%; $n = 64$) y siendo similar para los otros dos grupos.

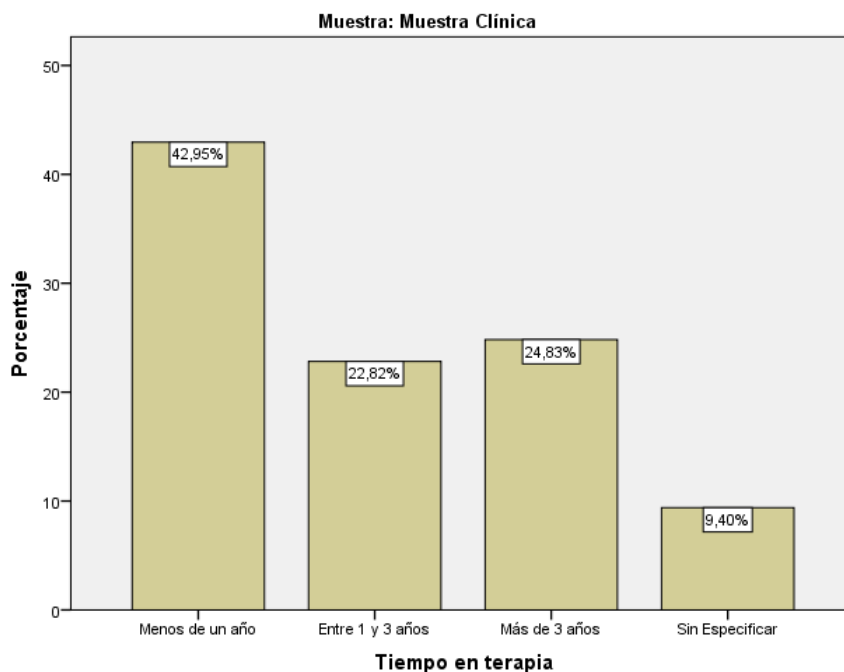


Figura 9. Distribución por tiempo en psicoterapia en la muestra clínica.

Por último, se describió la muestra clínica con un recategorización de los criterios diagnósticos computados como *diagnóstico principal* por parte de los psicoterapeutas acorde a los objetivos de este trabajo (véase Figura 10). Estos se agruparon en subgrupos, en donde la prevalencia mayor se observó en aquellos pacientes con presencia de diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (47.13%; $n = 74$), seguidos por los pacientes con diagnósticos de Trastornos de Ansiedad (31.85%; $n = 50$) y Trastorno del Estado de Ánimo (15.29%; $n = 24$).

Cabe mencionar que todos los diagnósticos clínicos fueron realizados por los propios psicoterapeutas bajo los criterios del DSM-IV (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005) y/o DMS-5 (American Psychiatric Association, 2014).

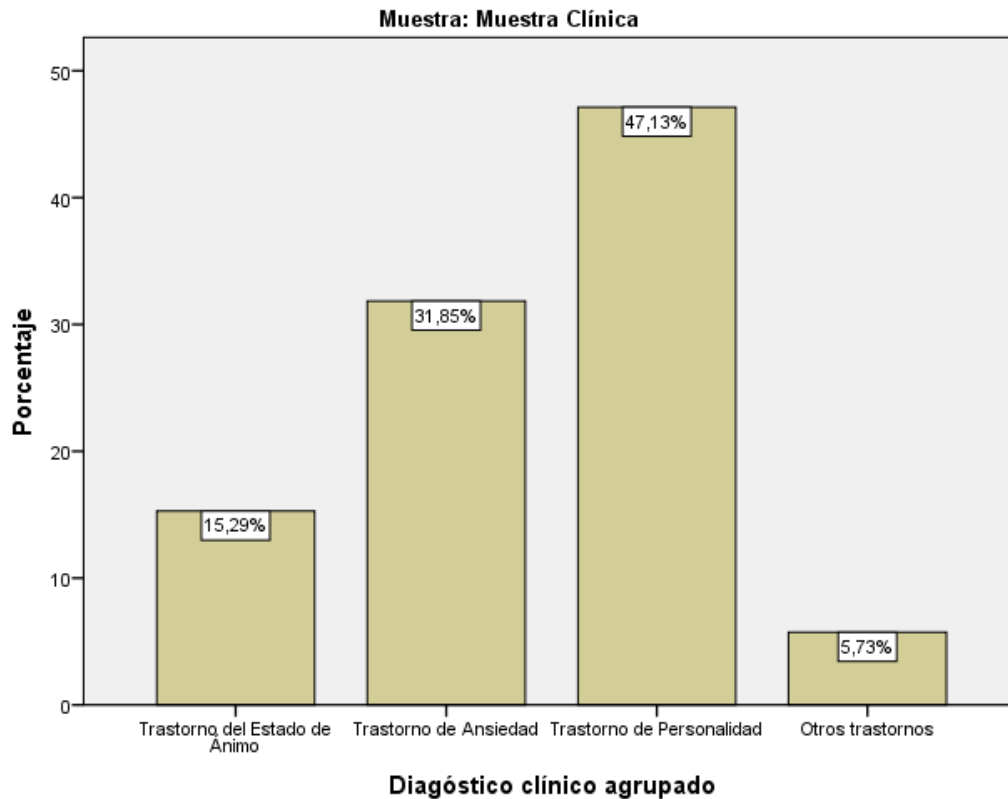


Figura 10. Distribución según subgrupo diagnóstico en la muestra clínica.

A continuación, se detallará la cantidad de sujetos y composición según diagnóstico específico para cada grupo subclínico a fin de permitir que el lector pueda realizar una atinada extrapolación de resultados. El subgrupo de Trastornos del Estado de Ánimo ($n = 24$) estuvo compuesto por pacientes con Trastorno Depresivo Mayor ($n = 18$) y pacientes con Trastorno Bipolar ($n = 6$). El subgrupo de pacientes con Trastornos de Ansiedad ($n = 50$) se conformó de pacientes con los siguientes trastornos: Ansiedad Generalizada o TAG ($n = 16$), Ansiedad Social o TAS ($n = 8$), Estrés Post Traumático o TEPT ($n = 1$), Pánico ($n = 6$), Obsesivo Compulsivo o TOC ($n = 12$) y no especificados ($n = 7$). Se recuerda al lector que para la agrupación fueron utilizados los criterios del DSM-IV. El subgrupo de Trastornos de la personalidad ($n = 74$) estaba constituido por los siguientes trastornos: Límite ($n = 34$), Histriónico ($n = 5$), Narcisista ($n = 1$), Obsesivo ($n = 7$), Dependiente ($n = 5$), Evitativo ($n = 7$), Esquizoide ($n = 1$), Esquizotípicos ($n = 2$), Paranoide ($n = 1$) y sin especificar ($n = 11$).

Para completar uno de los objetivos del estudio se reagruparon las categorías diagnósticas según se correspondían con el Eje I y II del criterio indicado por el DSM-IV (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005) a fin de comparar las diferencias entre ambos grupos. Se encontró que 52.9% ($n = 83$) de los pacientes presentaron un diagnóstico principal en el Eje I, mientras que 47.1% ($n = 74$) lo hacían en el Eje II.

Las limitaciones referidas al tamaño y tipo de muestras serán discutidas en el Capítulo V.

A continuación, en la Tabla 11, se resumen las principales variables descriptivas de ambas muestras a fin de facilitar la recordación y comparación de las variables de ambas muestras.

Tabla 11
Resumen descripción muestra universitaria y clínica.

Características	TIPO DE MUESTRA	
	Universitaria N = 550	Clínica N = 157
<i>Sexo; n (%)</i>		
Femenino	437 (79.5%)	115 (73.2%)
Masculino	113 (20.5%)	42 (26.8%)
<i>Edad; años</i>		
M (DE)	23.26 (5.79)	31.82 (10.92)
Min – Max; años	18-61	18-67
<i>Estado civil; n (%)</i>		
Soltero/a	323 (59%)	85 (54.5%)
En Pareja/Concubinato	193 (35.3%)	36 (23.1%)
Casado	29 (5.3%)	24 (15.4%)
Separado/Divorciado	2 (0.4%)	11 (7%)
<i>Nivel educativo alcanzado; n (%)</i>		
Pos-universitario	-	6 (3.9%)
Universitario	550 (100%)	83 (53.9%)
Carrera Técnica	-	29 (18.8%)
Secundaria	-	35 (22.7%)
Primaria	-	1 (0.6%)
<i>Nivel socioeconómico; n (%)</i>		
Alto	314 (58.8%)	73 (53.3%)
Medio	207 (38.8%)	53 (38.7%)
Bajo	13 (2.4%)	11 (8%)
<i>Ocupación; n (%)</i>		
Trabaja	283 (52.7%)	108 (70.6%)
No trabaja	254 (47.3%)	45 (29.4%)
<i>En psicoterapia; n (%)</i>		
Sí	145 (27.2%)	157 (100%)
No	388 (72.8%)	-
<i>Antecedentes tratamiento c/psiquiatra; n (%)</i>		
Sí	122 (22.4%)	121(77.1%)
No	422 (77.6%)	32 (20.9%)
<i>En tratamiento c/psiquiatra; n (%)</i>		
Sí	31 (5.8%)	93 (62%)
No	502 (94.2%)	57 (38%)
<i>Medicación psiquiátrica; n (%)</i>		
Sí	-	92 (63.9%)
No	-	52 (36.1%)
<i>Diagnósticos agrupados; n (%)</i>		
Trastorno Estado Ánimo	-	24 (15.3%)
Trastorno de Ansiedad	-	50 (31.8%)
Trastorno de Personalidad	-	74 (47.1%)
Otros trastornos	-	9 (5.73%)
<i>Diagnósticos por Ejes DSM-IV; n (%)</i>		
Eje I	-	83 (52.9%)
Eje II	-	74 (47.1%)

Nota: - No aplica/No fue preguntado

Capítulo IV: Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los instrumentos psicométricos administrados que pretenden responder a los objetivos de la investigación.

En primer lugar, se detallarán las propiedades psicométricas y el ajuste del modelo teórico del YSQ-S3 propuesto por Young (2003) comparando los resultados de la muestra universitaria con los de la muestra clínica. En segundo lugar, se expondrán los resultados obtenidos relativos al objetivo secundario en donde se mostrarán los pertinentes análisis psicométricos de los instrumentos secundarios de este estudio (PBQ-SF, LSB-50, PID-5 BF y MHC-SF). En tercer lugar, se estudiará la parsimonia de dicho modelo en comparación con otros que han sido reespecificados por diversos autores. Posteriormente, se describirán y compararán los EDTs y Dominios de ambas muestras. Asimismo, se estudiará la relación de los EDTs con las variables sociodemográficas en ambas muestras. Por último, se analizarán para la muestra clínica, la relación de los EDTs en subgrupos con distintos diagnósticos y grados de psicopatología a fin de estudiar la especificidad y capacidad discriminativa del YSQ-S3.

4.1. Resultados Objetivo 1: Propiedades Psicométricas del YSQ-S3

Objetivo 1: Realizar la adaptación lingüística del YSQ-S3 para la evaluación de los EDTs en jóvenes adultos universitarios de Montevideo, Uruguay, y analizar sus propiedades psicométricas y el ajuste del modelo de EDTs de Young (2003).

4.1.1 Resultados del juicio a expertos, piloto y análisis de lingüista

Siendo uno de los intereses centrales de esta investigación el obtener una medida confiable de los EDTs, se establecieron los procedimientos de adaptación lingüística del mismo. Tal como se mencionó en el Capítulo III, se contaba con un instrumento constituido por 90 reactivos que fueron sometidos a juicio de experto, estudio piloto y análisis lingüístico. En el proceso de adaptación lingüística, se procuraron ajustar los vocablos y expresiones incluidas en el instrumento a fin de que —además de describir adecuadamente el constructo que se quería medir— fuesen las utilizadas por la población de Uruguay.

En base a lo sugerido por Matesanz (1997) para la formulación de los reactivos, se realizaron las modificaciones desarrolladas a continuación.

Modificaciones en el formato exterior de los ítems

La forma externa de los ítems puede influir tanto en la comprensión como en la calidad de la respuesta de los ítems (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013). Esta dificultad se visualizó a través de los comentarios de la experiencia como aplicadores del YSQ de los jueces expertos. El formato de la versión inicial presentó dos problemas: (a) aumentaba la dificultad de respuesta (visualmente quedaban juntos el número de pregunta con el espacio para la respuesta) e (b) incrementaba el error en el pasaje de datos. En la Figura 11 se visualizan los cambios de formato exterior.

Disposición texto versión inicial.

1.	_____	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
----	-------	--

Disposición texto versión adaptada para Uruguay.

1.	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	1 2 3 4 5 6
----	---	-------------

Figura 11. Cambios en el formato exterior del texto.

Modificaciones en el formato de respuesta.

El formato de respuesta puede influir en la consistencia interna de las escalas, en el grado de precisión de la información recibida e incluso modificar la estructura factorial del instrumento, dando origen a rasgos distintos en cantidad y en contenido (Matesanz, 1997).

Mediante el juicio a expertos y la prueba piloto se confirmó la adecuación de la respuesta graduada de 6 puntos, siendo un numero recomendado por varios autores y que además evita las opciones centrales o neutras (Morales Vallejo, 2011; Sireci, 1998; Tornimbeni et al., 2008).

Sin embargo, se identificó la necesidad de modificar la redacción de las opciones de respuesta 3 y 4 de la escala Likert (véase la Figura 12) que no proporcionaban claridad respecto a la graduación; generando posibles problemas de direccionalidad incorrecta (Céspedes Cuevas & Tristán-López, 2014).

Escala Likert versión adaptada para España

ESCALA DE PUNTUACIONES	
1 = Totalmente falso.	4 = En ocasiones verdadero.
2 = La mayoría de veces falso.	5 = La mayoría de veces verdadero.
3 = Más verdadero que falso.	6 = Me describe perfectamente.

Escala Likert versión adaptada para Uruguay

ESCALA DE PUNTUACIONES	
1 = Totalmente falso.	4 = Apenas más verdadero que falso.
2 = La mayoría de veces falso.	5 = La mayoría de veces verdadero.
3 = Apenas más falso que verdadero.	6 = Me describe perfectamente.

Nota: Se indica en negrita la redacción modificada.

Figura 12. Cambios en el formato de respuesta.

Modificaciones en la redacción de la consigna e ítems

Tanto en el juicio a expertos como en el estudio piloto se procuró la sencillez y comprensibilidad en la consigna del instrumento. Únicamente se modificó el párrafo con las instrucciones de respuesta asociadas al cambio de formato exterior antes mencionado.

En el procedimiento juicio a expertos se analizaron los datos desde dos perspectivas (Castro, 2011). A nivel cualitativo, se observó que 21 ítems fueron discutidos por los jueces; mientras que a nivel cuantitativo se vio que 47 ítems obtuvieron una puntuación ideal ($V0 = 1$), mientras que por el otro hubieron 15 ítems cuestionables con un valor V Aiken menor a .60 (Herrera Rojas, 1993) de los cuales sólo 5 presentaron un valor crítico menor a .50 (Cicchetti, 1994).

Al considerar ambos niveles, se procedió a modificar 16 ítems (véase el Tabla 59 del Apéndice B). Los cambios realizados procuraron disminuir la complejidad en la redacción y el largo, como se visualiza en el ítem 2 de la Tabla 12.

En otros casos, se procuró mejorar el contenido para que el reactivo representase mejor el constructo subyacente. Por ejemplo, en el ítem 4 que evalúa el EDT de Aislamiento Social, el cambio se realizó ya que la palabra “no encajo” representa mejor el componente del constructo evaluado y resulta más representativo para el contexto sociocultural uruguayo, evitando solapamiento o complejidad con otros EDTs como el de Defectuosidad.

Tabla 12

Ejemplos de ítems modificados del YSQ-S3.

Nº Ítem	Ítem versión española	Ítem modificado	Aspecto mejorado
2	<i>Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.</i>	<i>Me aferro mucho a las personas cercanas porque tengo miedo de que me abandonen.</i>	Complejidad/largo
4	<i>No me aceptan en ningún lugar.</i>	<i>No encajo en ningún lugar.</i>	Socio-cultural/ Constructo

En el juicio a expertos, se había solicitado adicionalmente que los mismos emparejasen los diversos EDTs con los Dominios a los creían que estos pertenecían. Se obtuvieron buenos indicadores de validez por parte de los mismos (véase Tabla 13).

Tabla 13

Emparejamiento de EDTs y Dominios realizado por jueces expertos.

EDTs	Modelo Young (2003)	Grado Acuerdo
Abandono	Desconexión/Rechazo	.83
Desconfianza	Desconexión/Rechazo	.67
Privación Emocional	Desconexión/Rechazo	.67
Defectuosidad	Desconexión/Rechazo	.05
Aislamiento Social	Desconexión/Rechazo	.83
Dependencia	Perjuicio en Autonomía	.83
Vulnerabilidad al Daño	Perjuicio en Autonomía	.67
Apego Fusionado	Perjuicio en Autonomía	.83
Fracaso	Perjuicio en Autonomía	1
Subyugación	Orientación a otros	.83
Autosacrificio	Orientación a otros	.83
Búsqueda de Aprobación	Orientación a otros	1
Grandiosidad	Límites Insuficientes	1
Insuficiente autocontrol	Límites Insuficientes	1
Metas Inalcanzables	Sobrevigilancia/Inhibición	.67
Inhibición Emocional	Sobrevigilancia/Inhibición	.83
Pesimismo	Sobrevigilancia/Inhibición	.67
Castigo	Sobrevigilancia/Inhibición	.05

Los comentarios adicionales que observaron los Jueces refieren a que el EDT de Defectuosidad también se emparejo con el Dominio de Perjuicio en la Autonomía. Por su parte, el EDT de Castigo resultó difícil de agrupar en un Dominio específico ya que se asoció con el EDT de Metas inalcanzables y Desconfianza. Por último, se mencionó la poca especificidad de contenido del EDT Pesimismo ya que podría asociarse a varios EDTs.

Posteriormente, una vez realizado el estudio piloto, fueron modificados 11 ítems en su redacción a fin de mejorar la validez aparente (véase Tabla 59 del Apéndice B). Por ejemplo, fue modificado el ítem 30 “*Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás*” por la expresión “*Me da vergüenza tener que expresar mis sentimientos a los demás*” debido a que la palabra “embarazoso” no se correspondía con el lenguaje coloquial o se consideró en desuso por parte de los participantes del piloto.

Por último, mediante el análisis realizado por la experta en lingüística fueron modificados 6 ítems más (véase Tabla 58 del Apéndice B). En este caso se realizaron ajustes en los ítems que habían generado discusión o duda en los procedimientos anteriores y se consideraron cambios también considerando la versión original en inglés (Young, 2005). Por ejemplo, en el ítem 59, se modificó la expresión de la versión española “Siento que no soy simpático” por “Siento que no soy querible” considerando por un lado la pertinencia respecto al constructo que pretende medir (EDT Defectuosidad) y debido a que se ajusta mejor al término original en inglés “*I feel that I'm not lovable*”.

4.1.2 Resultados del análisis psicométrico a nivel del ítem

Una vez depurada la versión española del YSQ-S3 y tras aplicarla a la muestra universitaria ($N = 550$) descrita en el apartado 3.5.1 del Capítulo III, se obtuvieron las propiedades psicométricas detalladas a continuación. Algunos de los cálculos estadísticos fueron realizados y cotejados en la muestra clínica ($N = 157$).

Se realizaron los pertinentes estudios a nivel del ítem revisando la capacidad discriminativa, normalidad y peso factorial de los mismos como se describe a continuación.

Poder discriminativo de los ítems

El análisis primario de los ítems consistió en la evaluación de su poder discriminativo con el método de distribución de las respuestas o índice de endosamiento, bajo la consideración de que sólo había 6 categorías de respuesta (Matesanz, 1997). Se verificó que ninguno de los ítems tuviese frecuencias de respuesta mayores al 75% en alguna de las opciones de respuesta.

En segundo lugar, se evaluó el poder discriminativo de los ítems correspondientes a cada EDT. Para ello se calculó una prueba U de Mann-Whitney a partir de la cual se compararon las respuestas dadas a cada ítem entre los sujetos que tenían mayor puntuación (25% superior) y menor puntuación (25% inferior) en cada EDT, suponiendo que, si el ítem era discriminativo, las diferencias en las respuestas serían significativas. Como se observa en la Tabla 14, los 90 ítems demostraron tener un buen poder discriminativo ($p < .001$).

En tercer lugar, se analizaron los índices de homogeneidad corregidos (*IHC*) donde se observó que únicamente el ítem 25 tuvo un valor cercano al valor inaceptable de referencia — valor inferior a .25— (Nunnally & Bernstein, 1995); mientras que el ítem 87 presentó un valor inferior a .30, por lo que puede considerárselos indiferenciadores (Martínez Arias, 1995). Por su parte, los ítems 22, 43, 44, 45, 62, 68, 69, 73, 85, 86 y 90 mostraron una moderada capacidad discriminativa (puntaje inferior a .40) y el resto de los ítems tuvieron una buena capacidad con valores superiores (véase Tabla 14).

Normalidad univariante.

Se analizó la normalidad univariante mediante el análisis de los estadísticos de contraste correspondientes a la asimetría y curtosis (véase Tabla 14) donde se observó que se rechazaba la hipótesis de normalidad de los datos ya que varios ítems presentaron puntajes por fuera del parámetro esperado ± 1.96 (González, Abad, & Lèvy, 2006).

Saturación factorial del ítem

Para tener en consideración el comportamiento de cada ítem con respecto al EDT que pertenece, se calcularon AFC por separado para cada EDT. Como se observa en la Tabla 14, los pesos de regresión estandarizados (β) fueron satisfactorios y solo 6 ítems (25, 62, 68, 73, 87 y 90) presentaron valores inferiores al recomendado (.40).

Tabla 14

Univariados YSQ-S3 (muestra universitaria).

Ítems	V0	M	DT	As	C	β	IHc	p (bilateral)
1	.83	1.20	0.68	4.12	18.17	.66	.557	< .001
2	1	2.21	1.31	0.98	0.13	.72	.632	< .001
3	1	1.94	1.14	1.29	-1.32	.63	.569	< .001
4	.83	1.56	1.00	2.25	5.12	.68	.596	< .001
5	1	1.50	0.84	2.17	5.71	.64	.542	< .001
6	1	1.93	1.15	1.47	1.80	.67	.616	< .001
7	1	1.62	1.06	2.12	4.51	.57	.395	< .001
8	.83	1.87	1.15	1.48	1.71	.69	.528	< .001
9	.83	2.01	1.28	1.29	0.95	.43	.342	< .001
10	.50	1.94	1.17	1.38	1.47	.57	.480	< .001
11	1	3.43	1.47	0.06	-1.04	.58	.500	< .001
12	.83	2.04	1.26	1.28	0.96	.67	.614	< .001
13	.50	2.31	1.43	0.92	-0.23	.51	.407	< .001
14	.50	2.94	1.49	0.37	-0.94	.63	.441	< .001
15	1	2.56	1.43	0.72	-0.45	.64	.498	< .001
16	.67	1.83	1.16	1.62	2.26	.55	.492	< .001
17	.67	2.33	1.44	1.06	0.24	.74	.611	< .001
18	1	1.98	1.31	1.35	1.04	.68	.572	< .001
19	1	1.37	0.85	2.84	8.61	.75	.622	< .001
20	.50	2.56	1.37	0.68	-0.34	.72	.637	< .001
21	1	1.67	1.10	1.93	3.56	.69	.614	< .001
22	.50	3.11	1.54	0.25	-1.01	.41	.377	< .001
23	1	1.37	0.80	2.80	8.94	.88	.711	< .001
24	.83	1.41	0.80	2.66	8.31	.60	.568	< .001
25	1	2.55	1.61	0.78	-0.65	.30	.242	< .001
26	1	1.85	1.17	1.46	1.55	.74	.585	< .001
27	1	2.53	1.37	0.67	-0.57	.63	.477	< .001
28	1	1.69	1.03	1.75	2.76	.74	.597	< .001
29	1	3.18	1.39	-0.05	-0.92	.60	.515	< .001
30	.83	2.62	1.52	0.67	-0.64	.71	.649	< .001
31	1	3.61	1.58	-0.12	-1.12	.71	.555	< .001
32	1	1.89	1.23	1.42	1.32	.49	.427	< .001
33	.50	2.34	1.34	0.80	-0.28	.52	.406	< .001
34	1	2.77	1.51	0.50	-0.85	.73	.644	< .001
35	1	1.72	1.17	1.84	2.83	.75	.612	< .001
36	1	2.04	1.37	1.24	0.53	.49	.414	< .001
37	.67	1.61	1.12	2.07	3.68	.72	.593	< .001
38	.83	2.15	1.37	1.10	0.27	.73	.640	< .001
39	1	1.59	1.04	2.06	4.05	.64	.581	< .001
40	1	1.50	1.05	2.36	5.12	.60	.532	< .001
41	.83	1.12	0.47	5.58	39.73	.54	.467	< .001
42	.50	2.15	1.28	1.18	0.87	.78	.692	< .001
43	.50	1.29	0.74	3.23	11.76	.42	.329	< .001
44	.50	1.68	1.10	1.82	2.78	.47	.385	< .001
45	1	1.80	1.24	1.65	1.95	.49	.375	< .001

Continuación Tabla 14

Univariados YSQ-S3 (muestra universitaria).

Ítems	V0	M	DT	As	C	Peso de regresión	IHc	p (bilateral)
46	.17	2.21	1.34	1.01	0.17	.54	.45	< .001
47	.83	2.37	1.30	0.85	0.01	.71	.60	< .001
48	1	1.99	1.29	1.28	0.67	.60	.55	< .001
49	1	4.55	1.31	-0.90	0.10	.60	.49	< .001
50	.33	3.16	1.48	0.16	-1.00	.71	.48	< .001
51	1	2.79	1.38	0.48	-0.64	.66	.51	< .001
52	1	2.31	1.35	0.96	0.22	.68	.59	< .001
53	.83	1.74	1.11	1.81	3.11	.75	.64	< .001
54	.76	2.01	1.28	1.19	0.53	.78	.64	< .001
55	.83	1.53	1.13	2.34	4.81	.78	.63	< .001
56	.83	2.58	1.52	0.69	-0.67	.65	.59	< .001
57	1	2.56	1.50	0.75	-0.45	.71	.61	< .001
58	1	1.70	1.16	1.86	2.92	.87	.73	< .001
59	.67	1.39	0.91	2.98	9.32	.55	.48	< .001
60	.50	1.80	1.10	1.62	2.42	.79	.70	< .001
61	.50	1.38	0.78	2.72	9.39	.59	.44	< .001
62	1	2.17	1.49	1.09	-0.02	.39	.34	< .001
63	1	1.53	1.10	2.33	4.94	.64	.50	< .001
64	.33	1.67	1.10	1.97	3.79	.61	.54	< .001
65	1	4.07	1.50	-0.47	-0.83	.61	.52	< .001
66	1	2.24	1.56	1.02	-0.21	.73	.63	< .001
67	1	3.35	1.65	-0.02	-1.21	.56	.46	< .001
68	.83	2.52	1.54	0.73	-0.62	.32	.30	< .001
69	1	2.86	1.56	0.44	-0.97	.49	.39	< .001
70	1	2.67	1.46	0.52	-0.74	.74	.66	< .001
71	.67	1.79	1.20	1.57	1.66	.47	.42	< .001
72	1	2.17	1.34	1.04	0.22	.73	.59	< .001
73	.83	2.09	1.61	1.29	0.27	.37	.34	< .001
74	.83	1.83	1.31	1.62	1.64	.59	.52	< .001
75	1	2.24	1.47	0.96	-0.23	.77	.65	< .001
76	1	2.07	1.39	1.27	0.71	.79	.66	< .001
77	.83	1.56	1.01	2.31	5.62	.56	.49	< .001
78	.67	1.77	1.21	1.80	2.74	.72	.65	< .001
79	.67	1.54	0.97	2.28	5.78	.74	.50	< .001
80	1	1.83	1.31	1.56	1.52	.61	.48	< .001
81	1	1.52	1.07	2.46	5.88	.56	.43	< .001
82	.83	1.97	1.28	1.33	0.95	.63	.52	< .001
83	1	2.48	1.41	0.75	-0.36	.70	.59	< .001
84	1	2.16	1.48	1.11	0.03	.78	.67	< .001
85	1	3.05	1.55	0.19	-1.12	.44	.37	< .001
86	1	2.27	1.30	0.75	-0.40	.43	.37	< .001
87	.67	2.20	1.36	1.11	0.43	.35	.29	< .001
88	1	3.58	1.52	-0.25	-0.94	.68	.60	< .001
89	.00	2.43	1.43	0.83	-0.17	.52	.47	< .001
90	1	1.14	0.57	5.11	28.98	.39	.34	< .001

Nota. Se indican con gris los valores de los ítems eliminados.

Depuración de los ítems

Una vez realizado el juicio experto, la aplicación de la prueba piloto, la evaluación lingüística y habiendo obtenido resultados estadísticos sobre el comportamiento de cada ítem en numerosos aspectos; se tomaron decisiones acerca de cuáles de ellos deberían integrar la forma final del instrumento para realizar las estimaciones de su validez y confiabilidad. Se consideró el criterio utilizado por Carretero-Dios y Pérez (2005), el cual refiere a que la decisión de eliminar o conservar un ítem debe estar basada en una valoración conjunta de los índices estadísticos mostrados previamente en la Tabla 14 junto con los aspectos conceptuales que se asocian a él.

Tras la evaluación del funcionamiento psicométrico de la escala en la muestra de 550 universitarios —la cual cumplió con las recomendaciones de utilizar un $N \geq 300$ y de 5 sujetos por reactivo (Tornimbeni et al., 2008)— se encontraron algunos ítems que no se comportaron adecuadamente, por lo que se decidió descartarlos. A continuación, en la Tabla 15 se describen los criterios tenidos en cuenta para su evaluación.

Tabla 15

Criterio de puntuaciones para estadísticos usados en el análisis de ítems.

Estadístico	Símbolo	Valor	Criterio	Autor/es
<i>Índice de homogeneidad corregida</i>	<i>IHc</i>	<.25	Inaceptable	Nunally y Bernstein (1995)
		.30	Aceptable	
		> .40	Bueno	
<i>Alfa de Cronbach</i>	α	$\geq .70$	Aceptable	
<i>Peso de regresión estandarizado</i>	β	$\geq .40$	Aceptable	
<i>V Aiken</i>	<i>V0</i>	> .50	Mínimo	
		$\geq .60$	Aceptable	Herrera Rojas (1993)

En total fueron eliminados siete ítems (22, 25, 62, 68, 73, 87 y 90) como se explicará a continuación, configurándose una versión del instrumento de 83 reactivos.

Ítem 22 “*Soy básicamente diferente de las otras personas*” (EDT Aislamiento Social).

Este ítem presentó un valor disminuido de congruencia inter jueces ($V0 = .50$) y generó ambigüedad en la revisión cualitativa tanto con los jueces expertos como con los participantes del grupo piloto.

El término “diferente” fue percibido por algunas personas asociado a la no pertenencia social —que es lo que el constructo mide— pero fue considerado por otras como un componente del EDT Grandiosidad lo cual reflejó complejidad. Se observó también que presentaba un índice de homogeneidad corregida moderado de valor .38, un pesaje dentro del EDT Aislamiento Social relativamente bajo o límite ($\beta = .41$) y que al eliminarlo aumentaba notoriamente la consistencia interna de la subescala (siendo el $\alpha = .78$ con el ítem, y $\alpha = .83$ al eliminarlo). Previo a la eliminación del ítem y de acuerdo a las sugerencias de Carretero- Dios y Pérez (2005) acerca de la cautela a la hora de descartar los reactivos especialmente si se planea emplearlos en poblaciones no representadas por la muestra donde se adaptó el instrumento, se procedió a contrastar estos resultados con los provenientes de dos muestras adicionales. En primer lugar, se cotejó el comportamiento de dicho ítem procesando los datos de la investigación no publicada que sirvió como antecedente al presente estudio (Cordero & Tiscornia, 2014) obteniendo similares resultados respecto a que mejora la consistencia interna del EDT al eliminarlo. También se observó que en el AFE el ítem no saturó en ningún factor. En segundo lugar, en la muestra clínica analizada en esta investigación la eliminación de dicho ítem mejoró levemente el alfa de Cronbach de un valor de .83 a .84. Tras el análisis de los mencionados criterios se decidió eliminar dicho ítem.

Ítem 25 “*Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día*” (EDT Dependencia).

Este ítem presentó un buen nivel de concordancia en la evaluación de jueces expertos ($V0 = 1$), sin embargo, mostró un índice de homogeneidad corregido con un valor crítico ($IHC = .24$). Asimismo, se vio que al eliminarlo el nivel de consistencia interna de la subescala Dependencia mejoraba en un valor de un alfa de Cronbach de .59 a .67. Asimismo, el pesaje obtenido del ítem en esta subescala fue bajo ($\beta = .30$). Por último, al cotejarlo con los resultados en la muestra universitaria de la investigación precedente (Cordero & Tiscornia, 2014), se vio que la eliminación del mismo también mejoraba la consistencia interna de la escala.

Ítem 62 “*Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria*” (EDT Vulnerabilidad al Daño).

En el caso de este reactivo se observó un adecuado valor de acuerdo interjueces ($V0 = 1$). Sin embargo, tanto el índice de homogeneidad corregida ($IHC = .34$) como el valor de pesaje ($\beta = .39$) tendieron a puntuar moderado y bajo respectivamente. Se observó que el valor de alfa de Cronbach también mejoraba de .69 a .71 al eliminarlo.

Ítem 68 “*Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen*” (EDT Grandiosidad).

Este ítem presentó una concordancia adecuada entre jueces expertos ($V0 = .83$), aunque generó cierto solapamiento con el EDT de Insuficiente Autocontrol que pertenece al mismo Dominio. A nivel cualitativo produjo cierta dificultad en la comprensión de los participantes del piloto asociada a la sintaxis y largo del ítem, al incluir dos comportamientos y al usar la negación. Respecto a los criterios de evaluación estadísticos, se encontró un índice de homogeneidad corregida de .30 y un valor de pesaje del ítem de .32, los cuales se consideran puntuaciones moderadas y bajas respectivamente. Debido a que el comportamiento general del ítem tendió a puntajes bajos y dado que el componente del EDT Grandiosidad que medía también estaba contemplado en el ítem 32 (“*Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas*”), se procedió a eliminarlo.

Ítem 73 “*Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.*” (EDT Privación Emocional).

Este ítem presentó un grado de acuerdo interjueces adecuado ($V0 = .83$). En la evaluación cualitativa tanto del juicio a expertos, estudio piloto y análisis lingüístico, se evidenció que el ítem presentaba complejidad asociada a la sintaxis, el largo y a que implicaba demasiados comportamientos dificultando la comprensión (“*persona fuerte o sabia*”; “*me diese un buen consejo o me guiase*”). La puntuación obtenida para el índice de homogeneidad corregido fue de .34 y el pesaje del ítem fue de .37, valores con tendencia baja. Al compararlo con el estudio previo (Cordero & Tiscornia, 2014) se observó que presentaba complejidad factorial y se identificó una mejora de la consistencia interna de la subescala al eliminarlo.

Al evaluar estas condiciones y considerar que el constructo está representado por el resto de los reactivos, se eliminó este ítem.

Ítem 87 “*Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis decisiones o propósitos*”. (EDT Insuficiente Autocontrol).

Este ítem presentó un grado de acuerdo inter juez aceptable ($V0 = .67$), generando cierta confusión respecto de los EDTs de Fracaso y Dependencia. El índice de homogeneidad corregida ($IHC = .29$) y su pesaje ($\beta = .35$) puntuaron bajo; además se observó que, al eliminar el ítem, el alfa de Cronbach de la subescala aumentaba levemente. Estos datos sobre la consistencia interna también se observaron al evaluar el funcionamiento del ítem en la muestra de la investigación antecedente (Cordero & Tiscornia, 2014), donde además se observó complejidad factorial al realizar el AFE.

Ítem 90 “*Soy una mala persona que merece ser castigada*” (EDT Castigo).

Este ítem presentó un grado de acuerdo inter juez muy bueno ($V0 = 1$). Sin embargo, generó comentarios a nivel cualitativo —tanto en el juicio a expertos, piloto y análisis lingüístico— referidos a la redundancia del constructo —demasiados ítems iguales midiendo el mismo componente del constructo—. Se observaron valores entre moderados y bajos para los estadísticos evaluados ($IHC = .34$ y $\beta = .39$), notándose una mejor en alfa de Cronbach al eliminar el elemento.

Como se mencionó previamente, otros ítems (43, 44, 45, 69, 85 y 86) fueron sometidos a evaluación, sin embargo, no se encontraron suficientes criterios que justificase su eliminación. Por ejemplo, el ítem 43 (“*No tengo sentido común*”) del EDT Dependencia y el 44 de Vulnerabilidad al Daño (“*Me preocupa que alguien pueda atacarme físicamente*”), tuvieron coeficientes Aiken bajos e índices de homogeneidad moderados. Sin embargo, el peso de los mismos fue adecuado y no presentaron dificultades en los análisis cualitativos. Sin embargo, ocurrió lo contrario con el ítem 45 “*Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables*”, el cual presentó cierta dificultad en el análisis cualitativo —al ser un ítem largo, con dos comportamientos y una semántica compleja—, pero que obtuvo resultados estadísticos aceptables.

4.1.3 Resultados sobre la distribución de la muestra y pruebas de normalidad

Tras el estudio de la normalidad univariante analizado previamente, se evaluó la distribución de los EDTs en la muestra universitaria mediante la prueba de normalidad de *Shapiro-Wilk*. Se confirmó que se rechaza la hipótesis de normalidad para todos los EDTs, encontrando 17 EDTs con valor $p < .001$, a excepción de Metas Inalcanzables que presentó valor .019 ($p = < .05$). Al calcularse la prueba de normalidad en la muestra clínica, se obtuvieron resultados similares y el EDT de Metas Inalcanzables ($p = .19$) fue el único que no rechazó la hipótesis nula de normalidad. Por su parte, los 5 Dominios rechazaron el supuesto de normalidad en ambas muestras. A partir de estos análisis se procedió a calcular pruebas no paramétricas.

4.1.4 Validez de respuesta

Uno de los aspectos relacionados con la validez tiene que ver con la evidencia basada en el proceso de respuesta (Tornimbeni et al., 2008). En función de controlar o conocer el efecto de las tendencias de respuesta o distorsiones que son frecuentes en las escalas autoadministrables de personalidad (Lanyon & Wershba, 2013; Lemos, 2006), se tuvieron en cuenta las subescalas de validez del LSB-50, *Minimización* y *Magnificación*. Tal se visualiza en la Tabla 16, si bien no se detectaron valores elevados, se observó una mayor puntuación en las respuestas de la muestra clínica por encima de la universitaria. Las puntuaciones directas de estas subescalas se correspondieron en ambas muestras con percentiles inferiores a 50 tanto en hombres como mujeres, a excepción de la subescala *Magnificación*, la cual para la muestra clínica se correspondió con el percentil 65 (de Rivera & Abuín, 2012).

Tabla 16

Sub-escalas de sesgo de respuesta de ambas muestras.

		<i>Subescalas LSB-50</i>		
		<i>Estadísticos</i>	<i>Minimización Magnificación</i>	
Muestra Universitaria (n = 518)	<i>M (DE)</i>	9.75 (6.38)	3.78 (4.19)	
	<i>Mediana</i>	9	3	
	<i>Min-Max^a</i>	0-29	0-29	
Muestra Clínica (n = 126)	<i>M (DE)</i>	15.79 (7.39)	8.01 (6.46)	
	<i>Mediana</i>	15	6	
	<i>Min-Max^a</i>	0-32	0-32	

Nota: ^aValor mínimo posible 0 y valor máximo posible 32.

4.1.5 Validez de constructo

Matriz de intercorrelaciones

Mediante el análisis de la matriz de correlaciones de los datos provenientes de la muestra universitaria (Tabla 17) se hallaron asociaciones significativas entre los 18 EDTs planteados por el modelo de Young (2003). El rango osciló entre un extremo inferior de valor $Rho = .14$ para los EDTs de Fracaso y Metas Inalcanzables, hasta el extremo superior con valor $Rho = .61$ para los de Desconfianza y Pesimismo.

Siguiendo el siguiente criterio (Martínez Ortega, 2009), se hallaron 5 correlaciones consideradas muy bajas ($Rho < .20$), 80 correlaciones bajas (valor Rho entre $.20$ y $.40$), 68 correlaciones moderadas (Rho entre $.41$ y $.61$).

Al analizar las correlaciones entre los EDTs agrupados en cada Dominio se observó que estas fueron moderadas para el Dominio 1 (valores Rho entre $.41$ y $.58$) y el Dominio 3 ($Rho = .48$). Mientras que resultaron entre bajas y moderadas para el Dominio 2 (valores entre $.33$ y $.56$), el Dominio 4 (entre $.26$ y $.44$) y el Dominio 5 (entre $.30$ y $.53$).

Las correlaciones entre los EDTs y el puntaje total del YSQ-S3 fueron todas moderadas y altas asumiendo valores Rho entre $.53$ (Autosacrificio) y $.77$ (Pesimismo).

Tabla 17

Matriz de intercorrelaciones de EDTs en muestra universitaria.

EDTs	Aban	Desc	PrEm	DeFe	AiSo	Depe	Vuln	Apeg	Frac	Gran	InAu	Suby	AuSa	BuAp	Pesi	InEm	Meln	Cast
1 Abandono	.81																	
2 Desconfianza	.57**	.81																
3 Privación emocional	.41**	.49**	.81															
4 Defectuosidad	.50**	.47**	.52**	.75														
5 Aislamiento Social	.43**	.53**	.58**	.58**	.82													
6 Dependencia	.37**	.37**	.29**	.45**	.43**	.67												
7 Vulnerabilidad al Daño	.51**	.50**	.28**	.33**	.35**	.38**	.71											
8 Apego Fusionado	.40**	.41**	.20**	.31**	.37**	.36**	.36**	.67										
9 Fracaso	.41**	.37**	.30**	.45**	.36**	.56**	.34**	.33**	.84									
10 Grandiosidad	.45**	.47**	.29**	.34**	.36**	.34**	.35**	.36**	.25**	.65								
11 Insuficiente Autocontrol	.47**	.46**	.32**	.44**	.41**	.45**	.35**	.37**	.50**	.48**	.66							
12 Subyugación	.51**	.54**	.40**	.50**	.48**	.49**	.46**	.49**	.44**	.42**	.45**	.75						
13 Autosacrificio	.41**	.34**	.23**	.22**	.20**	.19**	.31**	.30**	.27**	.25**	.24**	.37**	.73					
14 Búsqueda Aprobación	.47**	.41**	.27**	.35**	.29**	.34**	.32**	.28**	.33**	.57**	.49**	.44**	.26**	.81				
15 Pesimismo	.59**	.61**	.44**	.48**	.48**	.45**	.58**	.37**	.52**	.43**	.50**	.53**	.31**	.46**	.77			
16 Inhibición Emocional	.33**	.42**	.43**	.49**	.46**	.30**	.24**	.29**	.28**	.29**	.33**	.41**	.20**	.16**	.41**	.82		
17 Metas Inalcanzables	.34**	.33**	.22**	.24**	.29**	.17**	.28**	.25**	.14**	.43**	.19**	.28**	.44**	.34**	.33**	.30**	.70	
18 Castigo	.40**	.39**	.29**	.35**	.31**	.34**	.35**	.26**	.38**	.35**	.37**	.39**	.30**	.35**	.53**	.32**	.43**	.75
YSQ-S3 Pje Total	.74**	.74**	.56**	.63**	.63**	.57**	.60**	.55**	.59**	.65**	.66*	.72**	.53**	.63**	.77**	.56*	.56**	.61**

Nota: La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

Análisis factorial confirmatorio

Para confirmar si la estructura de la escala se correspondía con el marco teórico, se empleó el AFC utilizando el método de parcelamiento (Matsunaga, 2008) que se describió en el Capítulo III. Se recuerda al lector que se usó el programa AMOS 16.0 y que se optó por el método de Mínimos Cuadrados no Ponderados (ULS) porque los datos no cumplieron el supuesto de normalidad multivariante (Boomsma, 2000; Morata-Ramírez et al., 2015).

Para una mejor evaluación del ajuste y contemplando la recomendación de varios autores (Brown, 2006; Hu & Bentler, 1999), se consideraron simultáneamente —tal como se explicitó en el Capítulo III— varios índices: $\chi^2/\text{gl} \leq 5$; $\text{GFI} \geq .950$; $\text{AGFI} = \geq .950$; $\text{NFI} \geq .900$; $\text{SRMR} \leq .060$.

A continuación, se detallarán los resultados de las diversas etapas del AFC pertinentes al estudio del ajuste del modelo de la Terapia de Esquemas.

Análisis Factorial Confirmatorio de los EDTs.

Cabe mencionar que no se puso a prueba el modelo completo de Dominios, EDTs e ítems debido a limitaciones en el software estadístico disponible y considerando la numerosa cantidad de ítems. Sin embargo, se realizaron dos procedimientos para contrarrestar este factor. En primer lugar, tal se informó previamente en la Tabla 14, se estudió el comportamiento individual de los 90 ítems respecto de sus respectivos EDTs porque se consideró pertinente no dar por sentado que su sumatoria era apropiada sin dicho análisis previo (Hall et al., 1999).

En segundo lugar, tras el análisis detallado del comportamiento de los ítems y una vez depurada la prueba (83 ítems), se sometió a cada EDT con sus respectivos ítems individuales a un AFC. Los índices de ajuste e índice residual obtenidos para cada EDT fueron en general adecuados. Se observó que para los EDTs de Dependencia e Inhibición Emocional los valores del índice de error y la razón de ji cuadrado sobre los grados de libertad resultaron elevados (véase Tabla 18).

Tabla 18

AFC por EDT (versión depurada).

Dominio	EDTs	X ² /gl	GFI	AGFI	NFI	SRMR
1	Privación Emocional	0.72	1.0	1.0	1.0	.0085
1	Abandono	3.34	.998	.994	.996	.0242
1	Desconfianza	7.79	.996	.987	.991	.0412
1	Aislamiento Social	5.13	.999	.996	.998	.0192
1	Defectuosidad	1.04	.999	.998	.998	.0148
2	Fracaso	3.00	.999	.997	.998	.0222
2	Dependencia	24.52	.989	.946	.959	.0699
2	Vulnerabilidad al Daño	3.53	.998	.992	.995	.0223
2	Apego Fusionado	4.65	.995	.986	.982	.0354
3	Grandiosidad	8.42	.995	.973	.979	.0442
3	Insuficiente Autocontrol	1.68	.999	.995	.996	.0171
4	Subyugación	1.09	.999	.997	.998	.0162
4	Autosacrificio	5.50	.996	.988	.990	.0338
4	Búsqueda Aprobación	3.20	.999	.996	.997	.0244
5	Inhibición Emocional	29.0	.986	.957	.971	.0702
5	Metas Inalcanzables	8.02	.992	.975	.971	.0476
5	Pesimismo	5.62	.995	.986	.988	.0370
5	Castigo	4.20	.999	.993	.996	.0212

Análisis Factorial Confirmatorio de los Dominios.

Se sometieron cada uno de los 5 Dominios del modelo original de Young (2003) con sus respectivos EDTs —sumatoria de ítems (Hall et al., 1999; Kishton & Widaman, 1994)— a un AFC por separado a fin de poder confirmar el ajuste a sus respectivas estructuras usando los 83 ítems³ de la versión ya depurada. A continuación, se señalarán los resultados para cada Dominio.

AFC del Dominio 1 (Desconexión y Rechazo).

En el caso del primer Dominio, tal como se indicó previamente, fueron eliminados dos ítems de la versión original, uno que correspondía al EDT de Privación Emocional (ítem 73) y el otro correspondiente al EDT Aislamiento Social (ítem 22). Para este Dominio se obtuvieron índices de ajuste global e incremental adecuados ($\chi^2/\text{gl} = 3.69$; GFI = .982; AGFI = .978; NFI = .975; SRMR = .057). En la Figura 13 se muestra la solución estandarizada del AFC del Dominio 1 donde se observaron coeficientes dentro del rango .44 y .86.

³ Se recuerda al lector que los ítems se encuentran numerados respecto a la versión original de 90 ítems.

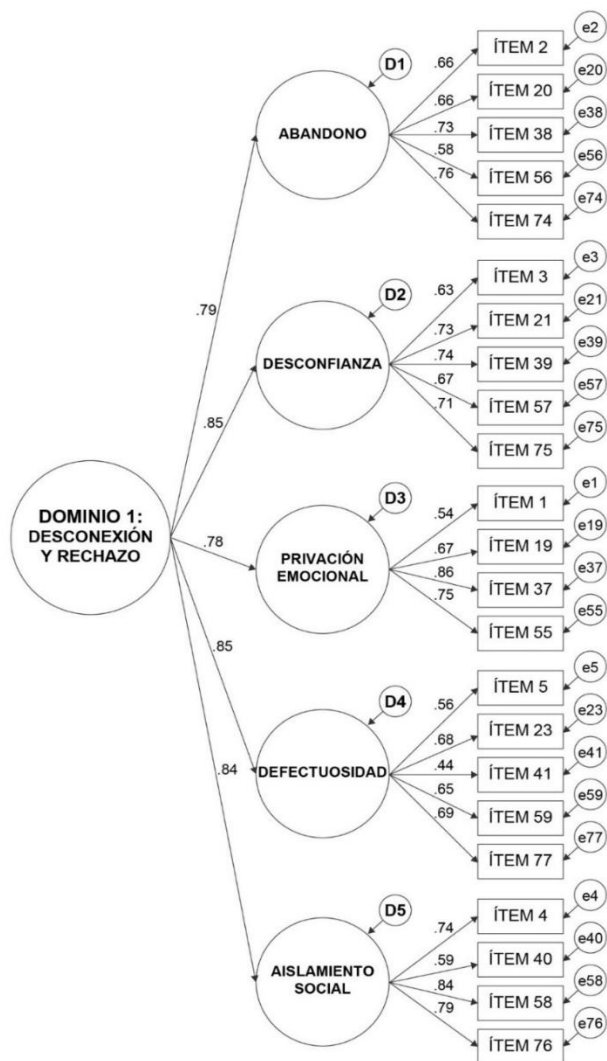


Figura 13. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 1.

AFC del Dominio 2 (Perjuicio en Autonomía y Desempeño).

Para el segundo Dominio, se descartó el ítem 25 del EDT Dependencia y el 62 correspondiente al EDT Vulnerabilidad al Daño.

Se estudió el ajuste del modelo donde se hallaron índices de ajuste global e incremental satisfactorios ($\chi^2/g.l = 3.03$; GFI = .982; AGFI = .977; NFI = .967; SRMR = .053). Como puede advertirse en la Figura 14 se muestra la solución estandarizada del AFC del Dominio 2 donde se observan coeficientes de regresión o pesajes dentro del rango .37 y .93.

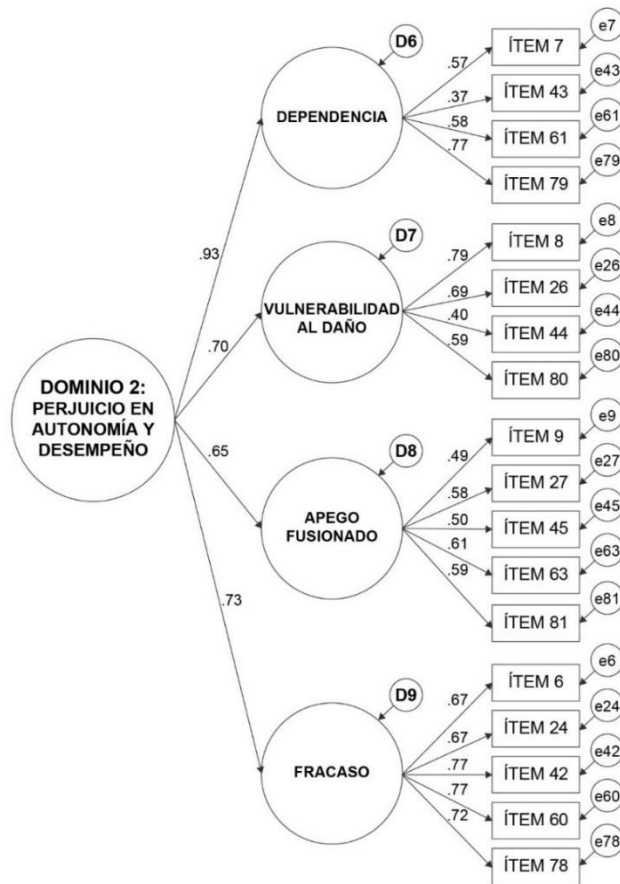


Figura 14. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 2.

AFC del Dominio 3 (Límites Insuficientes).

El Dominio 3, se compone únicamente de dos EDTs —Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol— de los cuales se eliminaron el ítem 68 y el 87 respectivamente.

Se estudió el ajuste del modelo mediante los índices de ajuste global e incremental ($\chi^2/gl = 3.03$; GFI = .992; AGFI = .985; NFI = .978; SRMR = .038). A continuación, en la Figura 15 se muestra la solución estandarizada del AFC de este Dominio donde se visualizan coeficientes dentro del rango .45 y .90.

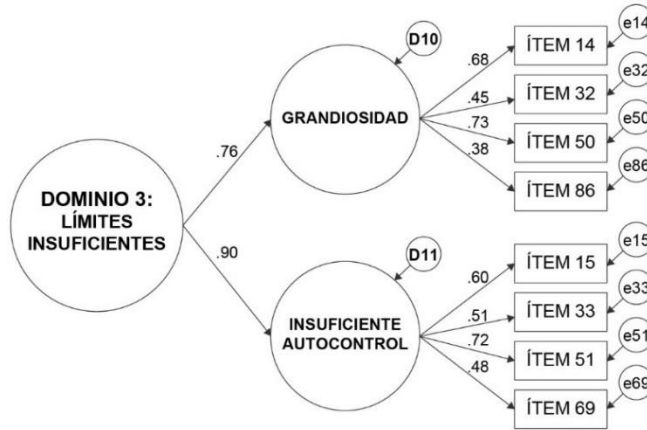


Figura 15. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 3.

AFC del Dominio 4 (Orientación a Otros).

El cuarto Dominio, se mantuvo con su estructura original y se obtuvo también un ajuste satisfactorio ($\chi^2/g.l = 2.50$; GFI = .983; AGFI = .978; NFI = .968; SRMR = .049). La Figura 16 muestra la solución estandarizada del AFC del Dominio 1 donde se observan coeficientes dentro del rango .52 y .79.

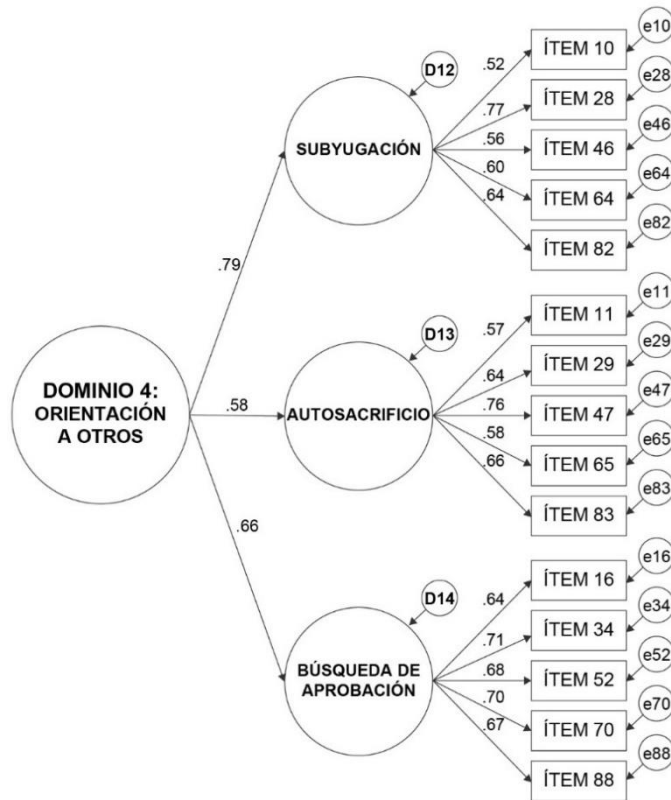


Figura 16. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 4.

AFC del Dominio 5 (Sobrevigilancia e Inhibición).

En el último Dominio, tras la eliminación del ítem 90 perteneciente al EDT de Castigo, también se estudiaron los índices de ajuste global e incremental obteniendo valores apropiados ($\chi^2/gf = 4.31$; GFI = .967; AGFI = .958; NFI = .942; SRMR = .065). La Figura 17 muestra la solución estandarizada del AFC del Dominio 5 donde se observan coeficientes dentro del rango .47 y .75.

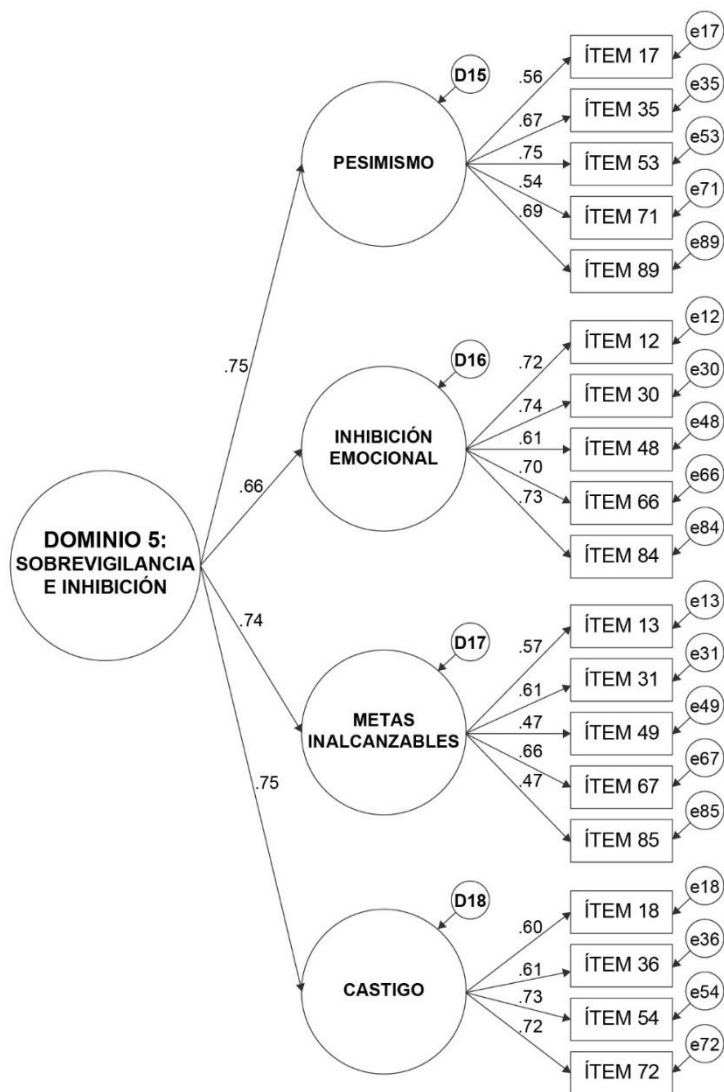


Figura 17. Análisis Factorial Confirmatorio Dominio 5.

Resumen del análisis factorial confirmatorio por Dominios.

Se observó que para los cinco Dominios todos los parámetros estimados resultaron estadísticamente satisfactorios. Por su parte, los coeficientes de regresión estandarizados estuvieron en el rango .37 a .86. El único ítem que presentó un peso bajo fue el 43 ($\beta = .37$) de la subescala Dependencia.

Análisis factorial del Modelo de Esquemas propuesto por Young (2003).

Una vez corroborado que era adecuado asumir que los ítems se ajustaban a los EDTs y su correspondiente Dominio, y con el objetivo de profundizar en el análisis de las evidencias de validez de constructo, se llevó a cabo un AFC (con método de estimación ULS) sobre la versión del YSQ-S3 de 83 ítems en el que se puso a prueba el modelo de Young (2003) representado por los 5 Dominios relacionados entre sí y conformados por sus respectivos EDTs empleando la sumatoria de los ítems que los componen (ver Figura 18).

Se obtuvieron índices de ajuste global e incremental satisfactorios ($\chi^2/gf = 7.30$; GFI = .980; AGFI = .972; NFI = .971; SRMR = .064). Los coeficientes estandarizados se hallaron dentro del rango .47 (Autosacrificio) y .85 (Pesimismo).

Se procedió a analizar las covarianzas entre los Dominios a fin de identificar anomalías en el comportamiento de los datos que pudiesen indicar problemas en la estimación del modelo (McDonald y Ho, 2002). Se observó un caso Heywood entre el Dominio 3 y el 4 que presenta un valor 1.02, el cual excede el criterio esperado que supone valores ≤ 1 (Brown, 2006) y el cual se discutirá en el Capítulo V.

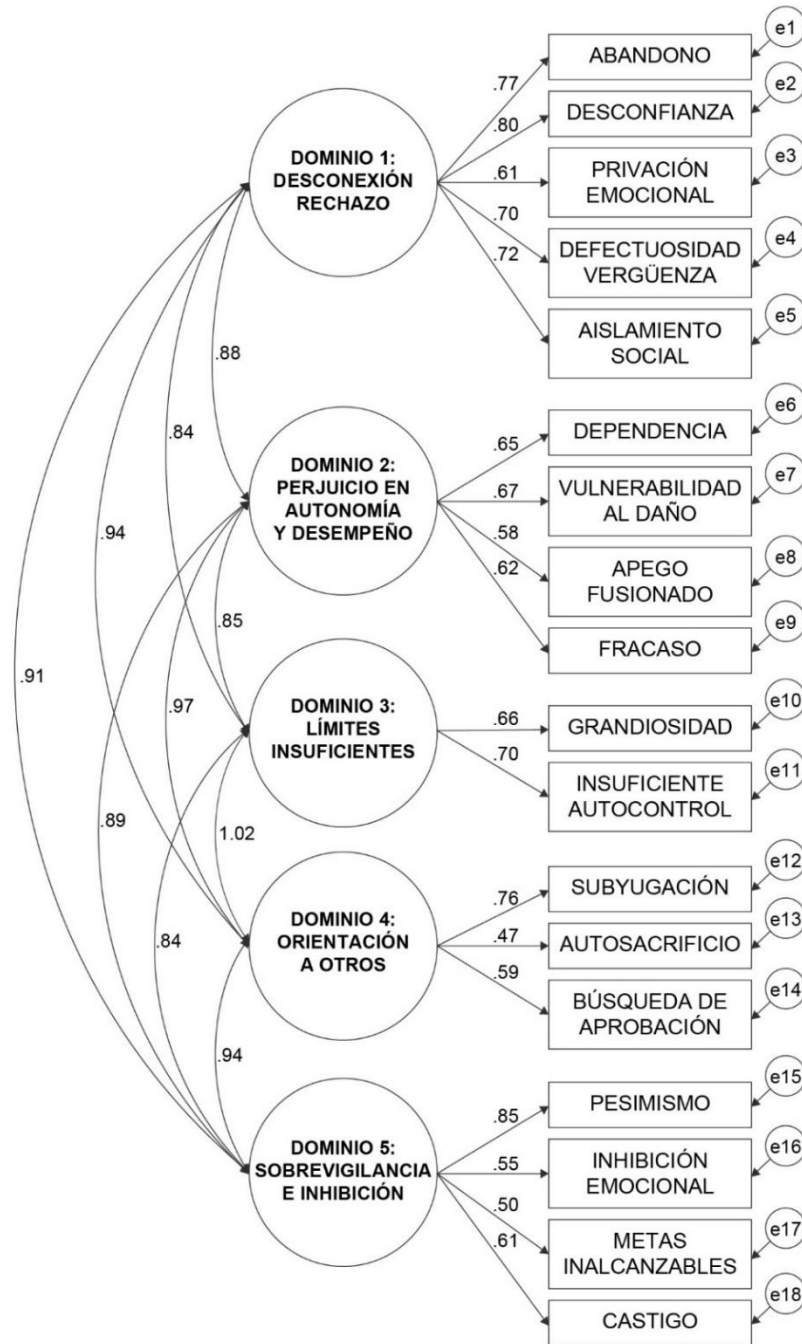


Figura 18. Análisis factorial confirmatorio del YSQ-S3 en muestra universitaria.

Pese a la limitación del tamaño muestral ($N = 157$) se verificó el ajuste del modelo en la muestra clínica (véase Figura 19). Se observó que los resultados de los índices de ajuste global e incremental también fueron satisfactorios ($\chi^2/gl = 2.98$; GFI = .970; AGFI = .959; NFI = .957; SRMR = .080).

La solución estandarizada del AFC del Modelo indica coeficientes dentro del rango .35 (para el EDT de Autosacrificio) y .79 (para los EDTs Castigo y Pesimismo).

En este caso se observaron covarianzas adecuadas entre los Dominios en un rango de .69 (entre el Dominio 1 y 3) y .93 (entre el 2 y 4). No se confirmó el caso Heywood entre los Dominios 3 y 4.

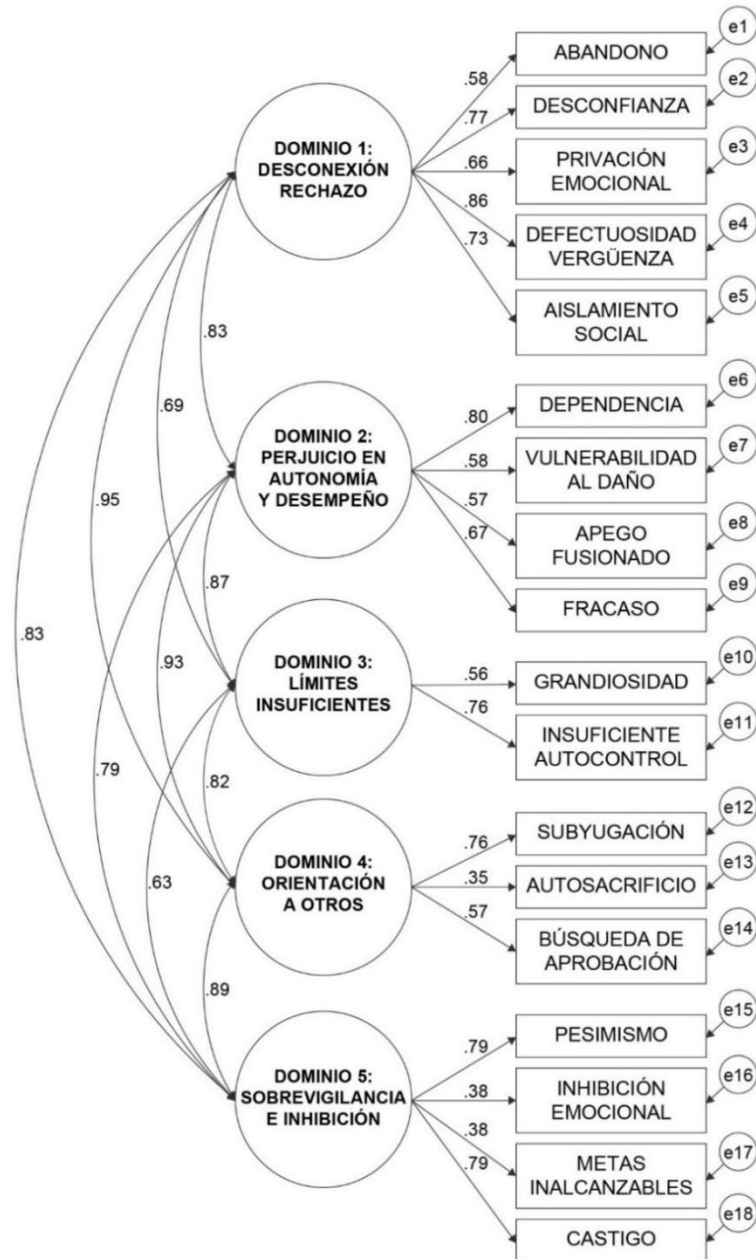


Figura 19. Análisis Factorial Confirmatorio YSQ-S3 en muestra clínica.

4.1.6 Confiabilidad de los resultados del YSQ-S3

Una vez estudiada la validez de constructo, se estudió la consistencia interna y estabilidad temporal de los resultados a fin de presentar evidencias de confiabilidad del instrumento como se detalla a continuación.

Resultados sobre la consistencia interna.

Con la versión ya depurada, se calculó el índice alfa de Cronbach, para evaluar la confiabilidad del instrumento en relación a su consistencia interna.

Debido a que se trata de un instrumento multi-componente resultó importante evaluar la consistencia interna de cada una de las facetas que evalúa (Campo-Arias, 2013; Carretero-Dios & Pérez, 2005). Por tanto, se calculó el alfa de Cronbach para cada uno de los 18 EDT y 5 Dominios del cuestionario compuesto por 83 ítems. Cabe mencionarse que las limitaciones asociadas al empleo de este coeficiente se desarrollan en el apartado 5.1.1 del Capítulo V y se complementarán con los resultados del Apéndice D.

Siguiendo con los resultados empleando el coeficiente alfa de Cronbach, tal puede apreciarse en la Tabla 19, los valores hallados en la muestra universitaria se encontraron en un rango comprendido entre .65 y .84. La mayoría de los EDTs presentaron valores aceptables ($\alpha \geq .70$) con una media de .75, a excepción de: Grandiosidad ($\alpha = .65$), Insuficiente Autocontrol ($\alpha = .66$), Dependencia ($\alpha = .67$) y Apego fusionado ($\alpha = .67$).

Los resultados de consistencia interna de la muestra clínica fueron similares obteniendo valores de alfa de Cronbach en un rango entre .53 y .87. La mayoría de las escalas o EDTs presentan un valor mayor a .70 ($M = .76$); a excepción de: Inhibición Emocional ($\alpha = .53$), Insuficiente Autocontrol ($\alpha = .64$), Vulnerabilidad al Daño ($\alpha = .65$), Apego Fusionado ($\alpha = .65$) y Grandiosidad ($\alpha = .67$).

Tabla 19

Consistencia interna de los EDTs

Escala /EDT	Alfa de Cronbach	
	Universitarios	Pacientes
Abandono	.81	.83
Desconfianza	.81	.84
Privación emocional	.81	.78
Defectuosidad	.75	.85
Aislamiento Social	.82	.84
Dependencia	.67	.80
Vulnerabilidad Daño	.71	.65
Apego Fusionado	.67	.65
Fracaso	.84	.87
Grandiosidad	.65	.67
Insuficiente Autocontrol	.66	.64
Subyugación	.75	.74
Autosacrificio	.73	.76
Búsqueda Aprobación	.81	.75
Pesimismo	.77	.84
Inhibición Emocional	.82	.53
Metas Inalcanzables	.70	.80
Castigo	.75	.79

Nota: Los valores de $\alpha < .70$, se señalan en negrita.

Se obtuvieron valores de alfa de Cronbach satisfactorios ($\alpha > .70$) para cada uno de los 5 Dominios del Modelo Tradicional de Young (2003) en ambas muestras. Como puede apreciarse en la Tabla 20 las puntuaciones halladas en la muestra universitaria estuvieron en un rango de entre .75 y .92. De modo similar, se obtuvieron valores adecuados en la muestra clínica ($.73 \leq \alpha \leq .92$).

Tabla 20

Consistencia interna de los Dominios.

Dominio	Nombre	Alfa de Cronbach	
		Universitarios	Pacientes
Dominio 1	Desconexión y Rechazo	.92	.92
Dominio 2	Perjuicio en Autonomía	.85	.86
Dominio 3	Límites Insuficientes	.75	.73
Dominio 4	Direccionado a Otros	.83	.80
Dominio 5	Sobrevigilancia	.86	.84

Estabilidad temporal de los resultados mediante el método test-retest

Como se explicó en el Capítulo III, se calculó la estabilidad temporal en una muestra independiente de 18 personas con un lapso de tiempo de dos semanas y media. Los participantes fueron adultos (15 mujeres y tres hombres) de NSE medio y alto, con edades comprendidas entre los 24 y 57 ($M = 36$); de los cuales cuatro se hallaban en psicoterapia y tres en tratamiento psiquiátrico. El total de los participantes incluidos respondió de manera negativa a la pregunta incluida en la segunda toma de datos (“¿En las últimas dos semanas ha transcurrido algún evento o cambio decisivo o fundamental en su vida?”).

Los coeficientes de correlación de Spearman para este grupo fueron homogéneos y significativos ($p < .001$) para todos los EDTs y Dominios. El rango de coeficientes osciló entre $Rho = .65$ (Insuficiente Autocontrol) y $.95$ (Dominio 1). La estabilidad para la puntuación total del YSQ-S3 fue elevada para este lapso temporal con un valor $Rho = .94$ (véase Tabla 21).

Tabla 21

Índice de fiabilidad test retest YSQ-S3.

EDTs	Pares	Rho
Abandono	T1 - T2	.88**
Desconfianza	T1 - T2	.94**
Privación Emocional	T1 - T2	.82**
Defectuosidad	T1 - T2	.75**
Aislamiento Social	T1 - T2	.90**
Dependencia	T1 - T2	.78**
Vulnerabilidad al Daño	T1 - T2	.77**
Apego Fusionado	T1 - T2	.92**
Fracaso	T1 - T2	.87**
Grandiosidad	T1 - T2	.87**
Insuficiente Autocontrol	T1 - T2	.65**
Subyugación	T1 - T2	.84**
Autosacrificio	T1 - T2	.94**
Búsqueda Aprobación	T1 - T2	.90**
Pesimismo	T1 - T2	.86**
Inhibición Emocional	T1 - T2	.90**
Metas Inalcanzables	T1 - T2	.76**
Castigo	T1 - T2	.80**
Dominio 1	T1 - T2	.95**
Dominio 2	T1 - T2	.91**
Dominio 3	T1 - T2	.76**
Dominio 4	T1 - T2	.93**
Dominio 5	T1 - T2	.89**
YSQ-S3 Total	T1 - T2	.94**

Nota: T1 (test), T2 (retest). ** $p < .001$.

4.2. Resultados Objetivo 2: Propiedades Psicométricas de los Cuestionarios Secundarios

Objetivo 2: Estudiar las propiedades psicométricas requeridas de los instrumentos secundarios empleados en este estudio.

Previo al estudio de la validez convergente y discriminante, y afín de ofrecer evidencias respecto a la calidad de las medidas secundarias empleadas, se realizaron los estudios psicométricos de las mismas que fueron justificados en el Capítulo III y que se presentaran a continuación.

4.2.1 Resultados cuestionario PID-5 BF.

A fin de obtener una medida confiable de psicopatología que estuviese asociada al modelo dimensional de la personalidad, para el estudio de la validez convergente del YSQ-S3, se realizó la traducción inversa del PID-5 BF, adaptación lingüística y se estudió el funcionamiento del mismo para universitarios uruguayos.

Como se mencionó en el Capítulo III, se sometieron los ítems traducidos al castellano al juicio experto (comprendido por ocho profesionales de la salud mental especializados en Terapia Cognitiva-Conductual). Se solicitó realizasen el emparejamiento de ítems con sus respectivo dominios⁴ de personalidad obteniéndose coeficientes V de Aiken $> .60$ (Herrera Rojas, 1993) para todos los ítems, a excepción del ítem 4 (“*A menudo siento que nada de lo que hago realmente importa*”) perteneciente al dominio desapego y los ítems 11 (“*Tiendo a seguir haciendo las cosas de determinada manera, incluso cuando es claro que no funciona*”) y 15 (“*Me irrito fácilmente por todo tipo de cosas*”) ambos pertenecientes al dominio Afecto Negativo.

Posteriormente, se administró el inventario a 12 estudiantes y ocho pacientes, corroborando así la validez de facie. Debido a que fueron ítems comprensibles y claros tanto en el Juicio a Expertos como en el estudio piloto, y dado que miden aspectos diferentes del constructo se decidió no eliminar ningún ítem. Las propiedades psicométricas de la prueba fueron probadas en la muestra universitaria compuesta por 490 estudiantes.

⁴ Los dominios de personalidad del PID-5 BF se indican con minúscula a fin de evitar confusiones con los Dominios del modelo de Young que se indican con mayúscula.

Por tratarse de un instrumento nuevo del cual no se precedían datos de investigación regionales, se procedió a explorar la estructura factorial que propone el modelo subyacente al PID-5 BF. Se calculó la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obteniéndose un valor de .824 y el Test de Esfericidad de Bartlett, que situó en un $\chi^2 = 2637.378$ ($p = .000$), lo cual señala la factibilidad del estudio factorial. El análisis factorial se llevó a cabo mediante el método de componentes principales y rotación oblimin con normalización Kaiser, extrayendo los 5 factores que propone la prueba. Para la extracción de factores se observó la prueba de sedimentación de Cattell que representa gráficamente la magnitud de los auto valores (véase Figura 20).

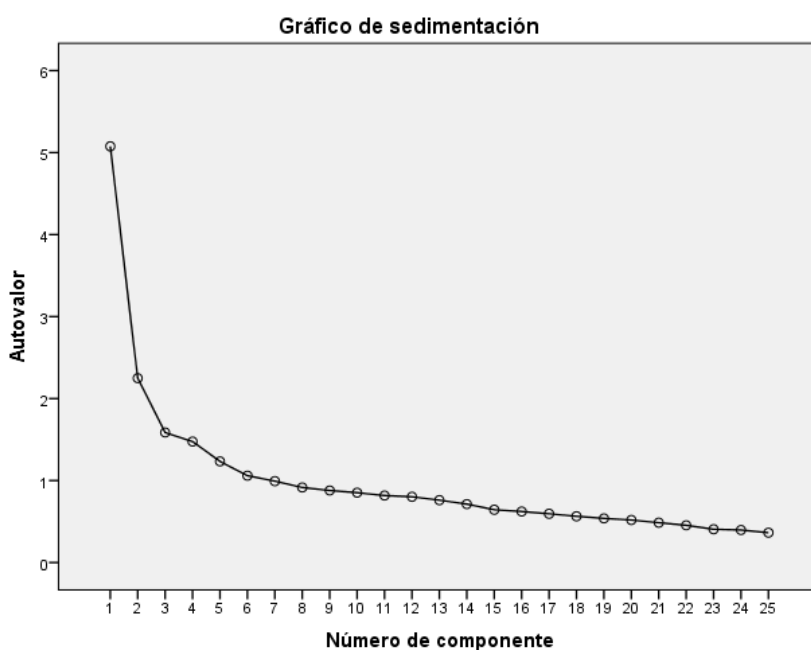


Figura 20. Gráfico de Sedimentación de los dominios del PID-5 BF.

Como se observa en la Tabla 22, la estructura factorial resultante apoyó el modelo teórico de los 5 dominios de Personalidad y se explicó el 46.48 % de la varianza.

Todos los ítems tendieron a agruparse en el dominio correspondiente a excepción del ítem 4 que no tuvo un peso en ninguno de los dominios y el ítem 7 que presentó un pesaje de .37. Sin embargo, fueron ítems que al eliminarlos disminuía la consistencia interna del respectivo Dominio.

Tabla 22

Análisis factorial exploratorio PID-5 BF en muestra universitaria.

Ítems	Dominios Personalidad				
	Afecto Negativo	Desapego	Desinhibición	Antagonismo	Psicoticismo
8	.754				
9	.731				
10	.623				
15	.520				
11	.442				
4					
16		.774			
14		.727			
18		.533			
13		.475			
5			-.696		
3			-.686		
2			-.650		
1			-.509		
6			-.454		
25				-.730	
22				-.682	
20				-.623	
19				-.584	
17				-.469	
23					-.675
24					-.670
12					-.644
21					-.464
7					-.374

Nota: El ítem en negrita no pertenece a ningún factor.

Se procedió a realizar un AFC poniendo a prueba el modelo de 5 dominios de la personalidad que propone el PID-5 BF. Se obtuvieron índices adecuados de ajuste: $\chi^2/gl=3.078$; GFI = .944; AGFI = .933; NFI = .877; SRMR = .068. En el Capítulo V se discutirán las limitaciones de este análisis.

Por último, se calculó el alfa de Cronbach de cada dominio y de la puntuación total, obteniéndose valores adecuados de confiabilidad del instrumento en relación a su consistencia interna (véase Tabla 23).

Tabla 23

Consistencia interna del PID-5 BF.

PID-5-BF	Muestra universitaria
<i>Afecto Negativo</i>	.66
<i>Desapego</i>	.71
<i>Antagonismo</i>	.69
<i>Desinhibición</i>	.76
<i>Psicoticismo</i>	.73
<i>PID-5-BF total</i>	.82

4.2.2 Resultados de análisis estadísticos LSB-50

Dicho cuestionario ha sido empleado en la región obteniendo propiedades psicométricas adecuadas para muestras Argentinas (de la Iglesia et al., 2015; de la Iglesia, Solano, et al., 2016). Cabe mencionar que igualmente se corroboró el funcionamiento global de los ítems donde se observaron índices homogeneidad corregida adecuados ($IHC > .30$) a excepción del ítem 48 que obtuvo un valor .27. Si bien esta puntuación fue baja, se observó que al eliminar el ítem el alfa de Cronbach de la escala permanecía igual.

Se realizó un AFC para ver el ajuste del modelo unidimensional establecido mediante la agrupación de los 50 ítems dado que se usaría esta medida total para el estudio de la validez convergente. Se obtuvieron índices adecuados de ajuste: $\chi^2/df = 4.09$; GFI = .954; AGFI = .950; NFI = .941; SRMR = .070. Posteriormente, se procedió a estudiar la consistencia interna del mismo en ambas muestras obteniendo valores adecuados para el cuestionario en general y para las escalas pertinentes a los objetivos de esta tesis como se indica en la Tabla 24.

Tabla 24

Consistencia interna del LSB-50.

LSB-50	Alfa de Cronbach	
	Muestra universitaria	Muestra clínica
<i>IRPsi</i>	.81	.86
<i>Minimización</i>	.81	.83
<i>Magnificación</i>	.72	.78
<i>Ansiedad</i>	.79	.86
<i>Depresión</i>	.83	.88
<i>LSB-50 total</i>	.94	.96

4.2.3 Resultados de análisis estadísticos PBQ-SF

Este instrumento fue estudiado para una muestra universitaria uruguaya, donde se obtuvieron indicadores de buenas propiedades psicométricas (Daguerre et al., 2015). Por tanto, en esta ocasión y considerando que no se usarían las subescalas, se procedió a calcular el alfa de Cronbach del puntaje total donde se obtuvo un valor adecuado tanto para la muestra universitaria de 434 estudiantes como como para la muestra clínica compuesta por 100 pacientes ($\alpha = .96$ en ambos casos).

Se realizó un AFC agrupando los 10 factores en una única dimensión asociada a los trastornos de personalidad y se obtuvieron los siguientes índices de ajuste: $\chi^2/gl = 20.82$; GFI = .990; AGFI = .985; NFI = .987; SRMR = .059.

4.2.4 Resultados de análisis estadísticos MHC-SF

Este instrumento se hallaba en proceso de adaptación para la Argentina, al momento de realizar este trabajo (Lupano Perugini et al., 2016).

Tal se describió en el apartado 3.4.2 del Capítulo III, la versión había sido sometida al análisis de una lingüista bilingüe cotejando la traducción con la original en inglés. Posteriormente se procedió a realizar el procedimiento de juicio a expertos y estudio piloto siguiendo el mismo lineamiento que para el PID-5 BF.

A fin de evaluar la validez de las subescalas que propone el modelo subyacente al instrumento, se realizó un AFE del mismo en la muestra clínica ($N = 150$). Se calculó la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) donde se obtuvo un valor de .867 y el Test de Esfericidad de Bartlett, que situó en un $\chi^2 = 748.086$ ($p = .000$), lo cual señala la factibilidad del estudio factorial. El análisis factorial se llevó a cabo mediante el método de componentes principales y rotación oblimin con normalización Kaiser. Para la extracción de factores se observó la prueba de sedimentación de Cattell que representa gráficamente la magnitud de los auto valores (ver Figura 21). Las estructuras factoriales resultantes apoyaron el modelo teórico de los 3 clústeres del Bienestar y estos explicaron el 60.68 % de la varianza.

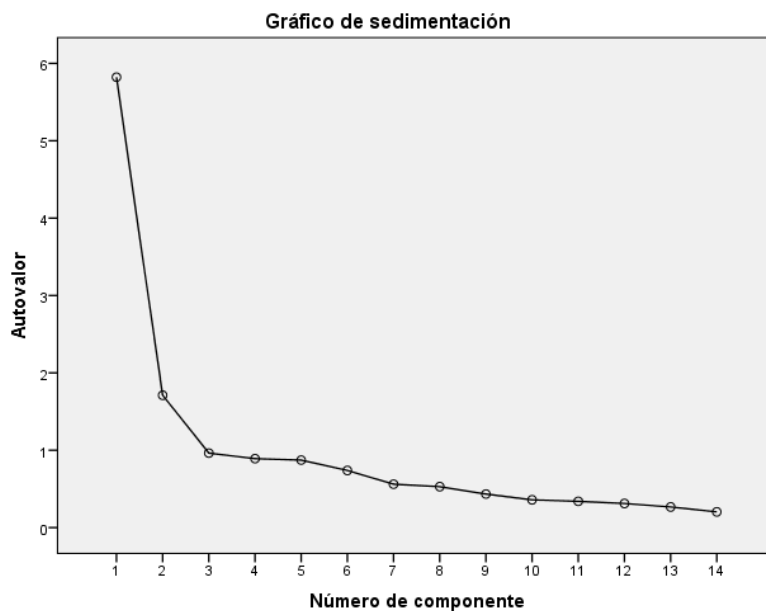


Figura 21. Gráfico de sedimentación del MHC-SF.

Todos los ítems presentaron pesajes aceptables (>.40) y la agrupación factorial en cada uno de los 3 clústeres correspondiente al marco teórico que sustenta al instrumento fue prioritariamente adecuada. Sin embargo, los ítems 10 y 9 se agruparon en el clúster 1 en vez de hacerlo en el clúster 3, observándose un comportamiento complejo del ítem 10. Asimismo, el ítem 4 que tuvo su pesaje en el clúster 1, pertenece al clúster 2 (véase Tabla 25).

Tabla 25

Análisis factorial exploratorio del MHC-SF en muestra clínica (N=150).

Ítems	Clústers del Bienestar		
	1.Bienestar Emocional	2.Bienestar Social	3.Bienestar Psicológico
1	.77		
2	.79		
3	.86		
9	.67		
4	.52		
10	.48		.39
6		.82	
8		.79	
5		.59	
7		.58	
13			.82
12			.69
11			.56
14			.48

Nota. Los ítems con cargas en negrita no pertenecen al factor esperado.

Se procedió a realizar un AFC utilizando los datos de la muestra universitaria ($N = 550$) poniendo a prueba el ajuste del modelo de 3 clústers del bienestar que propone el MHC-SF. Se observaron índices de ajuste satisfactorios del modelo: $\chi^2/df = 4.43$; GFI = .977; AGFI = .967; NFI = .957; SRMR = .058. Por último, se evaluó la consistencia interna del instrumento obteniendo buenos resultados para la escala total y los clústers en ambas muestras, con valores en un rango comprendido entre .69 y .88 como se visualiza en la Tabla 26.

Tabla 26

Consistencia interna del MHC- SF.

MHC-SF	Alfa de Cronbach	
	Muestra universitaria	Muestra clínica
<i>Bienestar Emocional (3 ítems)</i>	.74	.77
<i>Bienestar Social (5 ítems)</i>	.74	.69
<i>Bienestar Psicológico (6 ítems)</i>	.81	.86
<i>MHC-SF total</i>	.86	.88

En general se observó que las pruebas secundarias empleadas presentaron propiedades psicométricas adecuadas y por tanto fueron aptas para ser usadas como medidas de la validez externa del YSQ-S3.

4.3 Resultados sobre el objetivo 3: Comparación del modelo de Young (2003) con Modelos Alternativos.

3. Comparar el modelo propuesto por Young (2003) con otros modelos alternativos propuestos por Young (2014) y por otros investigadores: Saariaho et al. (2012), Saritas y Gençöz (2011) y Calvete et al. (2013).

Tal como se mencionó en el marco teórico, existen diversos modelos de agrupación de Dominios y EDTs que han surgido de los AFE de investigaciones previas (Bach et al., 2015b; Calvete et al., 2013; Cui et al., 2011; Lachenal-Chevallet et al., 2006; Oei & Baranoff, 2007; Saariaho et al., 2012).

Debido a este debate acerca de cuál es la estructura más adecuada, era de interés comprobar si el modelo tradicional de Young (2003) aquí confirmado, resultaba parsimonioso respecto a las otras propuestas.

Para ello se lo comparó con otra propuesta del propio Young (2014) y con otros modelos propuestos por investigadores de la línea de Terapia de Esquemas que usaron la misma versión del YSQ-S3 y fueron resumidos en la Tabla 7 del Capítulo II.

Los AFC se realizaron utilizando nuevamente el procedimiento ULS y fueron aplicados en la muestra universitaria.

Cada modelo se especificó estableciendo los dominios correspondientes como variables latentes correlacionadas y las sumatorias de ítems de sus respectivos EDTs como variables observables. En la comparación se analizaron los índices de ajuste, residuales y de parsimonia y se siguieron los criterios de punto de corte anteriormente utilizados. Tras el análisis comparativo (véase Tabla 27), se halló que todos los modelos presentaron índices de ajuste similares y adecuados, no hallándose grandes diferencias en los índices de parsimonia tampoco.

Los datos más significativos de estos análisis fueron en primer lugar, que el modelo reespecificado por Saariaho et al. (2012) si bien presentó buenos índices de ajuste, el cociente χ^2/gl así como el indicador residual fueron algo elevados ($\chi^2/gl > 8$; SRMR $> .80$).

En segundo lugar, se observó tal como era esperable que los modelos que contaron con 3 Dominios de segundo orden, resultaron ser más parsimoniosos que los que incluían 5 factores. Por último, pese a la poca magnitud de las diferencias entre modelos, el que ha sido revisado por Young (2014) pareció ser el que combinó los mejores índices de ajuste, parsimonia y de menor error ($\chi^2/gl = 6.62$; GFI = .984; AGFI = .978; NFI = .977; SRMR = .059; PGFI = .719; PRATIO = .817; PNFI = .798).

Tabla 27

Comparación de modelos mediante AFC en muestra universitaria.

MODELOS SEGUNDO ORDEN	EDTs	Dominios	X2	gl	X2/gl	Valor p	GFI	AGFI	NFI	RFI	SRMR	PGFI	PRATIO	PNFI
Young (2003)	18	5	912.7	125	7.30	.000	.980	.972	.971	.965	.064	.716	.817	.793
Young (2014)	18	5	827.97	125	6.62	.000	.984	.978	.977	.972	.059	.719	.817	.798
Saarioho et al. (2012)	17*	3	1757.67	133	12.21	.000	.981	.976	.973	.969	.082	.763	.869	.846
Saritas y Gençöz (2011)	18	3	927.23	132	7.02	.000	.980	.974	.972	.967	.064	.757	.863	.838
Calvete et al. (2013)	18	3	892.90	132	6.76	.000	.981	.975	.973	.969	.062	.757	.863	.839

Nota: *No emergencia del EDT Abandono

4.4. Resultados Sobre la Validez Externa: Discriminante y Convergente

Objetivo 4: Estudiar la validez externa del YSQ-S3 en la muestra universitaria.

A continuación, se indagó la validez externa del YSQ-S3 mediante correlaciones bivariadas con diversos cuestionarios asociados a la salud mental en la muestra universitaria.

En primer lugar, como se observa en la Tabla 28, los resultados indicaron que existieron correlaciones positivas con significación alta ($p < .01$) entre las distintas escalas y subescalas del YSQ-S3 y las escalas del PID-5 BF. Las únicas excepciones se dieron entre Autosacrificio del YSQ-S3 y Antagonismo del PID-5 BF, por un lado; y Metas Inalcanzables (YSQ-S3) y Desinhibición (PID-5 BF) por el otro.

Tabla 28

Validez convergente entre YSQ-S3 y PID-5 BF.

EDTs	Afecto Negativo	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo
<i>Abandono</i>	.60**	.36**	.33**	.32**	.39**
Desconfianza	.42**	.48**	.40**	.33**	.46**
Privación emocional	.19**	.48**	.26**	.23**	.33**
Defectuosidad	.33**	.45**	.34**	.30**	.37**
Aislamiento Social	.28**	.50**	.28**	.22**	.36**
Dependencia	.32**	.40**	.32**	.35**	.36**
Vulnerabilidad al Daño	.43**	.28**	.26**	.27**	.35**
Apego Fusionado	.35**	.30**	.23**	.20**	.29**
Fracaso	.37**	.38**	.28**	.38**	.31**
Grandiosidad	.42**	.29**	.52**	.28**	.36**
Insuficiente Autocontrol	.48**	.36**	.35**	.48**	.37**
Subyugación	.39**	.40**	.29**	.30**	.36**
Autosacrificio	.28**	.18**	.07	.18**	.13**
<i>Búsqueda Aprobación</i>	.42**	.23**	.54**	.24**	.26**
Pesimismo	.50**	.43**	.35**	.37**	.45**
Inhibición Emocional	.21**	.52**	.19**	.17**	.30**
<i>Metas Inalcanzables</i>	.32**	.23**	.21**	.02	.18**
Castigo	.28**	.28**	.26**	.28**	.33**
DOMINIOS EDTS					
1. Desconexión	.52**	.56**	.45**	.37**	.48**
2. Perjuicio Autonomía	.49**	.46**	.37**	.39**	.43**
3. Límites Insuficientes	.52**	.38**	.50**	.45**	.42**
4. <i>Orientación a otros</i>	.48**	.33**	.38**	.29**	.31**
5. Sobrevigilancia	.44**	.50**	.35**	.25**	.40**
YSQ S3	.72**	.58**	.53**	.47**	.40**

En segundo lugar, se obtuvieron correlaciones positivas significativas de los EDTS y Dominios del YSQ-S3, con el puntaje global del PBQ-SF y con la subescala Índice de Riesgo Psicopatológico (IRP) y el puntaje total del LSB-50 (Tabla 29).

Tabla 29

Validez convergente del YSQ-S3 con PBQ-SF y LSB-50 (muestra universitaria).

EDTs	PBQ-SF		LSB-50
	Total	IRPsi	LSB-50 Total
<i>Abandono</i>	.57**	.53**	.58**
Desconfianza	.63**	.52**	.58**
Privación emocional	.43**	.35**	.40**
Defectuosidad	.44**	.43**	.44**
Aislamiento Social	.44**	.40**	.46**
Dependencia	.41**	.44**	.45**
Vulnerabilidad al Daño	.48**	.57**	.58**
Apego Fusionado	.42**	.36**	.40**
Fracaso	.41**	.47**	.46**
Grandiosidad	.61**	.38**	.46**
Insuficiente Autocontrol	.52**	.46**	.50**
Subyugación	.52**	.49**	.49**
Autosacrificio	.33**	.26**	.30**
<i>Búsqueda Aprobación</i>	.56**	.36**	.40**
Pesimismo	.60**	.57**	.63**
Inhibición Emocional	.41**	.32**	.34**
<i>Metas Inalcanzables</i>	.43**	.22**	.29**
Castigo	.47**	.36**	.37**
DOMINIOS			
1. Desconexión	.68**	.59**	.65**
2. Perjuicio Autonomía	.58**	.63**	.64**
3. Límites Insuficientes	.65**	.49**	.56**
4. <i>Orientación a otros</i>	.62**	.49**	.52**
5. Sobrevigilancia	.65**	.49**	.54**
YSQ S3 total	.75**	.64**	.70**

Nota: **La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

Por último, se estudió la validez divergente correlacionando las subescalas del YSQ-S3 con las Subescalas y puntaje global del MHC-SF. Como se visualiza en la Tabla 30, la mayoría de las subescalas presentan una correlación negativa mostrando dicha validez.

El EDT Metas Inalcanzables resultó menos significativo a la hora de discriminar el constructo psicopatológico, seguido por los EDTs de Autosacrificio y Dependencia.

Tabla 30

Validez divergente del YSQ-S3 y el MHC-SF (muestra universitaria).

EDTs	MHC-SF			Total
	Bienestar Emocional	Bienestar Social	Bienestar Psicológico	
<i>Abandono</i>	-.34**	-.20**	-.32**	-.34**
Desconfianza	-.33**	-.24**	-.33**	-.35**
Privación emocional	-.38**	-.14**	-.31**	-.30**
Defectuosidad	-.36**	-.15**	-.37**	-.34**
Aislamiento Social	-.34**	-.23**	-.35**	-.37**
Dependencia	-.26**	-.09*	-.31**	-.27**
Vulnerabilidad al Daño	-.23**	-.18**	-.23**	-.26**
Apego Fusionado	-.21**	-.15**	-.25**	-.25**
Fracaso	-.25**	-.19**	-.30**	-.31**
Grandiosidad	-.19**	-.24**	-.16**	-.24**
Insuficiente Autocontrol	-.32**	-.27**	-.35**	-.39**
Subyugación	-.35**	-.17**	-.37**	-.34**
Autosacrificio	-.16**	-.03	-.12**	-.11*
<i>Búsqueda Aprobación</i>	-.20**	-.15**	-.22**	-.24**
Pesimismo	-.36**	-.26**	-.32**	-.38**
Inhibición Emocional	-.29**	-.19**	-.31**	-.32**
<i>Metas Inalcanzables</i>	-.11*	-.09*	-.05	-.09*
Castigo	-.17**	-.11*	-.20**	-.19**
DOMINIOS EDTs				
1. Desconexión	-.44**	-.26**	-.43**	-.44**
2. Perjuicio Autonomía	-.32**	-.23**	-.36**	-.37**
3. Límites Insuficientes	-.29**	-.30**	-.30**	-.36**
4. <i>Orientación a Otros</i>	-.28**	-.15**	-.29**	-.29**
5. Sobrevigilancia	-.32**	-.22**	-.29**	-.33**
YSQ S3	-.38**	-.27**	-.38**	-.41**

Nota: **La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

*La correlación es significativa en el nivel .05 (1 cola).

4.5. Resultados Objetivo 5: EDTs y Dominios en la Muestra Universitaria.

En este apartado se expondrán los datos descriptivos de los EDTs y Dominios presentes en la muestra universitaria. Asimismo, se presentarán los baremos correspondientes a dicha muestra.

4.5.1. Descriptivos e histogramas en muestra universitaria.

Para comenzar a estudiar el comportamiento de las variables se calcularon los estadísticos descriptivos (véase Tabla 31) y se analizaron los histogramas.

Las puntuaciones directas medias más elevadas se obtuvieron en las subescalas de Metas Inalcanzables y Autosacrificio.

En cuanto a los índices de asimetría, se observó que Metas Inalcanzables fue la subescala más simétrica (valor cercano a 0). En cambio, para los restantes EDTs, la simetría fue positiva con valores superiores a 0.

Tabla 31

Descriptivos EDTs y Dominios muestra universitaria.

EDTs		M	As	C	Dominio 1	
1	Abandono	11.34 (5.21)	0.89	0.32	M (DE)	40.71 (15.75)
2	Desconfianza	9.99 (4.77)	1.24	1.54	As	1.53
3	Privación Emocional	5.70 (3.07)	2.54	7.27	C	2.72
4	Defectuosidad	6.94 (2.92)	2.58	9.51		
5	Aislamiento Social	6.84 (3.75)	1.84	3.42		
Dominio 2						
6	Dependencia	5.85 (2.54)	2.33	8.26	M (DE)	31.75 (10.47)
7	Vulnerabilidad al Daño	7.24 (3.49)	1.41	1.91	As	1.38
8	Apego Fusionado	9.40 (3.99)	1.53	2.78	C	2.09
9	Fracaso	9.06 (4.36)	1.65	3		
Dominio 3						
10	Grandiosidad	10.25 (3.83)	0.46	-0.01	M (DE)	20.77 (6.75)
11	Insuficiente Autocontrol	10.55 (4.04)	0.52	-0.30	As	0.34
					C	-0.25
Dominio 4						
12	Subyugación	9.48 (4.19)	1.38	2.22	M (DE)	38.07 (10.89)
13	Autosacrificio	15.54 (5.12)	0.25	-0.29	As	0.34
14	Búsqueda de Aprobación	13.16 (5.29)	0.53	-0.01	C	0.00
Dominio 5						
15	Pesimismo	10.01 (4.63)	1.27	1.53	M (DE)	45.88 (14.03)
16	Inhibición Emocional	11.05 (5.46)	0.95	0.07	As	0.72
17	Metas Inalcanzables	16.86 (5.06)	0.04	-0.32	C	0.24
18	Castigo	8.21 (4.02)	1.09	0.76		

Como se visualiza en las Figuras 22, 23, 24, 25 y 26, los histogramas que representan a los EDTs y Dominios se caracterizaron por tener una asimetría derecha asociada a la distribución de la variable en dicha población. Se percibió una mayor asimetría derecha en los Dominios 1 y 2, mientras que en la tendencia de curva de los Dominios 3, 4 y 5 la asimetría fue menos pronunciada.

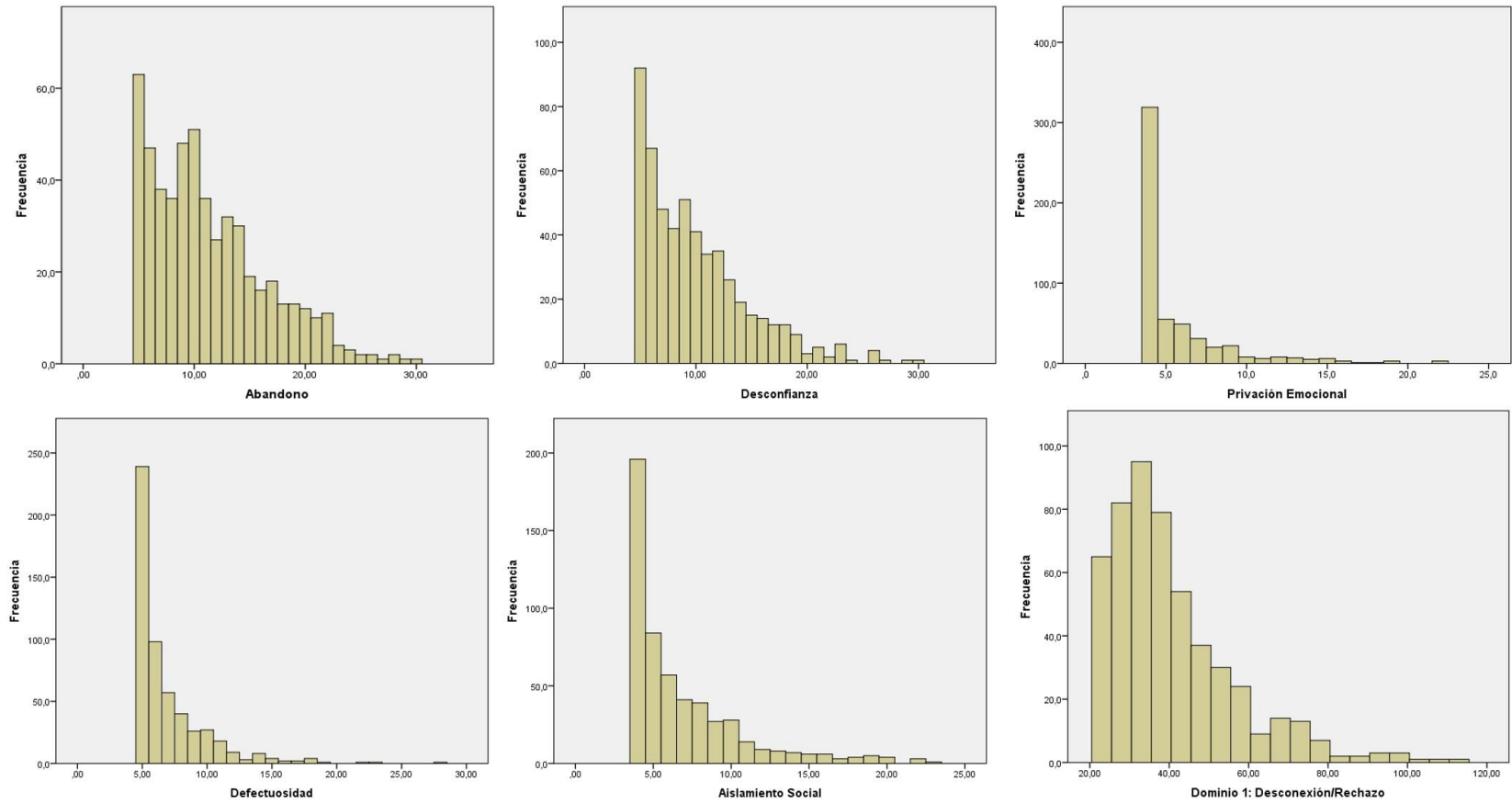


Figura 22. Histogramas de EDTs/Dominio 1 (muestra universitaria).

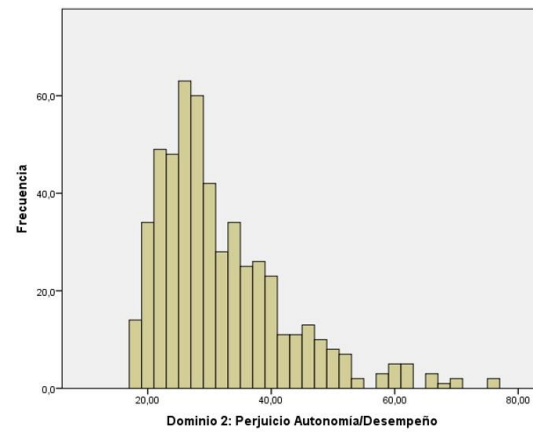
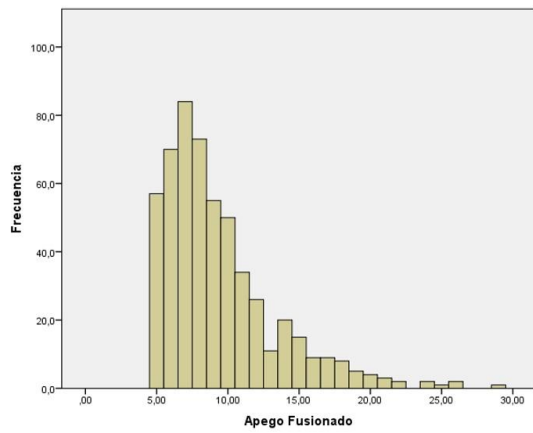
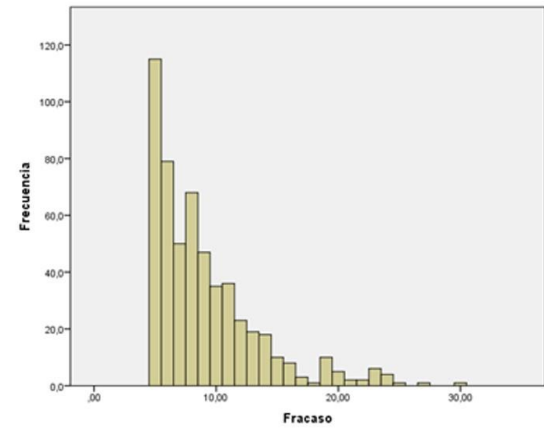
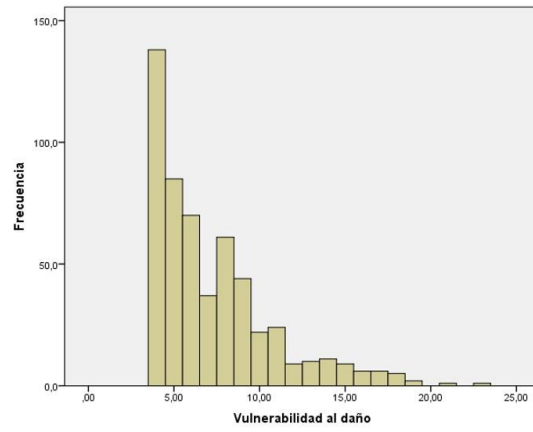
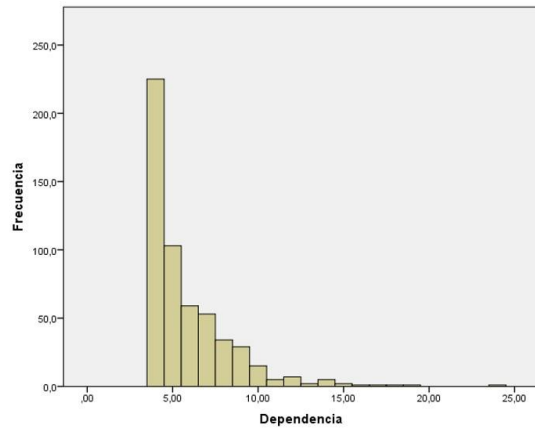


Figura 23. Histogramas de EDTs/Dominio 2 (muestra universitaria).

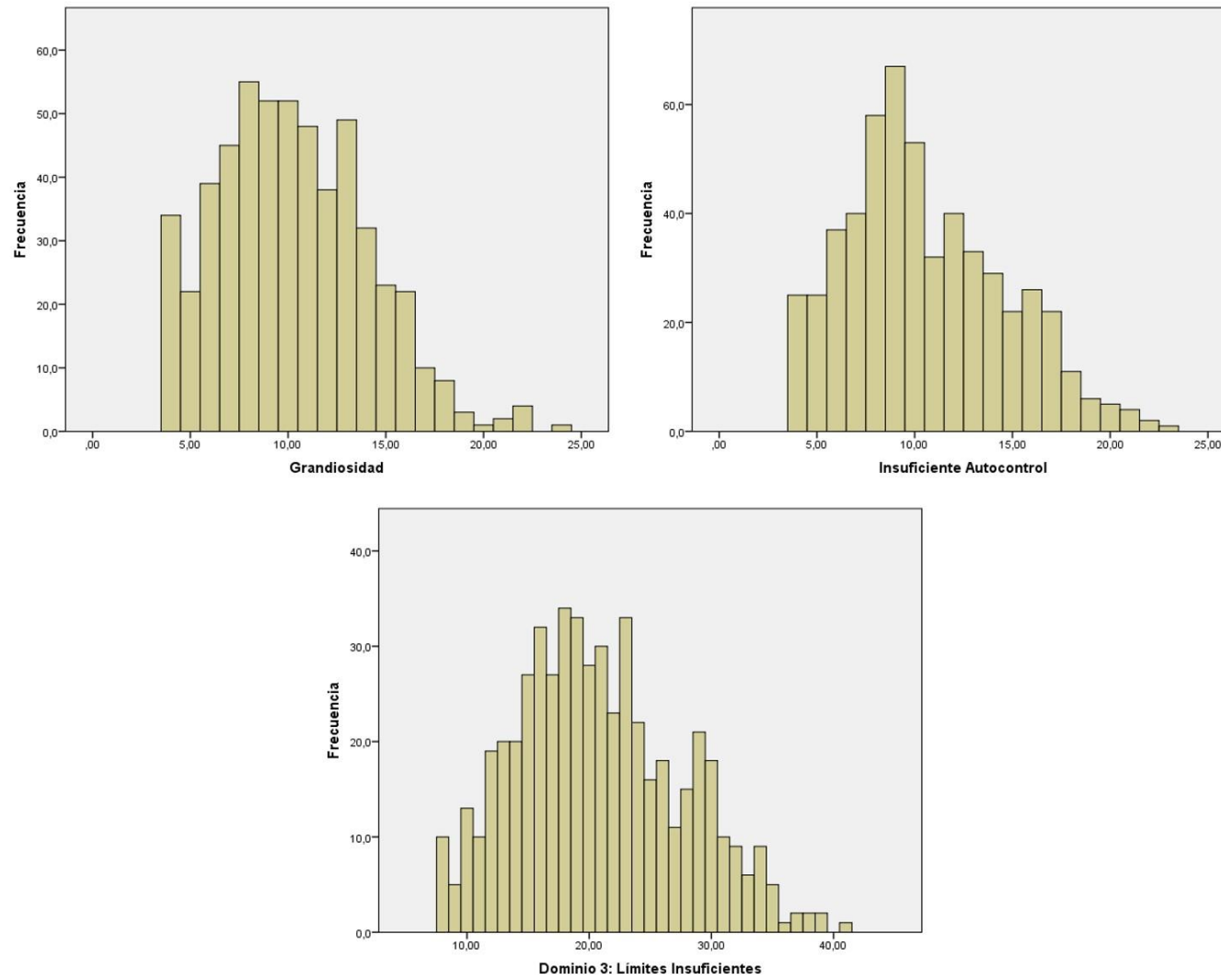


Figura 24. Histogramas de EDTs/Dominio 3 (muestra universitaria).

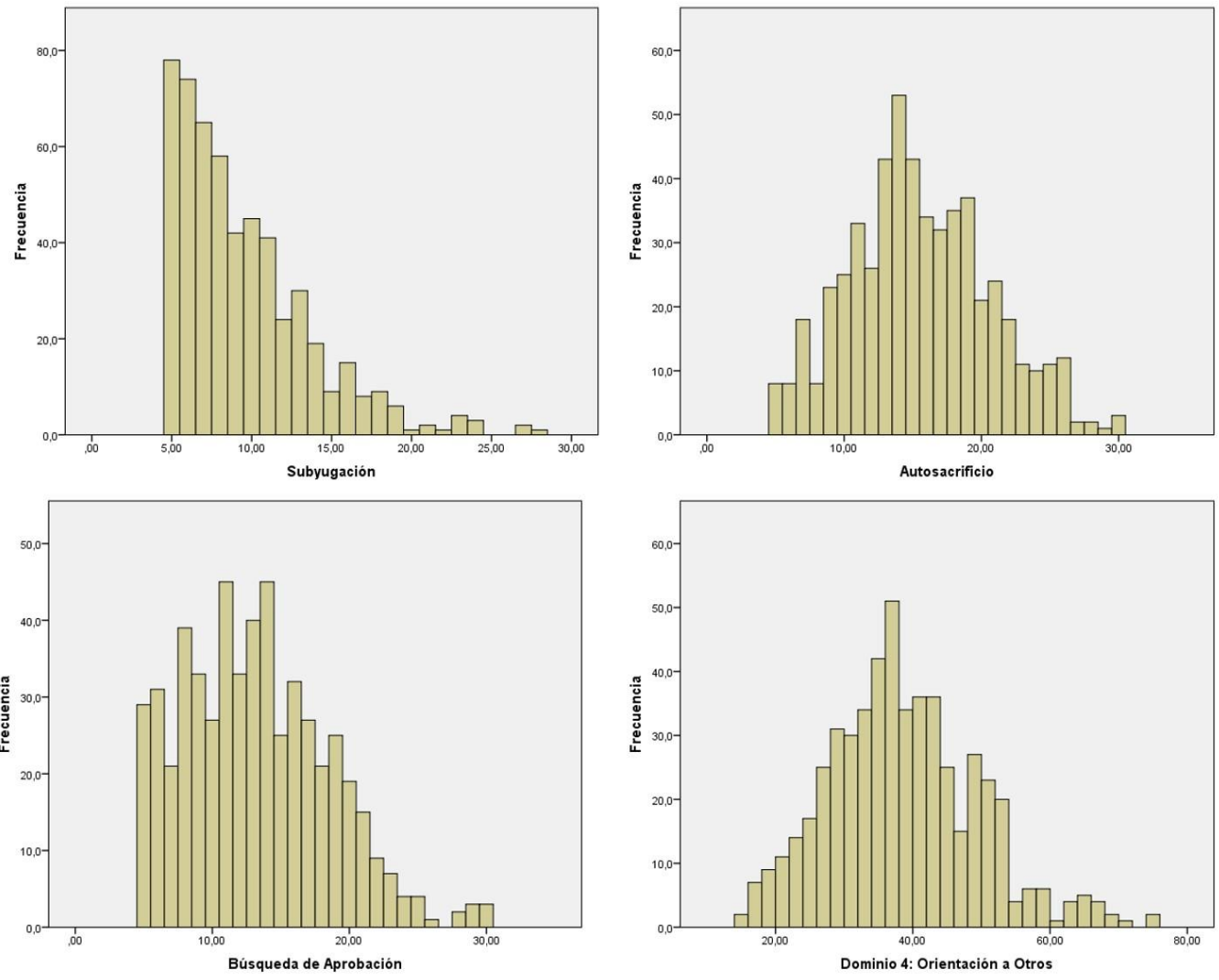


Figura 25. Histogramas de EDTs/Dominio 4 (muestra universitaria).

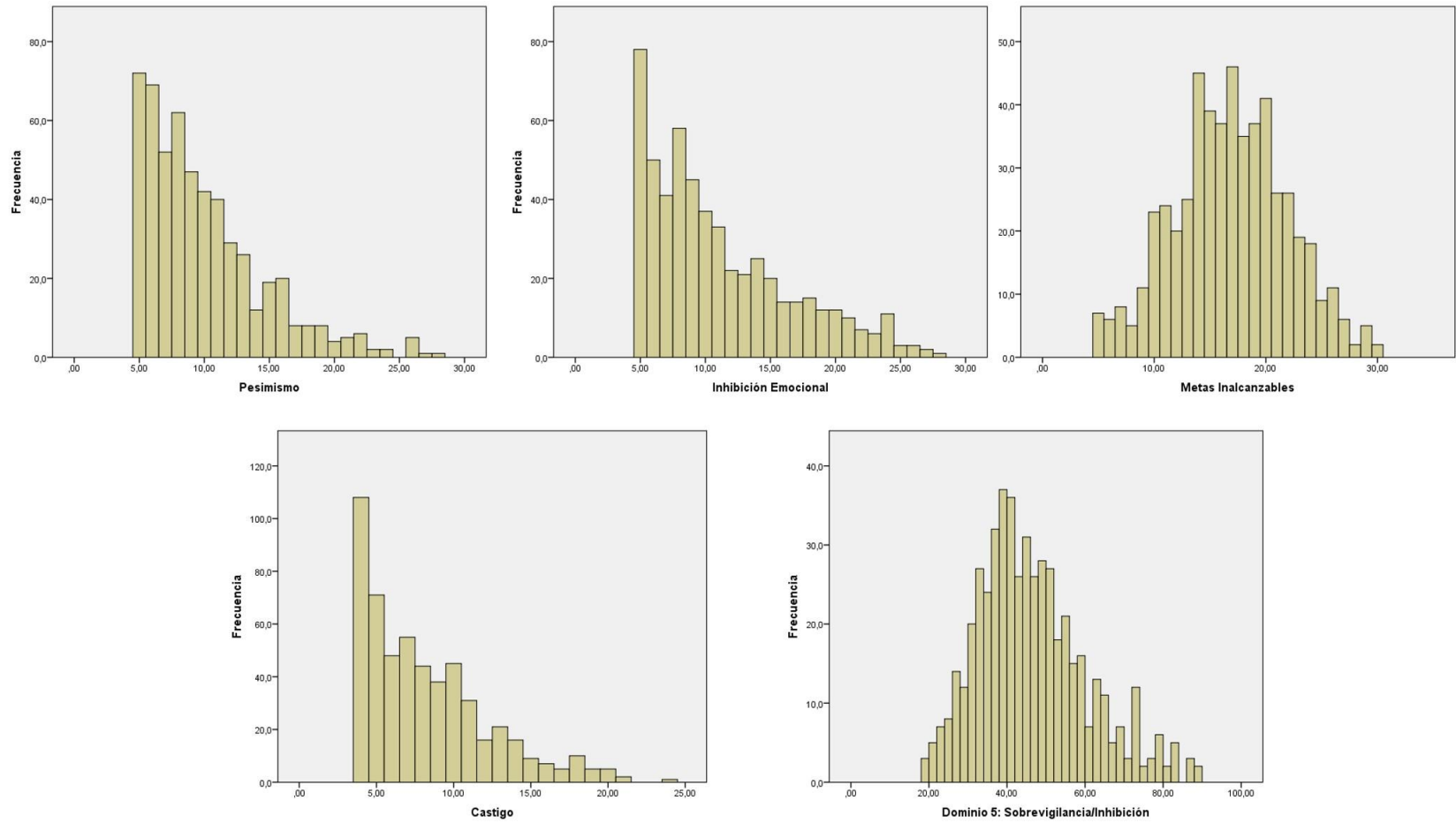


Figura 26. Histogramas de EDTs/Dominio 5 (muestra universitaria).

4.5.2 Baremos de la muestra universitaria.

En base a la versión ya depurada del YSQ-S3 se calcularon los baremos indicados en percentiles correspondientes a la muestra universitaria, tanto para los Dominios como para los EDTs que se pueden observar en la Tabla 32 y 33 respectivamente.

Tabla 32

Baremos de los Dominios en muestra universitaria uruguaya.

	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5
	<i>Desconexión/ Rechazo</i>	<i>Perjuicio en Autonomía</i>	<i>Límites Insuficientes</i>	<i>Orientación a Otros</i>	<i>Sobrevigilancia e Inhibición</i>
M	40.71	31.34	20.77	38.07	45.88
DE	15.75	10.47	6.75	10.89	14.03
Min	23	18	8	15	19
Max	114	76	41	75	88
Pc					
99	≥97	≥66	≥37	≥68	≥95
98	87	62	35	65	82
97	78	60	34	62	79
96	75	56	–	59	77
95	74	51	33	57	73
90	63	46	30	52	65
85	56	41	29	49	61
80	51	39	27	48	57
75	48	36	25	44	54
70	44	34	24	43	51
65	42	33	23	41	49
60	39	31	22	40	48
55	38	29	21	38	46
50	36	28	20	37	44
45	35	27	19	36	42
40	34	–	18	35	41
35	32	26	–	34	39
30	31	25	17	32	38
25	30	24	16	30	36
20	28	23	15	29	34
15	26	22	14	27	32
10	25	21	12	24	30
5	24	19	10	21	26
4	≤23	–	–	20	25
3	–	–	–	19	23
2	–	≤18	9	18	–
1	–	–	≤8	≤17	≤21

Tabla 33

Baremos de los EDTS en muestra universitaria uruguaya.

	Dominio 1				Dominio 2				Dominio 3			Dominio 4			Dominio 5				
	PrivEm	Aban	Desc	AiSo	DefVe	Frac	Depe	Vuln	Apeg	Gran	InAu	Suby	AuSa	BuAp	InEm	Meln	Pesi	Cast	
M	5.70	11.34	9.99	6.84	6.94	9.06	5.85	7.25	9.40	10.25	10.55	9.48	15.54	13.16	11.05	16.86	10.01	8.21	
DE	3.07	5.21	4.75	3.75	2.92	4.36	2.54	3.49	3.99	3.83	4.04	4.19	5.12	5.28	5.46	5.07	4.63	4.02	
Min	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	
Max	22	30	30	23	28	30	24	23	29	24	23	28	30	30	28	30	28	24	
Pc																			Pc
99	≥19	≥27	≥26	≥20	≥18	≥24	≥15	≥18	≥24	≥21.59	≥21	≥24	≥28	≥29	≥26	≥29	≥26	≥20	99
98	16	24	23	19	16	23	14	17	21	19	20	22	26	25	24	27	23	19	98
97	15	23	22	18	15	21	12	16	19	18	19	19	–	24	–	26	22	18	97
96	14	22	20	16	14	20	11	15	18	17	18	18	25	23	23	–	21	–	96
95	13	–	19	15	13	19	10	–	–	–	–	–	–	22	22	25	19	17	95
90	9	19	17	12	11	14	9	12	15	15	16	15	22	20	20	24	16	14	90
85	8	17	15	10	10	13	8	11	14	14	15	13	21	19	18	22	15	13	85
80	7	16	13	9	8	12	7	9	12	13	14	–	20	18	16	21	13	11	80
75	6	14	12	8	–	11	–	–	11	–	13	12	19	17	14	20	12	10	75
70	–	13	–	–	7	10	6	8	10	12	12	11	18	16	13	–	11	–	70
65	5	–	11	7	–	9	–	–	–	–	–	10	17	15	12	19	–	9	65
60	–	12	10	6	6	–	5	7	9	11	11	–	–	14	11	18	10	8	60
55	≤4	11	9	–	–	8	–	–	–	10	10	9	16	13	10	17	9	–	55
50	–	10	–	5	–	–	–	6	8	–	–	8	15	–	9	–	–	7	50
45	–	–	8	–	–	–	–	–	–	9	9	–	14	12	–	16	8	–	45
40	–	9	–	–	≤5	7	≤4	5	–	–	–	7	–	11	8	–	–	6	40
35	–	–	7	≤4	–	6	–	–	7	8	–	–	13	–	–	15	7	–	35
30	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	10	7	14	–	5	30
25	–	7	6	–	–	–	–	≤4	–	7	–	6	12	9	–	–	6	–	25
20	–	6	–	–	–	≤5	–	–	6	–	7	–	11	8	6	13	–	4	20
15	–	–	≤5	–	–	–	–	–	–	6	6	–	10	7	–	11	–	–	15
10	–	≤5	–	–	–	–	–	–	≤5	5	–	≤5	9	6	≤5	10	5	–	10
5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	≤4	–	–	7	≤5	–	9	–	–	5
4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	7	–	–	4
3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	≤4	–	6	–	–	7	–	–	3
2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	2
1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	≤5	–	–	≤5	–	–	1

4.5.3 Análisis intrasujetos en la muestra universitaria.

Para estudiar si dentro de la muestra universitaria había predominancia de algún Dominio por sobre otro se procedió a calcular un ANOVA intrasujetos para los Dominios. Luego, se realizó lo mismo para los EDTs.

En el caso de los Dominios, el modelo fue estadísticamente significativo, Lambda de Wilk's $\lambda = .215$; $F(4,546) = 497.089$; $p = .000$; $\eta^2 = .785$. El análisis a posteriori con corrección Bonferroni permitió establecer entre que pares de Dominios existían diferencias estadísticamente significativas. Tal como se visualiza en la Tabla 34, las medias y el análisis pos hoc indicaron que Límites Insuficientes y Orientación a Otros fueron los Dominios más presentes en comparación con los otros y que no presentaron diferencias entre sí. En un valor intermedio —diferenciándose tanto de los Dominios más presentes como de los restantes— se encontró Sobrevigilancia e Inhibición. Finalmente, en un tercer lugar, los Dominios menos frecuentes fueron Desconexión/Rechazo y Perjuicio en Autonomía; los cuales no se diferenciaron entre sí, pero fueron significativamente menos frecuentes que el resto.

Tabla 34

Análisis intrasujetos de los Dominios en muestra universitaria.

Bonferroni Universitarios Uruguayos							
	Dominios	M (DE)	1	2	3	4	5
1	<i>Desconexión/Rechazo</i>	1.77 (0.68)					
2	<i>Perjuicio en Autonomía</i>	1.75 (0.60)	.388				
3	Límites Insuficientes	2.60 (0.84)	< .001	< .001			
4	<i>Orientación a Otros</i>	2.55 (0.74)	< .001	< .001	.092		
5	<i>Sobrevigilancia e Inhibición</i>	2.43 (0.75)	< .001	< .001	< .001	< .001	

En la Figura 27, se podrá observar de modo más claro como los Dominios 3 y 4, presentaron las puntuaciones medias más altas en la muestra universitaria, mientras que los Dominios 1 y 2, fueron los menos representativos de la misma.

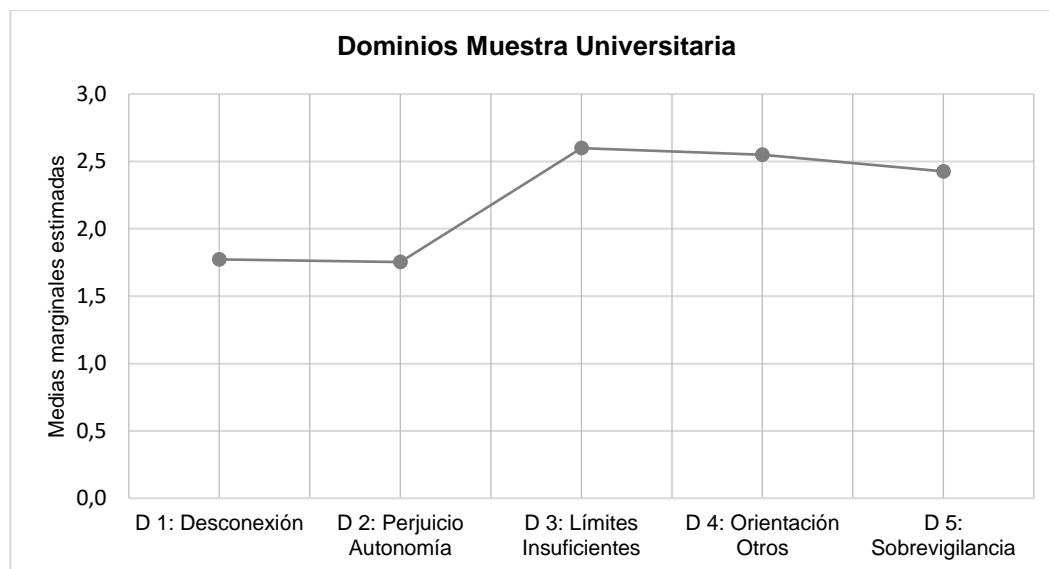


Figura 27. Valores medios de los Dominios en muestra universitaria.

En el caso de los EDTs, el modelo también fue estadísticamente significativo, Lambda de Wilk's $\lambda = .133$; $F(17.533) = 203.536$; $p = .000$; $\eta^2 = .867$. En el análisis a posteriori con corrección Bonferroni indicó que los EDTs más presentes eran en primer lugar Metas Inalcanzables (fue el más representativo), seguido por Autosacrificio, los cuales presentaron diferencias estadísticamente significativas con todos los demás EDTs y entre sí (Véase Tabla 35).

En segundo lugar, con medias ponderadas de valor intermedio, se hallaron Insuficiente Autocontrol, Búsqueda de Aprobación y Grandiosidad, los cuales se diferenciaron del resto, pero no presentaron diferencias significativas entre sí.

Por último, los EDTs con valores medios inferiores en esta muestra fueron Defectuosidad, Privación Emocional y Dependencia, obteniendo diferencias significativas con todos los demás, pero no entre sí.

Tabla 35

Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra universitaria.

EDTs	M (DE)	Muestra universitaria																	
		Aban	Desc	PrEm	Def	AiSo	Depe	Vuln	Apeg	Frac	Gran	InAu	Suby	AuSa	BuAp	Pesi	InEm	Meln	Cast
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Abandono	2.27 (1.04)																		
2 Desconfianza	2.00 (0.95)	< .001																	
3 Privación Emocional	1.43 (0.77)	< .001	< .001																
4 Defectuosa	1.39 (0.58)	< .001	< .001	1.00															
5 Aislamiento Social	1.71 (0.93)	< .001	< .001	< .001	< .001														
6 Dependencia	1.46 (0.63)	< .001	< .001	1.00	.741	< .001													
7 Vulnerabilidad al Daño	1.81 (0.87)	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	< .001												
8 Apego Fusionado	1.88 (0.81)	< .001	.968	< .001	< .001	.004	< .001	1.00											
9 Fracaso	1.81 (0.87)	< .001	.003	< .001	< .001	1.00	< .001	1.00	1.00										
10 Grandiosidad	2.56 (0.96)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001									
11 Insuficiente Autocontrol	2.64 (1.01)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00								
12 Subyugación	1.90 (0.84)	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	1.00	1.00	< .001	< .001							
13 Autosacrificio	3.12 (1.03)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001						
14 Búsqueda de Aprobación	2.63 (1.05)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	1.00	< .001	< .001					
15 Pesimismo	2.00 (0.92)	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	.930	< .001	< .001	< .001	.859	< .001	< .001				
16 Inhibición Emocional	2.20 (1.09)	1.00	.002	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	.002			
17 Metas Inalcanzables	3.36 (1.01)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
18 Castigo	2.07 (1.02)	.012	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	.021	< .001	< .001	< .001	.022	< .001	< .001	1.00	1.00	< .001	

En la Figura 28, se observa con mayor claridad como en el caso de los EDTs, los promedios más característicos de la muestra fueron para Metas Inalcanzables ($M = 3.36$), seguido de Autosacrificio ($M = 3.12$). Contrariamente, los EDTs con medias menos presentes fueron el de Defectuosidad ($M = 1.39$), Privación Emocional ($M = 1.43$). y Dependencia ($M = 1.46$).

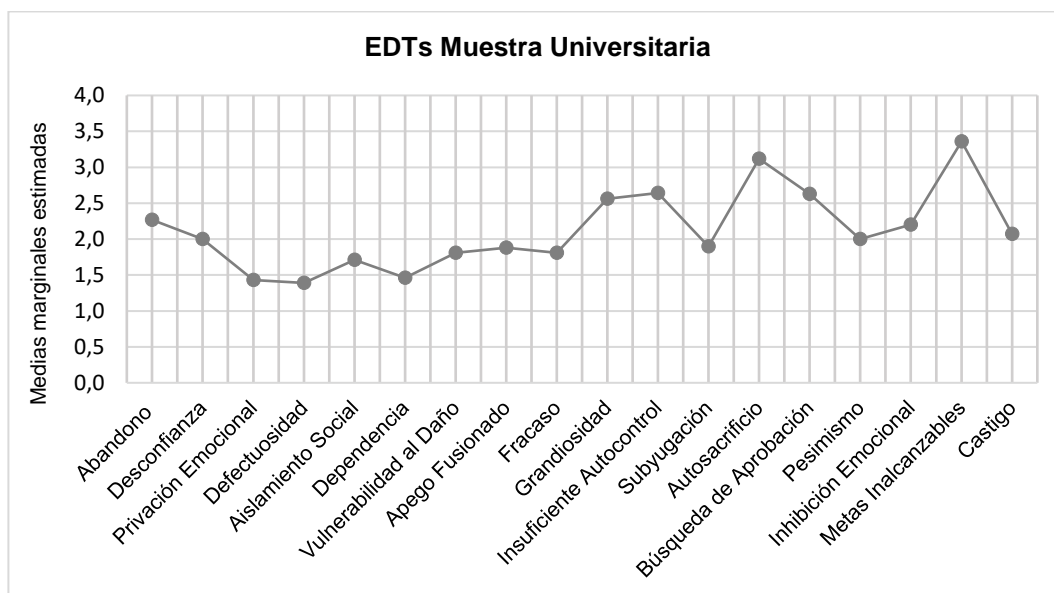


Figura 28. Valores medios de los EDTs en muestra universitaria.

4.6. Resultados Objetivo 6: EDTs y Dominios en la Muestra Clínica.

En este apartado se expondrán los datos descriptivos de los EDTs y Dominios presentes en la muestra clínica.

4.6.1. Descriptivos e histogramas de la muestra clínica.

En la Tabla 36 se indican los estadísticos descriptivos e histogramas de los EDTs y Dominios. Si bien se halló que los datos de distribución no seguían una curva normal, los valores para los índices de asimetría de la muestra clínica fueron más cercanos a cero, mostrando una mayor simetría que los datos universitarios ya informados.

Tabla 36

Descriptivos EDTs y Dominios muestra clínica.

EDTs	M	As	C	Dominio 1	
1 Abandono	17.46 (6.71)	-.08	-1.01	M (DE)	65.01 (23.81)
2 Desconfianza	13.98 (6.50)	.55	-0.62	As	0.33
3 Privación Emocional	10.41 (5.41)	.56	-0.81	C	-0.59
4 Defectuosidad	11.57 (6.23)	.88	0.08		
5 Aislamiento Social	11.59 (5.70)	.28	-1.05		
				Dominio 2	
6 Dependencia	8.54 (4.64)	1.03	0.25	M (DE)	44.71 (16.37)
7 Vulnerabilidad al Daño	10.34 (4.81)	.71	-0.17	As	0.55
8 Apego Fusionado	12.58 (5.54)	.42	-0.90	C	-0.31
9 Fracaso	13.25 (6.64)	.50	-0.85		
				Dominio 3	
10 Grandiosidad	11.74 (4.33)	.27	-0.38	M (DE)	25.62 (7.99)
11 Insuficiente Autocontrol	13.73 (4.93)	.19	-0.92	As	.01
				C	-0.50
				Dominio 4	
12 Subyugación	13.76 (5.87)	.37	-0.69	M (DE)	47.26 (12.55)
13 Autosacrificio	17.31 (6.01)	.08	-0.87	As	0.03
14 Búsqueda de Aprobación	15.96 (6.06)	-.07	-0.88	C	-0.36
				Dominio 5	
15 Pesimismo	15.96 (6.49)	.17	-0.83	M (DE)	57.87 (16.52)
16 Inhibición Emocional	13.03 (6.70)	.54	-0.62	As	0.35
17 Metas Inalcanzables	18.66 (4.89)	-.08	-0.55	C	-0.10
18 Castigo	10.22 (5.31)	.73	-0.23		

Como se visualiza en las Figuras 29, 30, 31, 32 y 33, los histogramas que representan a los EDTs y Dominios de la muestra clínica presentaron una distribución más cercana a la normal, especialmente en los se Dominios 3, 4 y 5.

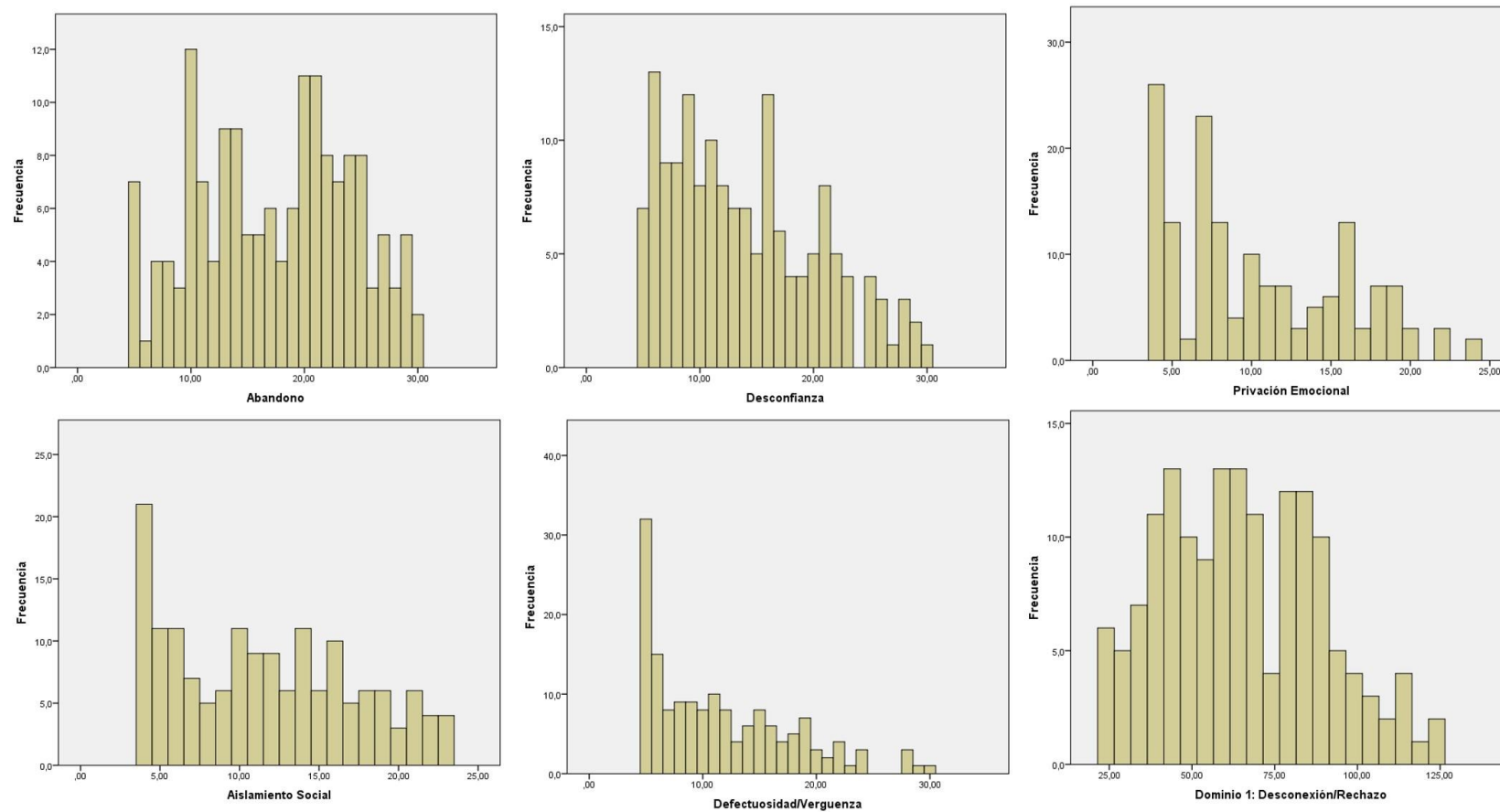


Figura 29. Histogramas EDTs del Dominio 1 (muestra clínica).

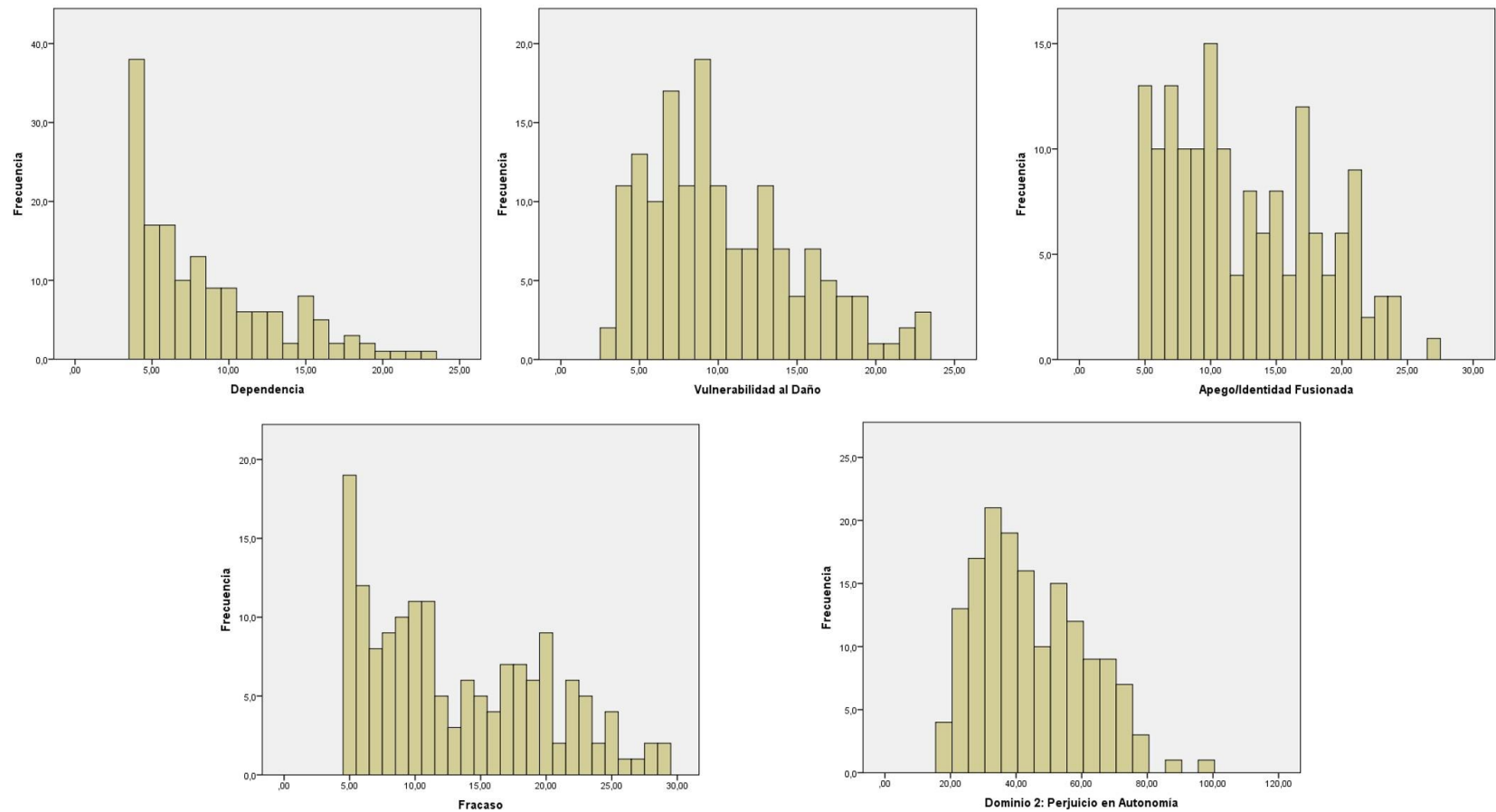


Figura 30. Histogramas EDTs del Dominio 2 (muestra clínica).

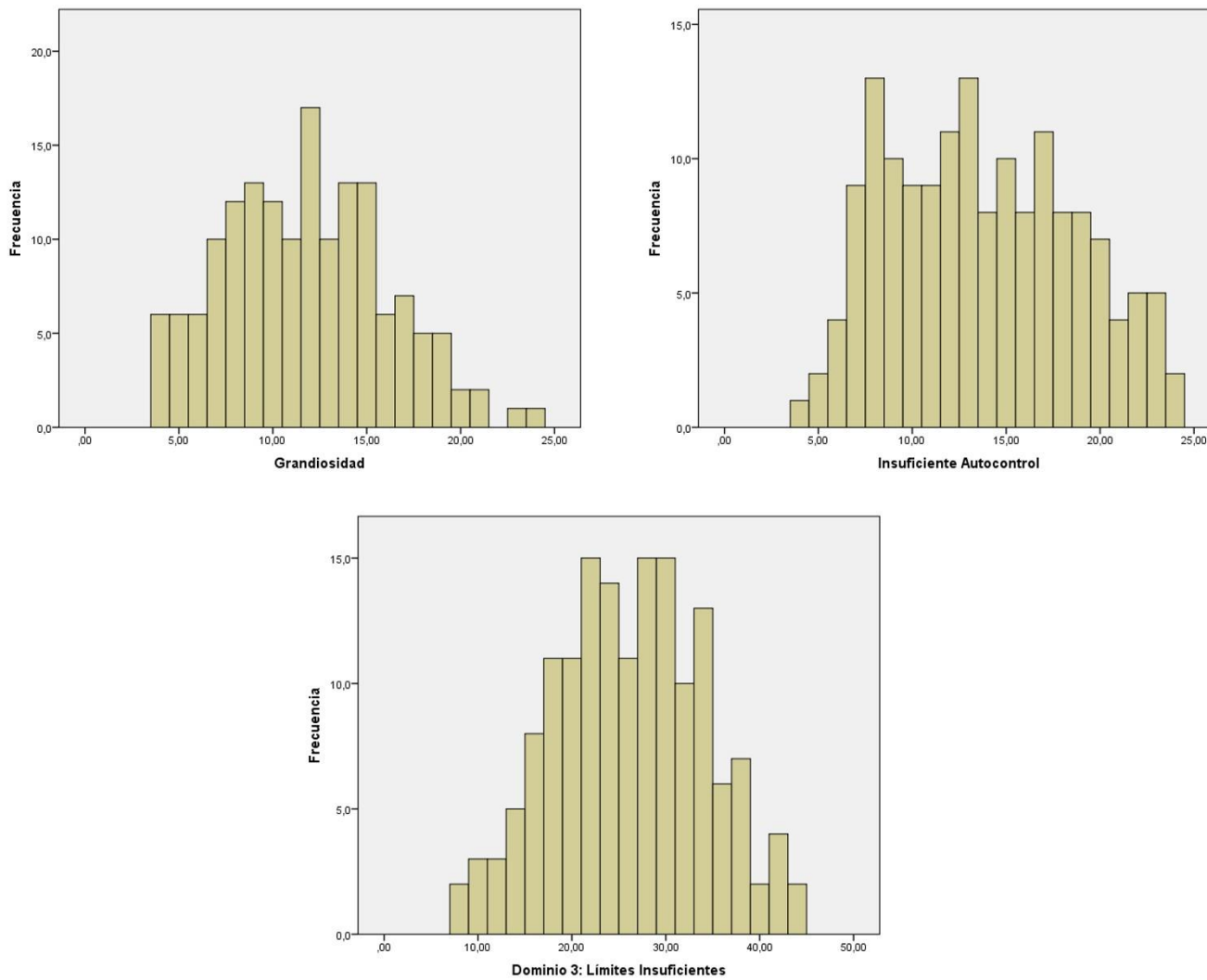


Figura 31. Histogramas EDTs del Dominio 3 (muestra clínica).

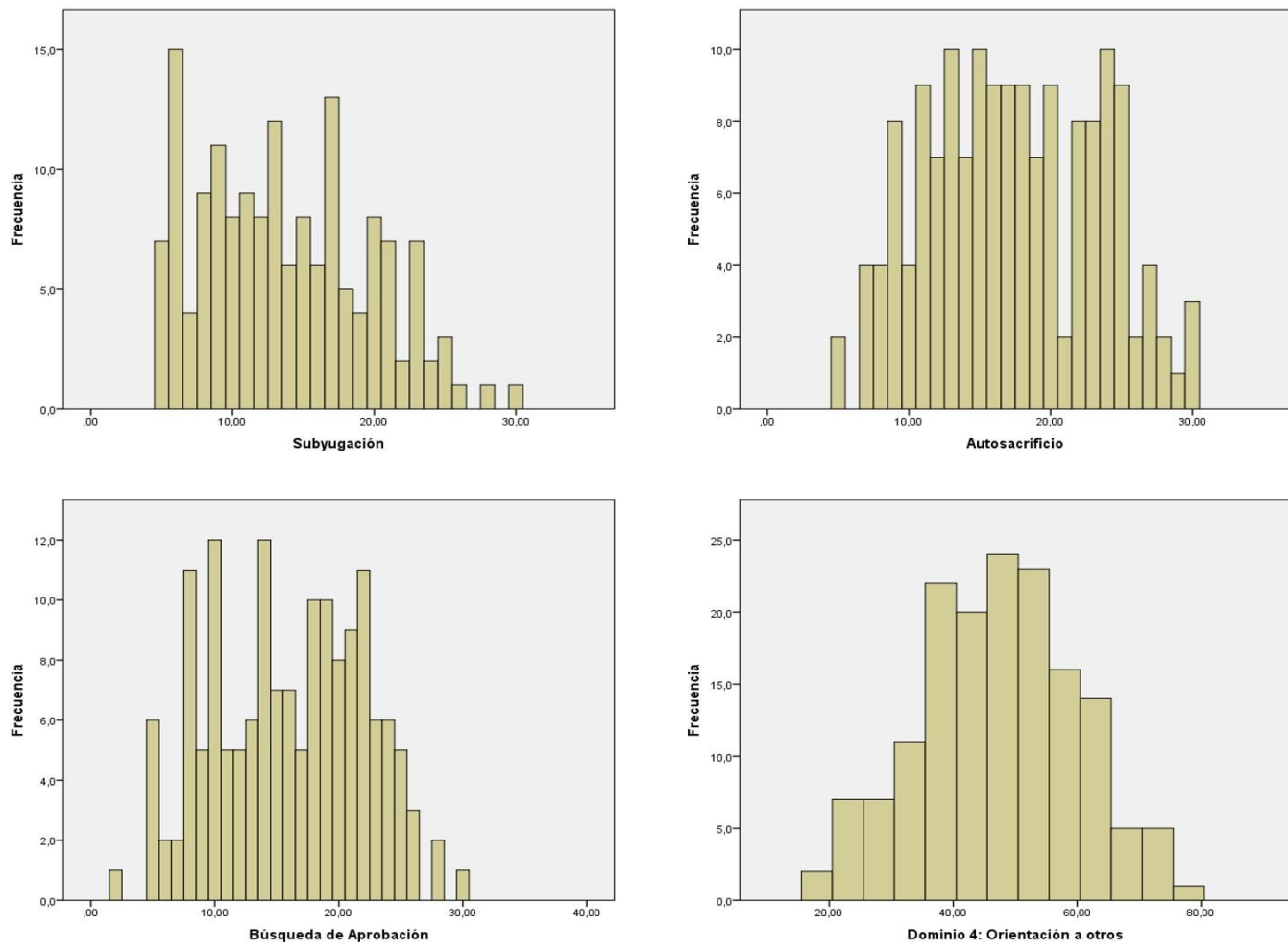


Figura 32. Histogramas EDTs del Dominio 4 (muestra clínica).

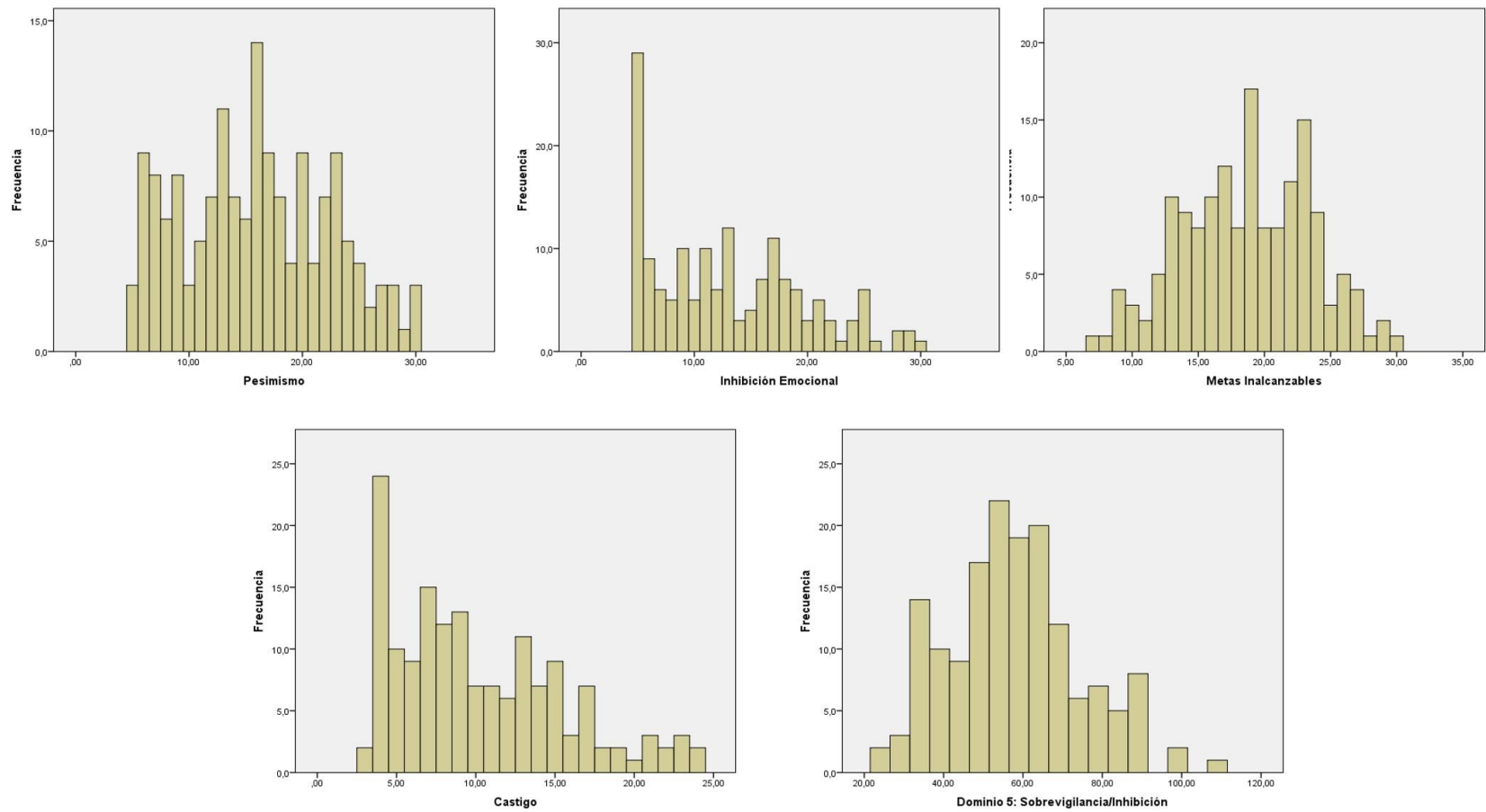


Figura 33. Histogramas EDTs del Dominio 5 (muestra clínica).

4.6.2 Baremos de la muestra clínica.

A continuación, se presentan los baremos indicados en percentiles para la muestra clínica, tanto para los Dominios como para los EDTs (ver Tabla 37 y 38 respectivamente).

Tabla 37

Baremos de los Dominios en muestra clínica uruguaya.

Dominios muestra clínica					
	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5
	<i>Desconexión/ Rechazo</i>	<i>Perjuicio en Autonomía</i>	<i>Límites Insuficientes</i>	<i>Orientación a Otros</i>	<i>Sobrevigilancia e Inhibición</i>
M	65.01	44.71	25.62	47.26	57.87
DE	23.82	16.37	7.99	12.55	16.52
Min	24	18	8	18	24
Max	124	97	44	79	107
Pc					
99	≥123	≥92	≥44	≥77	≥102
98	119	80	42	74	96
97	114	77	41	73	90
96	112	-	40	71	89
95	109	74	39	69	88
90	97	68	36	63	82
85	91	64	34	61	76
80	86	60	33	58	70
75	82	56	32	56	67
70	79	54	30	54	65
65	77	52	29	52	63
60	69	47	28	51	60
55	66	44	27	49	59
50	63	42	26	48	57
45	60	40	24	46	55
40	57	37	23	44	54
35	54	35	22	42	51
30	49	33	21	40	50
25	44	32	20	38	47
20	42	30	18	36	43
15	38	27	17	35	38
10	35	25	15	30	36
5	29	23	12	25	34
4	26	22	11	-	33
3	-	21	10	24	29
2	26	19	9	22	27
1	≤24	≤18	≤8	≤19	≤24

Tabla 38

Baremos de los Dominios en muestra clínica uruguaya.

Baremos Muestra Pacientes - EDTs

	Dominio 1					Dominio 2				Dominio 3			Dominio 4			Dominio 5			
	PrEm	Aban	Desc	AiSo	DefVe	Frac	Depe	Vuln	Apeg	Gran	InAu	Suby	AuSa	BuAp	InEm	Meln	Pesi	Cast	
M	10.41	17.46	13.98	11.59	11.57	13.25	8.54	10.34	12.58	11.74	13.73	13.76	17.31	15.96	13.03	18.66	15.96	10.22	M
DE	5.42	6.71	6.50	5.70	6.23	6.64	4.64	4.81	5.55	4.33	4.93	5.87	6.01	6.06	6.70	4.89	6.49	5.31	DE
Min	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	7	5	4	Min
Max	24	30	30	24	30	29	23	23	27	24	24	30	30	30	30	30	30	24	Max
Pc																			Pc
99	≥24	≥30	≥29	≥23	≥29	≥29	≥22	≥23	≥25	≥23	≥24	≥29	≥30	≥29	≥29	≥29	≥30	≥24	99
98	-	-	-	-	28	28	21	-	24	21	23	26	29	28	-	28	29	23	98
97	22	-	28	22	-	27	19	22	23	20	-	25	28	26	28	27	28	-	97
96	20	29	27	-	24	26	-	21	-	19	-	-	-	-	26	-	-	22	96
95	-	28	26	-	-	25	18	19	22	-	22	24	27	25	25	-	27	21	95
90	18	26	23	20	20	23	16	17	21	18	21	22	25	24	23	25	25	17	90
85	17	25	21	18	19	21	15	16	20	16	19	21	24	22	21	24	23	16	85
80	16	24	20	17	17	20	13	14	18	15	18	20	23	-	19	23	22	15	80
75	15	23	19	16	16	19	11	13	17	-	17	18	22	21	18	-	21	14	75
70	14	22	17	15	15	18	10	-	16	14	-	17	21	20	17	22	20	13	70
65	12	21	16	14	13	16	9	12	15	-	16	16	20	19	16	21	18	12	65
60	11	20	15	13	12	15	8	11	14	13	15	15	19	18	14	20	17	11	60
55	10	19	14	12	11	13	-	10	13	12	14	14	18	17	13	19	-	10	55
50	9	18	13	11	10	11	7	9	11	-	13	13	17	16	12	-	16	9	50
45	8	17	12	10	9	-	6	-	10	11	-	12	16	15	11	18	15	8	45
40	7	15	11	-	8	10	-	8	-	10	12	11	15	14	10	17	14	-	40
35	-	14	10	8	7	9	5	-	9	-	11	-	14	13	9	-	13	7	35
30	-	13	9	7	6	8	-	7	-	9	10	10	13	12	8	16	12	-	30
25	6	12	-	6	-	7	-	-	8	8	9	9	-	11	7	15	11	6	25
20	5	11	8	5	≤5	6	≤4	6	7	-	-	8	12	10	6	14	9	5	20
15	≤4	10	7	-	-	-	-	-	-	7	8	7	11	9	≤5	13	8	≤4	15
10	-	8	6	≤4	-	≤5	-	5	6	6	7	6	9	8	-	12	7	-	10
5	-	6	-	-	-	-	-	≤4	≤5	5	-	-	8	6	-	10	6	-	5
4	-	≤5	≤5	-	-	-	-	-	-	≤4	6	≤5	7	5	-	9	-	-	4
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	≤5	-	2
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	≤4	-	≤5	≤4	-	≤8	-	-	1

4.6.3 Análisis intrasujetos en la muestra clínica.

Para el estudio acerca de la predominancia algún Dominio sobre otro en la muestra clínica se calculó un ANOVA intrasujetos para los Dominios y otro para los EDTs. El modelo fue significativo para los Dominios obteniéndose los siguientes valores: Lambda de Wilk's $\lambda = .490$; $F(4, 153) = 39.846$; $p = .000$; $\eta^2 = .510$.

El análisis a posteriori con corrección Bonferroni permitió establecer entre que pares de Dominios existían diferencias estadísticamente significativas. Tal como se visualiza en la Tabla 39 las medias y el análisis *post hoc* indicaron que los Dominios Límites Insuficientes, Orientación a Otros y Sobrevigilancia eran los más presentes en comparación con los otros y no presentaban diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Por su parte, los Dominios Desconexión/Rechazo y Perjuicio en Autonomía fueron los menos presentes, sin presentar diferencias estadísticamente significativas entre sí, pero resultando diferentes de los Dominios más presentes.

Tabla 39

Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra clínica.

		Muestra Clínica					
	Dominios	M (DE)	1	2	3	4	5
1	Desconexión y Rechazo	2.84 (1.04)					
2	Perjuicio en Autonomía y Desempeño	2.49 (0.90)	< .001				
3	Límites Insuficientes	3.20 (0.98)	< .001	< .001			
4	Orientación a Otros	3.16 (0.88)	< .001	< .001	1.00		
5	Sobrevigilancia e Inhibición	3.06 (0.87)	.005	< .001	.885	1.00	

En la Figura 34 se grafican las medias de cada Dominio para una visualización más clara de los resultados.

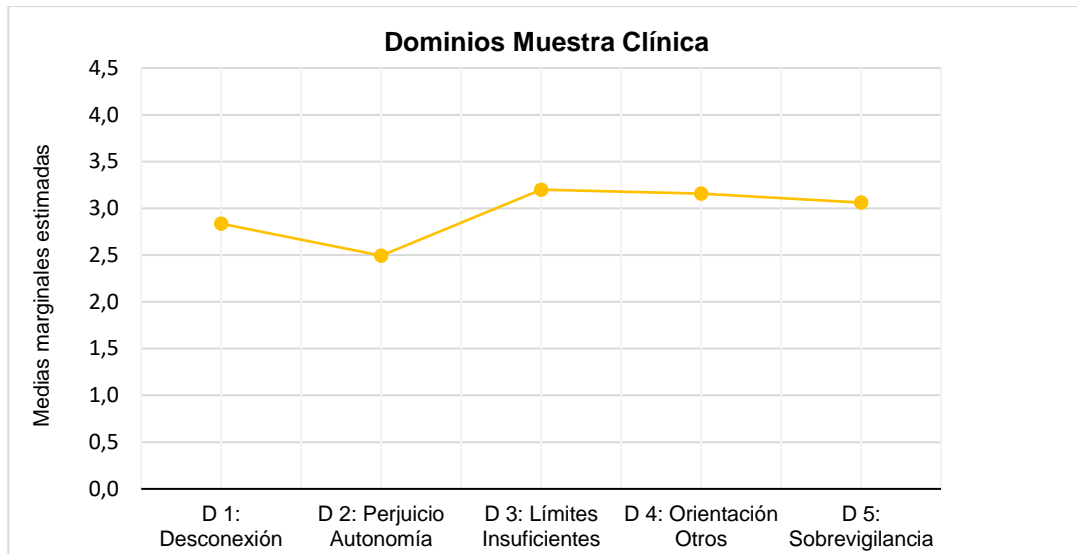


Figura 34. Valores medios de los Dominios en la muestra clínica.

En el caso de los EDTs, el modelo también fue significativo, Lambda de Wilk's $\lambda = .166$; $F(17, 140) = 41.257$; $p = .000$; $\eta^2 = .834$. Tal se visualiza en la Tabla 40, los resultados del análisis a posteriori con corrección Bonferroni indicaron que los EDTs más presentes fueron Metas Inalcanzables, Abandono, Autosacrificio, Insuficiente Autocontrol, seguidos por Búsqueda de Aprobación y Pesimismo. Se observó que Metas Inalcanzables por un lado no se diferenció de los EDTs Abandono, Insuficiente Autocontrol y Autosacrificio; pero si de los EDTs Búsqueda de Aprobación y Pesimismo. El resto de estos EDTs de medias más altas no se diferenciaron entre sí, pero lo hicieron de los demás EDTs. Por su parte, los EDTs menos presentes fueron Dependencia, Defectuosidad y Apego Fusionado destacándose que el EDT de Dependencia presentó diferencias significativas con todos los EDTs excepto con Defectuosidad.

Tabla 40

Análisis intrasujetos de los EDTs en muestra clínica.

		<i>Muestra Clínica</i>																		
EDTs	M (DE)	Aban	Desc	PrEm	DefVe	AiSo	Depe	Vuln	Apeg	Frac	Gran	InAu	Suby	AuSa	BuAp	Pesi	InEm	Meln	Cast	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	Abandono	3.51 (1.35)																		
2	Desconfianza	2.80 (1.30)	< .001																	
3	Privación Emocional	2.62 (1.39)	< .001	1.00																
4	Defectuosidad	2.32 (1.25)	< .001	< .001	0.28															
5	Aislamiento Social	2.90 (1.43)	.001	1.00	1.00	< .001														
6	Dependencia	2.14 (1.16)	< .001	< .001	< .001	1.00	< .001													
7	Vulnerabilidad	2.59 (1.20)	< .001	1.00	1.00	1.00	1.00	0.01												
8	Apego Fusionado	2.53 (1.11)	< .001	1.00	1.00	1.00	0.33	0.01	1.00											
9	Fracaso	2.66 (1.33)	< .001	1.00	1.00	0.14	1.00	< .001	1.00	1.00										
10	Grandiosidad	2.95 (1.09)	< .001	1.00	0.87	< .001	1.00	< .001	0.23	0.02	1.00									
11	Insuficiente Autocontrol	3.45 (1.23)	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001								
12	Subyugación	2.77 (1.19)	< .001	1.00	1.00	< .001	1.00	< .001	1.00	1.00	1.00	1.00	< .001							
13	Autosacrificio	3.49 (1.20)	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	< .001						
14	Búsqueda Aprobación	3.20 (1.20)	.497	0.05	< .001	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	0.01	0.60	1.00	.014	1.00					
15	Pesimismo	3.20 (1.29)	.439	0.01	< .001	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	1.00	.004	1.00	1.00				
16	Inhibición Emocional	2.62 (1.36)	< .001	1.00	1.00	1.00	1.00	0.04	1.00	1.00	1.00	1.00	< .001	1.00	< .001	.012	.005			
17	Metas Inalcanzables	3.76 (0.96)	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	1.00	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	< .001	
18	Castigo	2.57 (1.33)	< .001	1.00	1.00	1.00	0.89	0.01	1.00	1.00	1.00	0.09	< .001	1.00	< .001	< .001	< .001	1.00	< .001	

A modo de síntesis, en la Figura 35 se grafican los EDTs que resultaron ser más significativos en la muestra clínica. Estos fueron Metas Inalcanzables ($M = 3.76$), Abandono ($M = 3.51$), Autosacrificio ($M = 3.49$) e Insuficiente Autocontrol ($M = 3.45$); seguidos por el de Búsqueda de Aprobación y Pesimismo. Los EDTs con medias menos representativas fueron en este caso, Dependencia ($M = 2.14$) y Defectuosidad ($M = 2.32$) seguidos por el de Apego Fusionado ($M = 2.53$).

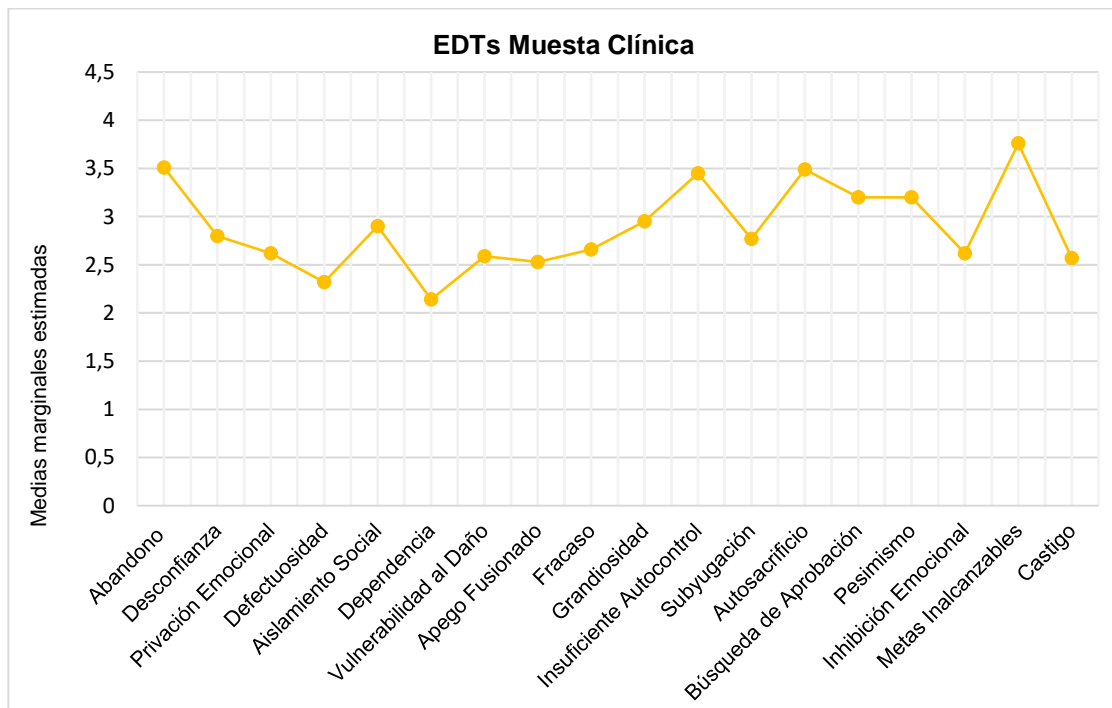


Figura 35. Valores medios de EDTs en la muestra clínica.

4.7. Resultados sobre objetivo 7: EDTs y Dominios en Ambas Muestras

Objetivo 7: Comparar los EDTs y Dominios de la muestra universitaria con los de la muestra clínica.

El cálculo de pruebas U de Mann-Whitney verificó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre todos los EDTs y Dominios en ambas muestras observándose como era esperable rangos promedios más elevados en la muestra clínica (véase Tabla 41).

Tabla 41

Comparativo EDTs en muestra universitaria y clínica.

EDTs	U	p	d	Rango Promedio	
				Universitaria	Clínica
Abandono	20537**	< .001	-1.03	312.84	498.19
Desconfianza	26792.5**	< .001	-.71	324.21	458.35
<i>Privación emocional</i>	18289.5**	< .001	-1.07	308.75	512.51
<i>Defectuosidad</i>	22646.5**	< .001	-.96	316.68	484.75
<i>Aislamiento Social</i>	21374**	< .001	-.99	314.36	492.86
<i>Dependencia</i>	27894.5**	< .001	-.72	326.22	451.33
Vulnerabilidad al Daño	25323.5**	< .001	-.75	321.54	467.70
Apego Fusionado	28578.5**	< .001	-.66	327.46	446.97
Fracaso	27001**	< .001	-.75	324.59	457.02
Grandiosidad	34230**	< .001	-.38	337.74	410.97
Insuficiente Autocontrol	27060**	< .001	-.72	324.70	456.64
<i>Subyugación</i>	24106.5**	< .001	-.84	319.33	475.46
Autosacrificio	35919.5**	< .001	-.32	340.81	400.21
Búsqueda Aprobación	30966.5**	< .001	-.50	331.80	431.76
Pesimismo	19680**	< .001	-1.07	311.28	503.65
<i>Inhibición Emocional</i>	36349**	.002	-.34	341.59	397.48
Metas Inalcanzables	33897**	< .001	-.39	337.13	413.10
Castigo	34094**	< .001	-.43	337.49	411.84
DOMINIOS					
1. <i>Desconexión</i>	16532**	< .001	-1.21	305.56	523.70
2. Perjuicio Autonomía	21461.5**	< .001	-.96	314.52	492.30
3. <i>Límites Insuficientes</i>	28863.5**	< .001	-.60	327.98	445.16
4. <i>Orientación a otros</i>	26675**	< .001	-.70	324.00	459.10
5. <i>Sobrevigilancia</i>	24679**	< .001	-.78	320.37	471.81

Como se visualiza en las Figuras 36 y 37, todos los EDTs y Dominios prestaron valores medios mayores en la muestra clínica al compararlos con la muestra universitaria. Se identificó que en la Figura 36, las diferencias fueron más notorias para los EDTs de Abandono, Privación Emocional, Defectuosidad, Aislamiento Social y Pesimismo en lo que respecta a los EDTs. Mientras que en la Figura 37, la mayor diferencia en ambas muestras se encontró para el Dominio 1, seguido por el Dominio 2.

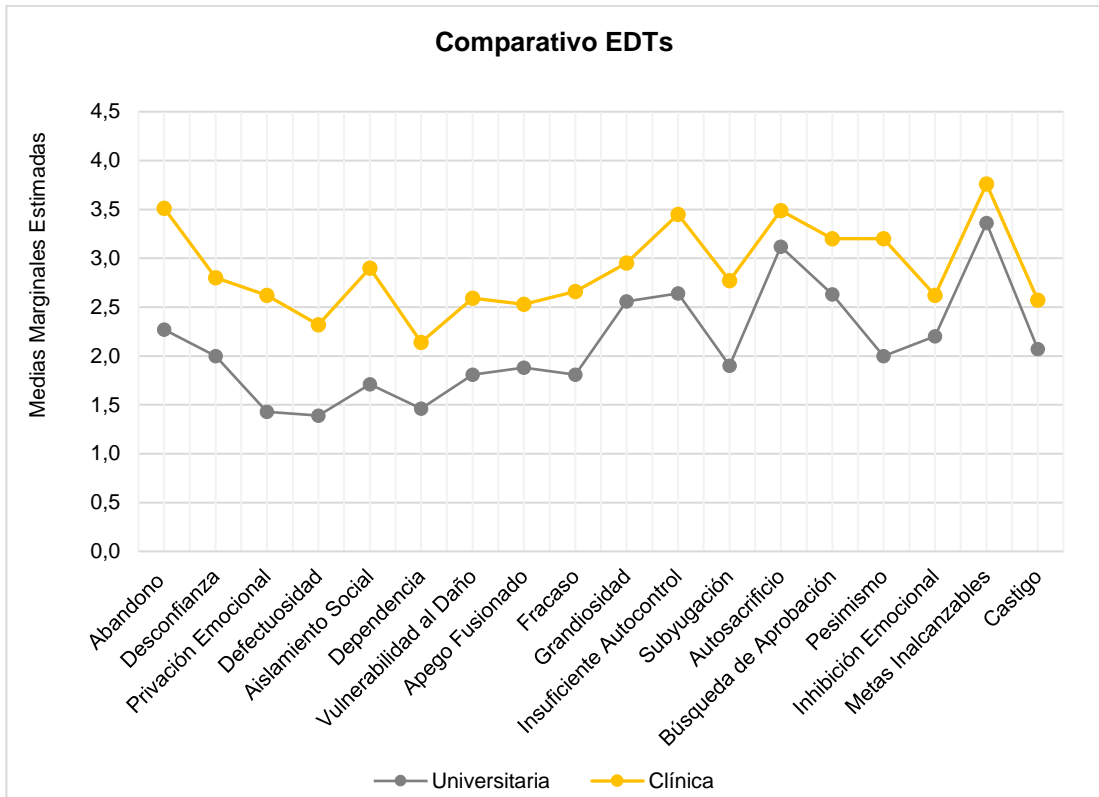


Figura 36. Comparativo de valores medios de EDTs en ambas muestras.

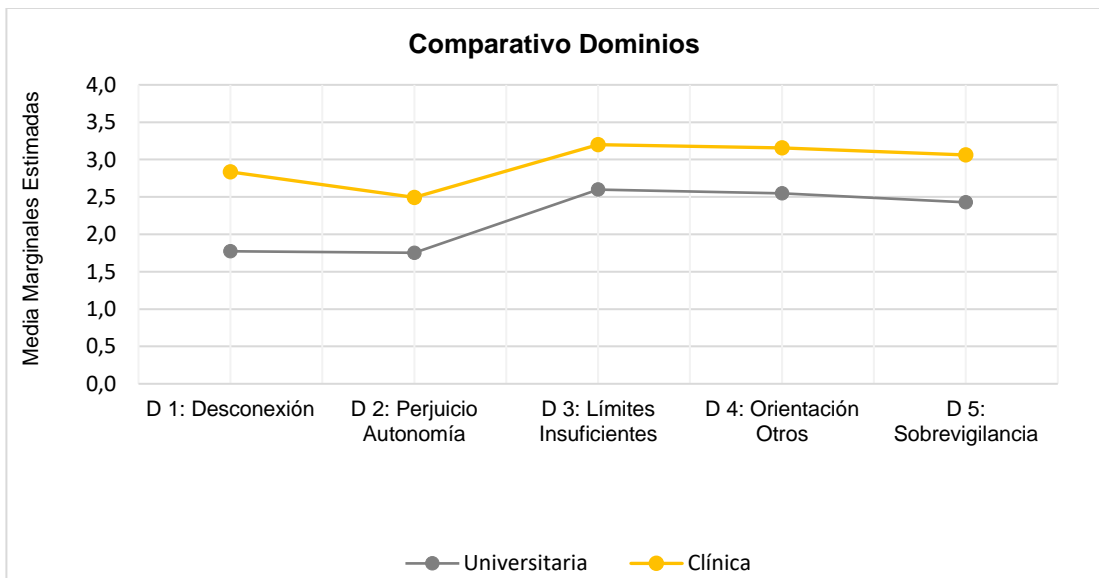


Figura 37. Comparativo de valores medios de Dominios en ambas muestras.

4.8. Resultados Objetivo 8: EDTs/Dominios y Variables Sociodemográficas

Se estudió el comportamiento de los EDTs y Dominios según las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico y estado civil.

4.8.1. Resultados de los EDTs y Dominios según sexo

Con el fin de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas según la variable sexo, se procedió a realizar un análisis empleando pruebas no paramétricas para dos muestras independientes (U de Mann-Whitney).

En primer lugar, se analizaron los resultados de la *muestra universitaria* (véase Tabla 42) en la cual se hallaron diferencias significativas en la mayoría de las variables ($p < .05$), con puntuaciones superiores para los hombres (Desconfianza, Privación Emocional, Defectuosidad, Aislamiento Social, Dependencia, Inhibición Emocional, Castigo, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Subyugación, Búsqueda de Aprobación, y Pesimismo). Por el contrario, no se encontraron diferencias de acuerdo al sexo en los EDTs de Abandono, Vulnerabilidad al daño, Apego Fusionado, Fracaso, Autosacrificio y Metas inalcanzables ($p > .05$).

Los Dominios con diferencias estadísticamente significativas fueron el 1, 3, 4 y 5 ($p < .05$). En todos los casos se observó que los hombres presentaron puntuaciones mayores que las mujeres. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el Dominio 2 según el sexo de los participantes.

Tabla 42

Diferencias en EDTs y Dominios según sexo (muestra universitaria).

Muestra universitaria	U Mann Whitney			Rango Promedio	
	EDTs	U	p	d	Mujeres
Abandono	23323.50	.363	-.08	272.37	287.60
Desconfianza	18396.50**	< .001	-.41	261.10	331.20
Privación emocional	18583.50**	< .001	-.36	261.53	329.54
Defectuosidad	19456.50**	< .001	-.34	263.52	321.82
Aislamiento Social	19226**	< .001	-.30	263.00	323.86
Dependencia	19718**	< .001	-.37	264.12	319.50
Vulnerabilidad al Daño	23345	.366	-.11	272.42	287.41
Apego Fusionado	23949	.620	-.10	273.80	282.06
Fracaso	23577.50	.456	-.03	272.95	285.35
Grandiosidad	20122.50**	.002	-.23	265.05	315.92
Insuficiente Autocontrol	20906.50*	.012	-.18	266.84	308.99
Subyugación	19527**	< .001	-.23	263.68	321.19
Autosacrificio	23821	.563	-.03	273.51	283.19
Búsqueda Aprobación	20374.50**	.004	-.20	265.62	313.69
Pesimismo	20929**	.012	-.16	266.89	308.79
Inhibición Emocional	18804.50**	< .001	-.38	262.03	327.59
Metas Inalcanzables	22693	.184	-.11	270.93	293.18
Castigo	17897.50**	< .001	-.43	259.96	335.62
DOMINIOS					
1. Desconexión/Rechazo	19345.50**	< .001	-.36	263.27	322.80
2. Perjuicio Autonomía	22048.50	.079	-.13	269.45	298.88
3. Límites Insuficientes	19067**	< .001	-.40	262.63	325.27
4. Orientación a otros	20952.50*	.013	-.19	266.95	308.58
5. Sobrevigilancia	18843**	< .001	-.49	262.12	327.25

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

En la muestra clínica los EDTs en los que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres fueron el de Aislamiento Social, Dependencia, Inhibición Emocional e Insuficiente Autocontrol (véase Tabla 43). El resto de los EDTs obtuvieron diferencias significativas a un nivel $p < .05$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según sexo en los EDTs de Abandono, Apego Fusionado, Autosacrificio, Metas Inalcanzables y Castigo ($p > .05$).

Por su parte, se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor de los hombres en los Dominios 2, 3 y 5 ($p < .01$).

Al comparar los resultados se observó que para ambas muestras existieron diferencias por género para la mayoría de los EDTs y Dominios y que en todos los casos las puntuaciones eran mayores en los varones.

El tamaño del efecto tendió a ser pequeño, salvo para el EDT Insuficiente Autocontrol en donde se obtuvo un valor moderado ($d = .67$).

Tabla 43

Diferencias en EDTs y Dominios según sexo (muestra clínica).

Muestra clínica	U Mann Whitney			Rango Promedio		
	EDTs	U	p	d	Mujeres	Hombres
Abandono	2331	.739	.06	79.73	77	
Desconfianza	1903.5*	.042	-.22	74.55	91.18	
Privación emocional	1908.5*	.044	-.26	74.60	91.06	
Defectuosiad/Vergüenza	1718.5*	.005	-.24	72.94	95.58	
Aislamiento Social	1583.5**	.001	-.42	71.77	98.80	
Dependencia	1598**	.001	-.40	71.90	98.45	
Vulnerabilidad al Daño	1763*	.010	-.32	73.33	94.52	
Apego fusionado	2100	.211	-.14	76.26	86.50	
Fracaso	1823.5*	.019	-.28	73.86	93.08	
Grandiosidad	1827*	.019	-.32	73.89	93	
Insuficiente Autocontrol	1514**	<.001	-.67	71.17	100.45	
Subyugación	1883*	.035	-.27	74.37	91.67	
Autosacrificio	2284	.603	.13	80.14	75.88	
Búsqueda Aprobación	1724**	.006	-.38	72.99	95.45	
Pesimismo	1900*	.041	-.28	74.52	91.26	
Inhibición Emocional	1603**	.001	-.39	71.94	98.33	
Metas Inalcanzables	2408.50	.979	-.05	78.94	79.15	
Castigo	1998	.097	-.16	75.37	88.93	
DOMINIOS						
1. Desconexión/Rechazo	1879*	.034	-.28	74.34	91.76	
2. Perjuicio Autonomía	1677.5**	.003	-.37	72.59	96.56	
3. Límites Insuficientes	1517.5**	.001	-.47	71.20	100.37	
4. Orientación a otros	1836.5*	.022	-.32	73.97	92.77	
5. Sobrevigilancia	1752**	.009	-.37	73.23	94.79	

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

Los EDTs que presentaron un comportamiento diferencial por muestra fueron por un lado Vulnerabilidad al Daño y Fracaso que no fueron significativos para la muestra universitaria, pero sí para la clínica; y por otro el de Castigo que se comportó al revés. Respecto a los Dominios, se halló que el de Perjuicio en la Autonomía sólo presentó diferencias significativas para la muestra clínica.

4.8.2 Resultados de los EDTs y Dominios con la edad.

Para estudiar la relación de los EDTs y Dominios con la variable edad se analizaron las correlaciones bivariadas usando el coeficiente de correlación de Spearman. Como se observa en la Tabla 44, la mayoría de los EDTs y Dominios mostraron estar asociados a la edad con correlaciones negativas bajas, pero estadísticamente significativas ($p < .05$) para la *muestra universitaria*. Estos datos sugieren que, a mayor edad, menor sería la presencia de los EDTs en este tipo de población. Privación Emocional y Aislamiento Social no parecieron variar con la edad.

Al analizar los resultados provenientes de la *muestra clínica*, se observó de manera opuesta que la mayoría de los EDTs no mostraron estar asociados con la edad. Los EDTs con correlaciones estadísticamente significativas fueron Vulnerabilidad al Daño ($p < .05$) que correlacionó positivamente con la edad; e Insuficiente Autocontrol ($p < .05$), que lo hizo negativamente.

Por su parte, ningún Dominio obtuvo asociaciones estadísticamente significativas con la edad, aunque el Dominio 3 presentó un valor de significación estadística limítrofe ($p = .053$).

Al comparar los resultados de ambas muestras, se visualizó que los EDTs con comportamiento similar fueron el de Privación Emocional y Aislamiento Social que no mostraron variar según la edad; y el de Insuficiente Autocontrol que en ambas muestras tuvo una relación negativa con la edad.

Por otra parte, el EDT Vulnerabilidad al Daño presentó una relación negativa con la edad en la muestra universitaria y una positiva en la muestra clínica.

Tabla 44
EDTs y Dominios y variable edad en ambas muestras.

EDTs	Rho	
	Universitaria	Clínica
Abandono	-.245**	.014
Desconfianza	-.198**	.101
Privación emocional	-.027	.099
Defectuosiadad	-.157**	.040
Aislamiento Social	-.058	.138
Dependencia	-.154**	-.108
Vulnerabilidad al Daño	-.236**	.165*
Apego Fusionado	-.203**	.003
Fracaso	-.151**	.028
Grandiosidad	-.231**	-.082
Insuficiente Autocontrol	-.179**	-.187*
Subyugación	-.223**	.124
Autosacrificio	-.099*	.135
Búsqueda Aprobación	-.189**	.007
Pesimismo	-.192**	.016
Inhibición Emocional	-.138*	.025
Metas Inalcanzables	-.124*	-.022
Castigo	-.156**	.072
Dominios		
1. Desconexión	-.195**	.115
2. Perjuicio Autonomía	-.252**	.039
3. Límites Insuficientes	-.243**	-.155
4. Orientación a otros	-.228**	.122
5. Sobrevigilancia	-.196**	-.059

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

4.8.3 Resultados de los EDTs y Dominios según NSE.

Se calculó la prueba de Kruskal-Wallis para establecer si existían diferencias estadísticamente significativas en los EDTs y los Dominios de acuerdo a los subgrupos establecidos según NSE (Bajo, Medio y Alto) en la *muestra universitaria*.

Como se visualiza en la Tabla 45, el único EDT que mostró diferencias estadísticamente significativas fue Metas Inalcanzables, aunque el análisis a posteriori no indicó diferencias intergrupos.

Tabla 45

EDTs y NSE (muestra universitaria).

Muestra universitaria	Kruskal Wallis		Rango Promedio		
	EDTs	H (gl)	p	Alto (n = 314)	Medio (n = 207)
Abandono	3.27 (2)	.195	268.65	270.53	191.50
Desconfianza	0.81 (2)	.961	266.20	269.77	262.69
Privación emocional	1.07 (2)	.586	265.96	267.39	306.46
Defectuosiadad	0.53 (2)	.767	267.33	269.56	238.92
Aislamiento Social	2.91 (2)	.234	258.66	278.83	300.73
Dependencia	1.14 (2)	.564	264.43	274.14	235.92
Vulnerabilidad al Daño	1.53 (2)	.464	268.30	269.52	215.88
Apego Fusionado	0.58 (2)	.746	270.58	261.74	284.88
Fracaso	1.40 (2)	.497	260.94	276.86	277.04
Grandiosidad	0.19 (2)	.907	268.42	265.13	283.19
Insuficiente Autocontrol	4.68 (2)	.096	268.79	271.25	176.65
Subyugación	0.72 (2)	.696	272.22	260.94	257.88
Autosacrificio	2.50 (2)	.286	271.32	265.77	202.92
<i>Búsqueda Aprobación</i>	5.95 (2)	.051	276.70	259.04	179.92
Pesimismo	0.19 (2)	.907	265.35	271.12	261.81
Inhibición Emocional	0.61 (2)	.970	266.12	269.49	269.04
<i>Metas Inalcanzables</i>	6.74 (2) *	.034	256.90 A	287.23 A	209.31 A
Castigo	2.25 (2)	.324	259.17	279.52	277.42
DOMINIOS					
1. Desconexión	1.25 (2)	.536	263.35	275.59	238.85
2. Perjuicio Autonomía	0.93 (2)	.627	264.43	273.96	238.92
3. Límites Insuficientes	1.09 (2)	.578	267.71	269.92	223.77
4. Orientación a otros	3.64 (2)	.162	274.41	261.43	197.38
5. Sobrevigilancia	1.64 (2)	.267	259.50	280.92	247

Notas: *Valor significativo en el nivel .05 (1 cola). Medias con una letra común no son significativamente diferentes

Al realizarse el mismo cálculo en la *muestra clínica* se observó que únicamente el EDTs de Autosacrificio presentaba diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al NSE. Sin embargo, el análisis pos hoc no sostuvo dichas diferencias entre los subgrupos (véase Tabla 46).

Tabla 46

EDTs y NSE (muestra clínica).

Muestra clínica	Kruskal Wallis		Rango promedio		
	EDTs	H (g)	p	Alto (n = 73)	Medio (n = 53)
Abandono	2.30 (2)	.317	64.25	73.86	77.09
Desconfianza	5.63 (2)	.060	61.68	78.58	71.36
Privación emocional	2.70 (2)	.259	64.23	72.99	81.45
Defectuosiadad	2.46 (2)	.293	65.03	71.42	83.68
Aislamiento Social	0.24 (2)	.887	67.47	70.91	70
Dependencia	1.24 (2)	.537	70.42	65.09	78.36
Vulnerabilidad al Daño	4.85 (2)	.088	64.30	78.03	56.68
Apego Fusionado	1.30 (2)	.524	66.50	73.70	62.95
Fracaso	0.52 (2)	.770	66.71	71.50	72.14
Grandiosidad	2.16 (2)	.340	64.86	75.24	66.45
Insuficiente Autocontrol	0.52 (2)	.771	687.90	71.68	63.36
Subyugación	2.59 (2)	.273	65.03	75.81	62.50
Autosacrificio	6.27 (2) *	.044	61.50 A	75.70 A	86.50 A
Búsqueda Aprobación	3.65 (2)	.161	63.02	76.52	72.45
Pesimismo	0.95 (2)	.621	66.54	73.14	65.36
Inhibición Emocional	2.18 (2)	.335	64.58	75.12	68.82
Metas Inalcanzables	2.02 (2)	.364	66.49	74.53	59.05
Castigo	5.15 (2)	.076	61.84	77.54	75.36
DOMINIOS					
1. Desconexión	4.17 (2)	.124	62.53	76.01	78.14
2. Perjuicio Autonomía	1.39 (2)	.499	65.79	74.03	66.09
3. Límites Insuficientes	1.61 (2)	.447	65.70	74.41	64.86
4. Orientación a otros	5.56 (2)	.062	61.53	77.93	75.50
5. Sobrevigilancia	2.93 (2)	.231	63.84	76.10	69

Notas: *Valor significativo en el nivel .05 (1 cola). Medias con una letra común no especifican las diferencias.

4.8.4 Resultados de los EDTs y Dominios según estado civil

Se procedió a indagar la relación de los EDTs y Dominios con el estado civil en la *muestra universitaria*. Se decidió reagrupar las variables en dos categorías *Solteros* y *Casados/en Pareja*, pues el grupo Divorciados/Separados sólo constituyó el 0.4% de la muestra por lo que se decidió no incluirlo. Se compararon los resultados mediante la prueba no paramétrica para dos muestras independientes (U de Mann-Whitney).

Como se visualiza en la Tabla 47, la mayoría de los EDTs y el total de los Dominios presentaron diferencias significativas en ambos grupos.

Los sujetos solteros presentaron un rango promedio de puntuaciones más elevadas que el grupo *Casados/en Pareja* en la mayoría de los EDTs. El tamaño del efecto tendió a ser pequeño, salvo para el EDT Inhibición emocional que fue moderado.

Los EDTs que no mostraron diferencias según el estado civil para esta muestra fueron el de Abandono, Vulnerabilidad al Daño, Grandiosidad, Autosacrificio, Búsqueda de Aprobación y Metas Inalcanzables.

Tabla 47

EDTs y Dominios según estado civil en muestra universitaria.

Muestra Universitaria	U de Mann-Whitney			Rango promedio	
	EDTs	U	p	d	Solteros (n = 323)
Abandono	33320.5	.160	.10	280.84	261.59
Desconfianza	31295.5*	.011	.21	287.11	252.47
Privación emocional	32212.5*	.025	.11	284.27	256.60
Defectuosiadad	28613.5*	< .001	.44	295.41	240.39
Aislamiento Social	31099.5**	.007	.24	287.72	251.59
Dependencia	31622.5*	.015	.25	286.10	253.94
Vulnerabilidad al Daño	33607.5	.208	.14	279.95	262.89
Apego Fusionada	28059.5**	< .001	.32	297.13	237.89
Fracaso	30737**	.004	.32	288.84	249.95
Grandiosidad	33738	.240	.14	279.55	263.47
Insuficiente Autocontrol	31367*	.013	.20	286.89	252.79
Subyugación	29200.5**	< .001	.34	293.60	243.03
Autosacrificio	33759	.245	.11	279.48	263.57
Búsqueda Aprobación	34288	.385	.07	277.85	265.95
Pesimismo	31055.5**	.008	.22	287.85	251.39
Inhibición Emocional	26250.5**	< .001	.51	302.73	229.75
Metas Inalcanzables	34708.5	.526	.06	276.54	267.84
Castigo	30745**	.004	.32	288.81	249.99
1. Desconexión	30183**	.002	.26	290.55	247.46
2. Perjuicio Autonomía	28809.5**	< .001	.36	294.81	241.27
3. Límites Insuficientes	31613.5*	.019	.21	286.13	253.90
4. Orientación a otros	30770**	.005	.25	288.74	250.10
5. Sobrevigilancia	28458**	< .001	.38	295.89	239.69

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

Por su parte, en el análisis de la variable estado civil en la muestra clínica se observó que, a diferencia de los resultados previos, únicamente el EDT Apego Fusionado presentó diferencias significativas con valores superiores para el grupo Solteros (véase la Tabla 48).

Tabla 48

EDTs y Dominios según estado civil en muestra clínica.

Muestra Clínica	U de Mann-Whitney			Rango promedio		
	EDTs	U	p	d	Solteros (n = 85)	Casados/ Pareja (n = 60)
Abandono	2538.50	.963	.02		73.14	72.81
Desconfianza	2536.50	.957	-.07		73.16	72.78
Privación emocional	2388.50	.515	.10		74.90	70.31
Defectuosidad	2291.50	.297	.05		76.04	68.69
Aislamiento Social	2362.50	.451	.10		75.21	69.88
Dependencia	2383	.499	.04		74.96	70.22
Vulnerabilidad al Daño	2423.50	.611	-.11		71.51	75.11
Apego Fusionado	1993*	.025	.35		79.55	63.72
Fracaso	2548	.994	-.06		72.98	73.03
Grandiosidad	2417	.592	.07		74.56	70.78
Insuficiente Autocontrol	2143	.102	.31		77.79	66.22
Subyugación	2397.50	.540	.05		74.79	70.46
Autosacrificio	2311.50	.338	-.15		70.19	76.98
Búsqueda Aprobación	2502	.847	-.01		72.44	73.80
Pesimismo	2406.50	.564	-.16		71.31	75.39
Inhibición Emocional	2280	.276	.17		76.18	68.50
Metas Inalcanzables	2191	.149	-.24		68.78	78.98
Castigo	2285.50	.287	-.25		69.89	77.41
1. Desconexión	2428.50	.626	.05		74.43	70.98
2. Perjuicio Autonomía	2358	.441	.07		75.26	69.80
3. Límites Insuficientes	2387	.513	.12		74.92	70.28
4. Orientación a otros	2474.50	.762	-.06		72.11	74.26
5. Sobrevigilancia	2429	.627	-.14		71.58	75.02

Notas: *Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

4.9 Resultados del Objetivo 9: EDTs/Dominios y la Sintomatología Clínica

Objetivo 9: Analizar la relación de los EDTs y Dominios con la sintomatología clínica.

En primer lugar, mediante el estudio de la validez convergente analizado en el apartado 4.4. de este Capítulo se incorporó evidencia acerca de las correlaciones significativas y positivas de los EDTs y Dominios con diversos indicadores psicopatológicos evaluados en la muestra universitaria mediante las técnicas secundarias.

En segundo lugar, como se indicó en el apartado 4.7 de este capítulo, se hallaron diferencias significativas para todos los EDTs y Dominios al comparar los resultados de la *muestra universitaria* con la *muestra clínica* ($p < .05$) al obtenerse valores superiores en esta última. Estos primeros resultados ya fueron informados por lo que serán retomados para su discusión en el Capítulo V.

Para profundizar acerca de la relación que presentan los EDTs y Dominios con el malestar clínico, se procedió a explorar el comportamiento de éstos según el uso de los servicios de salud mental (conurrencia o no al psiquiatra en ambas muestras y uso/no uso de psicofármacos en muestra clínica).

Por último, se estudió la relación de los EDTs y Dominios con la escala total y las subescalas Ansiedad, Depresión e Índice de Riesgo del LSB-50. Estos dos últimos análisis se describirán a continuación en los Apartados 4.9.1 y 4.9.2 respectivamente.

4.9.1. EDTs/Dominios según uso de servicio de salud mental.

El uso de servicios de salud mental de los participantes del estudio —descritos para cada muestra en los apartados 3.5.1 y 3.5.2 del Capítulo III— podrían considerarse como un indicador de malestar psicológico, especialmente al indagar la concurrencia a médico psiquiatra o la toma de medicación psiquiátrica.

En este caso se procedió a indagar la significación de las diferencias de los EDTs y Dominios respecto a la concurrencia o no a la consulta psiquiátrica en ambas muestras; y respecto al uso o no de medicación psiquiátrica en la muestra clínica. Se recuerda al lector que esto último no fue indagado en la muestra universitaria.

En primer lugar, se calculó en la muestra universitaria —mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney— si existían diferencias significativas entre quienes concurrían a médico psiquiatra y quienes no (véase Tabla 49).

Los resultados indicaron que, para esta muestra no clínica, los EDTs que puntuaron mayor en quienes concurrían a psiquiatra fueron Abandono, Desconfianza, Aislamientos Social, Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Apego Fusionado, Grandiosidad y Pesimismo.

Se observó que la mayoría de los Dominios tuvieron puntuaciones más altas para quienes iban a psiquiatra que quienes no, destacándose que Desconexión y Rechazo fue el más discriminativo ($p \leq .01$) y exceptuando al Dominio de Sobrevigilancia que no resultó significativo.

Tabla 49

EDTs y Dominios según concurrencia psiquiatra (muestra universitaria).

Muestra universitaria	U de Mann-Whitney			Rango promedio		
	EDTs	U	p	d	Psiquiatra (n = 31)	No psiquiatra (n = 502)
Abandono	5832.50*	.019	.55		329.85	263.12
Desconfianza	5576*	.008	.38		338.13	262.61
Privación emocional	6372.50	.060	.46		312.44	264.19
Defectuosidad	6272.50	.057	.31		315.66	264.00
Aislamiento Social	6147*	.044	.41		319.71	263.75
Dependencia	5980*	.024	.25		325.10	263.41
Vulnerabilidad al Daño	6043*	.034	.33		323.06	263.54
Apego Fusionado	6112.50*	.044	.24		320.82	263.68
Fracaso	6515	.125	.29		307.84	264.48
Grandiosidad	5692*	.012	.34		334.39	262.84
Insuficiente Autocontrol	6508.50	.125	.27		308.05	264.47
Subyugación	6253	.065	.40		316.29	263.96
Autosacrificio	6223	.061	.31		317.26	263.90
Búsqueda Aprobación	6436.50	.106	.39		310.37	264.32
Pesimismo	5748.50*	.014	.44		332.56	262.95
Inhibición Emocional	7075	.395	.09		289.77	265.59
Metas Inalcanzables	7354.50	.608	.16		280.76	266.15
Castigo	7707.50	.929	.13		269.37	266.85
Dominios						
1. Desconexión	5453**	.005	.55		342.10	262.36
2. Perjuicio Autonomía	5631*	.010	.39		336.35	262.72
3. Límites Insuficientes	6134*	.048	.33		320.13	263.72
4. Orientación a otros	5935.50*	.027	.48		326.53	263.32
5. Sobrevigilancia	6683.50	.187	.28		302.40	264.81

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

En el caso de la muestra clínica, tal se observa en la Tabla 50, los EDTs de mayor puntuación en quienes concurrían a psiquiatra al compáralo con quienes no, fueron Dependencia y Apego Fusionado. Mientras que el Dominio de Perjuicio en la Autonomía fue el único significativo.

Tabla 50

EDTs y Dominios según concurre a psiquiatra o no (muestra clínica).

Muestra clínica	U de Mann-Whitney			Rango promedio		
	EDTs	U	p	d	Psiquiatra (n = 93)	No psiquiatra (n = 57)
Abandono	2428.50	.389	.18		77.89	71.61
Desconfianza	2624.50	.920	.21		75.22	75.96
Privación emocional	2296.50	.168	.34		79.31	69.29
Defectuosidad	2476.50	.498	.45		77.37	72.45
Aislamiento Social	2155.50	.055	.49		80.82	66.82
Dependencia	2101*	.032	.42		81.41	65.86
Vulnerabilidad al Daño	2374.50	.284	.09		78.47	70.66
Apego Fusionado	2105.50*	.034	.35		81.36	65.94
Fracaso	2224.50	.098	.26		80.08	68.03
Grandiosidad	2639.50	.966	.09		75.38	75.69
Insuficiente Autocontrol	2159	.057	.31		80.78	66.88
Subyugación	2268.50	.138	.43		79.61	68.80
Autosacrificio	2564.50	.739	-.05		76.42	73.99
Búsqueda Aprobación	2233.50	.106	.26		79.98	68.18
Pesimismo	2339	.227	.19		78.85	70.04
Inhibición Emocional	2388.50	.308	.00		72.68	80.10
Metas Inalcanzables	2554	.708	.26		76.54	73.81
Castigo	2427.50	.386	.30		77.90	71.59
Dominios						
1. Desconexión/Rechazo	2359.00	.259	.42		78.63	70.39
2. Perjuicio Autonomía	2033.50*	.017	.37		82.13	64.68
3. Límites Insuficientes	2392	.316	.22		78.28	70.96
4. Orientación a otros	2240	.112	.26		79.91	68.30
5. Sobrevisión	2471.50	.488	.24		77.42	72.36

Notas: *Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

En tercer lugar y utilizando el mismo estadístico, se observó que en la muestra clínica se hallaron diferencias significativas ($p < .05$) para los EDTs Aislamiento Social, Dependencia, Apego Fusionado, Fracaso y Subyugación con puntuaciones mayores para quienes tenían prescriptos psicofármacos respecto de quienes no (véase Tabla 51).

De igual forma, se identificaron valores superiores para los Dominios Perjuicio en Autonomía, Límites Insuficientes y Orientación a Otros en quienes tomaban psicofármacos respecto de los que no.

Tabla 51

EDTs y Dominios según consumo de psicofármacos (muestra clínica).

EDTs	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Psicofármacos (<i>n</i> = 92)	No psicofármacos (<i>n</i> = 52)
<i>Abandono</i>	2137	.288	.17	75.27	67.60
Desconfianza	2263.50	.592	.15	73.90	70.03
Privación emocional	1952.50	.066	.31	77.28	64.05
Defectuosidad	2114	.245	.23	75.52	67.15
<i>Aislamiento Social</i>	1881.50*	.033	.39	78.05	62.68
<i>Dependencia</i>	1783.50*	.011	.47	79.11	60.80
Vulnerabilidad al Daño	2021	.122	.35	76.53	65.37
<i>Apego Fusionado</i>	1613**	.001	.58	80.97	57.52
Fracaso	1844	.022	.42	78.46	61.96
Grandiosidad	2175.50	.367	.20	74.85	68.34
Insuficiente Autocontrol	1765.50	.009	.46	79.31	60.45
<i>Subyugación</i>	1908.50*	.044	.36	77.76	63.20
Autosacrificio	2168	.351	.17	74.93	68.19
Búsqueda Aprobación	2004.50	.106	.25	76.71	65.05
Pesimismo	1959.50	.072	.32	77.20	64.18
Inhibición Emocional	2315.50	.749	-.02	71.67	73.97
Metas Inalcanzables	2321.50	.769	.07	73.27	71.14
Castigo	1974	.081	.27	77.04	64.46
Dominios					
1. Desconexión	2025.50	.127	.32	76.48	65.45
2. <i>Perjuicio Autonomía</i>	1590**	.001	.62	81.22	57.08
3. <i>Límites Insuficientes</i>	1886.50*	.035	.37	77.99	62.78
4. <i>Orientación a Otros</i>	1872.50*	.031	.37	78.15	62.51
5. Sobrevigilancia	2083	.199	.22	75.86	66.56

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

4.9.2. EDTs/Dominios como indicadores de sintomatología clínica.

Se realizaron correlaciones bivariadas para analizar la relación de los EDTs y Dominios con diversos indicadores de psicopatología clínica medidos a través de las escalas de Ansiedad y Depresión, el Índice de Riesgo Psicopatológico y el puntaje total del LSB-50.

Se observó que en la muestra universitaria todas las correlaciones fueron significativas ($p < .01$) y se obtuvieron valores *Rho* de Spearman en un rango entre .22 y .69 (véase Tabla 52). Los EDTs y Dominios que parecieron asociarse con mayor intensidad a las variables psicopatológicas fueron: Abandono, Desconfianza, Pesimismo y el Dominio 1 y 2 que presentaron valores de dicho coeficiente cercanos a .50 (Martínez Ortega, 2009).

Tabla 52

EDTs y Dominios e indicadores psicopatológicos en universitarios.

Muestra Universitaria	LSB-50			
	EDTs	Ansiedad	Depresión	IRPsi
<i>Abandono</i>	.53**	.56**	.53**	.58**
Desconfianza	.50**	.48**	.52**	.58**
Privación emocional	.29**	.38**	.35**	.40**
Defectuosidad	.38**	.44**	.43**	.44**
Aislamiento Social	.35**	.43**	.40**	.46**
Dependencia	.37**	.42**	.44**	.45**
Vulnerabilidad al Daño	.63**	.49**	.57**	.58**
Apego Fusionado	.32**	.38**	.36**	.40**
Fracaso	.41**	.43**	.47**	.46**
Grandiosidad	.35**	.38**	.38**	.46**
Insuficiente Autocontrol	.35**	.47**	.46**	.50**
Subyugación	.43**	.43**	.49**	.49**
Autosacrificio	.28**	.31**	.26**	.30**
<i>Búsqueda Aprobación</i>	.34**	.35**	.36**	.40**
Pesimismo	.58**	.57**	.57**	.63**
Inhibición Emocional	.28**	.28**	.32**	.34**
<i>Metas Inalcanzables</i>	.26**	.26**	.22**	.29**
Castigo	.36**	.32**	.36**	.37**
Dominios				
1. Desconexión	.55**	.61**	.59**	.65**
2. Perjuicio Autonomía	.58**	.58**	.63**	.64**
3. Límites Insuficientes	.40**	.49**	.49**	.56**
4. <i>Orientación a otros</i>	.46**	.48**	.49**	.52**
5. Sobrevigilancia	.48**	.48**	.49**	.54**

Nota: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

Al replicar el análisis en la muestra clínica se observó que la mayoría de las correlaciones fueron significativas ($p < .01$) obteniendo valores *Rho* prioritariamente moderados (véase Tabla 53).

Los tres EDTs que no mostraron o mostraron una menor asociación con las variables psicopatológicas fueron los siguientes:

- Grandiosidad, que no resultó significativo respecto a la escala de Depresión y que presentó una asociación más débil ($p < .05$) con el índice de riesgo psicopatológico (IRPsi).
- Inhibición Emocional, que presentó correlaciones menos significativas con todos los indicadores de psicopatología y no se asoció con Ansiedad.
- Metas Inalcanzables, el cual no correlacionó con ninguno de los indicadores psicopatológicos de modo significativo.

Tabla 53

EDTs y Dominios e indicadores psicopatológicos en pacientes.

Muestra Clínica	LSB-50			
EDTs	Ansiedad	Depresión	IRP	Total
<i>Abandono</i>	.49**	.37**	.51**	.49**
Desconfianza	.53**	.42**	.51**	.55**
Privación emocional	.29**	.34**	.34**	.40**
Defectuosidad	.47**	.56**	.56**	.59**
Aislamiento Social	.44**	.48**	.50**	.48**
Dependencia	.38**	.44**	.47**	.51**
Vulnerabilidad al Daño	.66**	.53**	.62**	.60**
Apego Fusionado	.37**	.36**	.43**	.41**
Fracaso	.43**	.55**	.56**	.53**
Grandiosidad	.25**	.10	.22*	.25**
Insuficiente Autocontrol	.36**	.45**	.48**	.47**
Subyugación	.49**	.41**	.50**	.46**
Autosacrificio	.35**	.28**	.32**	.32**
<i>Búsqueda Aprobación</i>	.35**	.28**	.33**	.36**
Pesimismo	.59**	.56**	.63**	.64**
Inhibición Emocional	.16	.19*	.22*	.22*
<i>Metas Inalcanzables</i>	.13	.05	.07	.14
Castigo	.38**	.35**	.40**	.44**
DOMINIOS EDTS				
1. Desconexión	.59**	.56**	.64**	.65**
2. Perjuicio Autonomía	.60**	.63**	.69**	.68**
3. Límites Insuficientes	.35**	.31**	.40**	.42**
4. <i>Orientación a Otros</i>	.55**	.48**	.55**	.56**
5. Sobrevigilancia	.46**	.45**	.48**	.52**

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

4.10. Resultados Objetivo 10: Los EDTs y Dominios en la Evaluación Clínica.

Objetivo 10: Estudiar la capacidad discriminativa de los EDTs y Dominios en la evaluación clínica en la muestra de pacientes agrupada según: (a) los Ejes I y II de la clasificación multiaxial del DSM-IV y (b) subgrupos clínicos diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de la Personalidad y no especificados.

A continuación, en los incisos 4.10.1 y 4.10.2, se desarrollarán los resultados que responden a los apartados (a) y (b) del Objetivo 10 respectivamente.

4.10.1 Especificidad de los EDTs/Dominios según en Eje I y II.

Se calculó la prueba U de Mann-Whitney mediante la cual se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los Eje I y II para los EDTs de Abandono, Desconfianza, Defectuosidad, Apego Fusionado, Pesimismo y Castigo; así como para los Dominios 1 y 2.

Como se visualiza en la Tabla 54, las puntuaciones fueron mayores en estos EDTs y Dominios para el grupo de pacientes comprendido dentro del Eje II.

Se observó que las diferencias halladas entre los Ejes I y II, tuvieron valores significativos en general pequeños, a excepción de los EDTs de Abandono, Desconfianza y el Dominio 1, los cuales tuvieron valores moderados (d entre $-.52$ y $-.58$).

Tabla 54

EDTs y Dominios según diagnóstico en Eje I y II.

Muestra Clínica EDTs	U de Mann-Whitney			Ejes DSM-IV	
	U	p	d	Eje I (n = 83)	Eje II (n = 74)
Abandono	2091.5**	<.001	-.58	15.69	19.45
Desconfianza	2078.5**	<.001	-.54	12.39	15.77
Privación emocional	2648	.135	-.22	9.84	11.04
Defectuosidad	2414.5*	.020	-.36	10.52	12.74
Aislamiento Social	2609.5	.104	-.27	10.88	12.39
Dependencia	2719	.212	-.26	7.98	9.16
Vulnerabilidad al Daño	2710.5	.204	-.22	9.86	10.89
Apego Fusionado	2384.5*	.016	-.37	11.63	13.65
Fracaso	2472*	.035	-.32	12.28	14.35
Grandiosidad	2862.5	.462	-.10	11.54	11.96
Insuficiente Autocontrol	2764.5	.280	-.20	13.27	14.24
Subyugación	2895	.535	-.13	13.41	14.16
Autosacrificio	3049.5	.940	-.02	17.24	17.38
Búsqueda Aprobación	2805.5	.350	-.13	15.58	16.39
Pesimismo	2307**	.007	-.44	14.64	17.43
Inhibición Emocional	2905.5	.559	-.11	12.70	13.41
Metas Inalcanzables	3033.5	.895	.04	18.75	18.57
Castigo	2506	.046	-.31	9.46	11.07
1. Desconexión	2170.5**	.002	-.52	59.31	71.39
2. Perjuicio Autonomía	2392*	.017	-.39	41.73	48.05
3. Límites Insuficientes	2874.5	.489	-.12	25.18	26.11
4. Orientación a otros	2828	.393	-.14	46.41	48.22
5. Sobrevigilancia	2549.5	.067	-.30	55.54	60.47

Notas: **Valor significativo en el nivel .01 (2 colas).

*Valor significativo en el nivel .05 (1 cola).

4.10.2 Especificidad de los EDTs/Dominios en subgrupos clínicos.

En la Tabla 55 se visualizan los rangos promedio de los EDTs y Dominios para los 4 subgrupos diagnósticos provenientes de la muestra clínica. Se calculó la prueba de Kruskal-Wallis para establecer si los mismos presentaban diferencias significativas que pudiesen considerarse asociadas a perfiles clínicos específicos. Los EDTs que no resultaron discriminativos para ningún subgrupo fueron Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Apego Fusionado, Fracaso, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Autosacrificio, Búsqueda de Aprobación y Metas Inalcanzables.

Mientras que, sí lo fueron los siguientes EDTs: Abandono, Desconfianza, Privación Emocional, Defectuosidad, Aislamiento Social, Subyugación, Pesimismo e Inhibición Emocional.

Se observó que para los el EDTs Abandono, Desconfianza y Pesimismo los sujetos con Trastorno de Personalidad, presentaron puntuaciones significativas mayores que quienes tenían Trastorno de Ansiedad o trastornos no específicos.

En lo que respecta a los EDTs Privación Emocional, Defectuosidad y Subyugación, se visualizó una puntuación más elevada para los pacientes con Trastorno del Estado de Ánimo en comparación con quienes presentaron Trastorno de Ansiedad y el subgrupo No especificado.

El EDT Inhibición Emocional se comportó de forma diferente para los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo en comparación con los pacientes ansiosos quienes presentaron puntuaciones más bajas. Mientras que para el EDT Aislamiento Social los valores más altos estuvieron presentes en los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo y de Personalidad, diferenciándolo de los otros dos grupos.

Los Dominios 1, 4 y 5 así como el puntaje total del YSQ-S3, presentaron diferencias significativas según los subgrupos diagnósticos, hallándose en todos los casos puntuaciones diferenciales más altas para el grupo de Trastornos del Estado de Ánimo y de Personalidad respecto a los grupos Trastornos de Ansiedad y No Especificado.

Tabla 55

EDTs y Dominios según subgrupos con diagnósticos clínicos.

Muestra clínica	Kruskal-Wallis		Rango medio			
	EDTs	H (gl)	p	Trastorno Estado de Ánimo (n = 24)	Trastorno Ansiedad (n = 50)	Trastorno Personalidad (n = 74)
Abandono	15.54 (3)**	.001	82.21 AB	62.21 A	92.16 B	55.50 A
Desconfianza	13.79 (3)**	.003	74.60 AB	65.23 A	92.57 B	55.61 A
Privación emocional	11.17 (3)*	.010	96.35 B	65.42 A	85.08 AB	58.17 A
Defectuosidad	16.91 (3)**	.001	97.60 B	60.63 A	87.91 AB	58.17 A
Aislamiento Social	18.12 (3)**	< .001	103.83 B	59.49 A	85.24 B	69.89 A
Dependencia	7.63 (3)	.051	93.02	68.33	84.05	59.33
Vulnerabilidad al Daño	2.83 (3)	.416	82.33	71.79	84.11	68.17
Apego Fusionada	7.61 (3)	.054	75.27	69.54	89.01	59.22
Fracaso	7.40 (3)	.060	83.81	67.56	87.39	60.78
Grandiosidad	3.95 (3)	.226	92.08	70.41	80.95	75.78
Insuficiente Autocontrol	3.60 (3)	.307	86.73	69.51	83.33	75.50
Subyugación	9.49 (3)*	.023	99.31 B	68.88 A	81.82 AB	57.89 A
Autosacrificio	1.65 (3)	.648	81.44	80.50	79.47	60.33
Búsqueda Aprobación	4.34 (3)	.226	89.19	72.56	82.45	59.22
Pesimismo	10.05 (3)*	.018	81.25 AB	66.95 A	89.39 B	54.50 A
Inhibición Emocional	10.65 (3)*	.013	101.69 B	65.62 A	81.38 AB	73.28 AB
Metas Inalcanzables	0.70 (3)	.873	83.29	78.86	78.99	68.44
Castigo	4.57 (3)	.203	78.08	69.15	86.63	73.44
Dominios						
1. Desconexión	18.88 (3)**	< .001	85.71 B	51.49 A	78.55 B	48.78 A
2. Perjuicio Autonomía	7.40 (3)	.061	76.33	59.66	75.77	48.33
3. Límites Insuficientes	6.50 (3)	.089	84.33	58.29	71.34	67.77
4. Orientación a otros	8.03 (3)*	.045	87.12 B	63.70 A	69.77 AB	46.61 A
5. Sobrevigilancia	10.08 (3)*	.018	83.31 A	55.90 A	75.10 A	54.83 A
YSQ-S3 total	15.34 (3)**	.001	87.74 B	54.86 A	75.76 B	44.78 A

Nota: **Significativo en el nivel .01 (2 colas). *Significativo en el nivel .05 (1 cola). Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > .05$).

Hasta aquí han sido informados los resultados respecto a las propiedades psicométricas del YSQ-S3, los datos descriptivos de ambas muestras y se han estudiado los EDTs y Dominios en relación a las variables sociodemográficas y las variables asociadas a la salud mental. A continuación, en el capítulo de Discusión serán interpretados estos resultados en mayor detalle y a la luz de los antecedentes teóricos y del estado del arte.

Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

El objetivo central de esta investigación ha sido la adaptación y el estudio de las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en una muestra universitaria uruguaya ($N = 550$) comparando los resultados con una muestra clínica ($N = 157$). La adecuación de dicho instrumento al marco sociocultural uruguayo sirve a la incorporación de un valioso recurso para la evaluación de los EDTs, en tanto constructos asociados a la personalidad, psicopatología y trauma temprano. Asimismo, permite la evaluación del ajuste del modelo que subyace a la Terapia de Esquemas en el contexto rioplatense.

Adicionalmente, se analizaron los comportamientos diferenciales de los EDTs y Dominios en distintos subgrupos psicopatológicos, a fin de generar información plausible de ser incorporada a los lineamientos de evaluación e intervención clínica.

La organización de este capítulo final consistirá en tres secciones diferenciadas. En primer lugar, se comenzará con la discusión de cada objetivo planteado y se procederá a comparar los resultados encontrados con los provenientes de estudios similares y que permitan dar respuesta a las hipótesis propuestas. En segundo lugar, se presentará un resumen de las principales conclusiones obtenidas. Por último, se realizará una mirada crítica sobre las limitaciones y el alcance de los hallazgos con el propósito de señalar las temáticas vacantes para futuros trabajos de investigación.

5.1. Discusión de Objetivos

A continuación, se discutirán los diez objetivos planteados exponiendo, para cada uno de ellos, los aspectos más relevantes de los resultados, los análisis teóricos que de éstos se desprenden y las consideraciones provenientes de estudios similares.

5.1.1 Discusión objetivo 1: Propiedades psicométricas del YSQ-S3.

Diversas investigaciones han proporcionado evidencia de que las formas abreviadas del YSQ poseen adecuados indicadores de fiabilidad, buena validez predictiva —con respecto a la psicopatología— y estructura factorial —respecto a los EDTs y Dominios que plantea el modelo— (Bach, et al., 2015b; Castrillón et al., 2005; Cid, 2016; S. J. Lee et al., 2015; Londoño et al., 2012; Mauchand et al., 2011; Rijo, 2009).

Mediante este primer objetivo se pretendió adaptar el YSQ-S3 para la medición de los EDTs en adultos universitarios uruguayos, procurando corroborar que presentase propiedades psicométricas adecuadas de validez y confiabilidad. Se procedió a comparar dichos resultados con los obtenidos en una muestra clínica.

Discusión sobre la adaptación lingüística y depuración de ítems.

Como se indicó previamente, el primer paso consistió en someter la versión española (Cid & Torrubia, 2007), a un juicio experto —con 6 jueces— que resultó en la modificación de algunos términos contenidos en la redacción de los ítems y el texto de la escala Likert. También se calcularon los coeficientes de Aiken, donde la mayoría de los ítems tuvieron valores adecuados moderados, identificándose que 47 ítems obtuvieron valores óptimos ($V0 = 1$) y 20 ítems que no superaron el umbral mínimo .60 (Herrera Rojas, 1993). Luego de someter la versión a un estudio piloto constituido por 25 sujetos (15 universitarios y 10 pacientes) y tras modificar nuevamente los reactivos complejos bajo la orientación de la experta lingüista, se obtuvo la versión depurada que se aplicaría en las muestras de este estudio.

Los cambios más relevantes fueron, en primer lugar, la modificación del formato externo de emplazamiento del texto de los ítems y modalidad de marcar la respuesta ya que eran potenciales fuentes de error de respuesta para el evaluado (Matesanz, 1997) y de error en la computación de datos para el investigador (Manterola & Otzen, 2015).

En segundo lugar, se ajustó la redacción de los puntos 3 y 4 de la escala Likert que resultaba confusa respecto a la direccionalidad de la respuesta (Céspedes Cuevas & Tristán-López, 2014). Se consideró que la no atención de este aspecto, podría alterar la validez y confiabilidad del instrumento.

En tercer lugar, se procuró mejorar la validez de *facies* (Sierra, Peña, Alba, & Sánchez, 2015) y de contenido, mediante la modificación de los ítems que no eran comprensibles debido a su complejidad y sintaxis, o que requerían de ajustes lingüísticos acordes al contexto uruguayo y rioplatense. En total fueron modificados 33 ítems que se indicaron en la Tabla 59 del Anexo B.

Los pasos previos dieron lugar a la versión depurada del instrumento con adecuadas evidencias de validez de contenido y aparente tanto para universitarios como para pacientes.

Con una muestra universitaria ($N = 550$) y considerando algunos análisis estadísticos en la muestra clínica ($N = 157$), se realizó el análisis del poder discriminativo de los ítems, se evaluó el supuesto de normalidad y la homogeneidad. Estos datos, unidos a los valores de los coeficientes de Aiken hallados previamente, permitieron considerar la exclusión de los ítems defectuosos.

Los resultados del análisis de univariados mostraron que todos los ítems presentaban un adecuado poder discriminativo evaluado a través del índice de endosamiento y mediante la prueba U de Mann Whitney entre las respuestas dadas por quienes presentaron más del atributo y quienes presentaron menos —los puntos de corte fueron establecidos de acuerdo a los percentiles 25 y 75 ($p < .001$).

Asimismo se observó que únicamente el ítem 25 tuvo un valor de *IHC* cercano al valor inaceptable de referencia —valor inferior a .25— (Nunnally & Bernstein, 1995); mientras que el ítem 87 presentó un valor inferior a .30 indicando que ambos resultaron indiferenciadores (Martínez Arias, 1995). Por su parte, los ítems 22, 43, 44, 45, 62, 68, 69, 73, 85, 86 y 90 mostraron una moderada capacidad discriminativa (entre .30 y .40) y el resto de los ítems presentaron valores mayores. En general, los valores adecuados de este indicador ($IHC \geq .40$), también predominaron en otros estudios similares (Bach, et al 2015a; Hawke & Provencher, 2012; Kriston et al., 2012; Rijo, 2009).

Al indagar en estos estudios, se observó que los ítems con *IHC* bajos, pertenecían prioritariamente a los EDTs de Grandiosidad (Bach et al., 2015a; Kim, Lee & Lee, 2014; Kriston et al., 2012; Rijo, 2009), Metas Inalcanzables (Bach, et al 2015a; Cid, 2016; Rijo, 2009), Castigo (Kim et al., 2014; Kriston et al., 2012; Rijo, 2009), Insuficiente Autocontrol (Cid, 2006; Hawke & Provencher, 2012; Kim et al., 2014; Rijo, 2009) y Subyugación (Cid, 2016; Kim et al., 2014).

En esta etapa también se evaluó el peso de saturación de cada ítem —obtenida a través de AFCs individuales para cada EDT— donde se hallaron valores satisfactorios para la mayoría de los ítems (84 ítems de 90). Dichos valores estuvieron comprendidos en un rango de .30 (ítem 25 – Dependencia) y .87 (ítem 58 – Aislamiento Social). Los ítems que presentaron valores inferiores al recomendado fueron el 25 (Dependencia), 62 (Vulnerabilidad al Daño), 73 (Privación Emocional), 90 (Castigo), 68 y 87 (Insuficiente Autocontrol).

En un estudio realizado en España (Cid, 2016) —donde se empleó la versión previa en castellano del YSQ-SF— se identificó un porcentaje similar de ítems con valores de saturación satisfactorios y puntuaciones comprendidas entre .20 y .80. Otro estudio realizado en Portugal (Rijo, 2009) —que empleó la versión YSQ-S3— halló valores satisfactorios mayores para todos los ítems en un rango de valores entre .51 (ítem 25 – Dependencia) y .89 (ítem 37 – Privación Emocional).

Luego de comparar el funcionamiento de los ítems defectuosos, con los resultados de estudios similares (Cordero & Tiscornia, 2014), fueron eliminados los siguientes siete ítems: el 22 (Aislamiento Social), 25 (Dependencia), 62 (Vulnerabilidad al Daño), 68 (Grandiosidad), 73 (Privación Emocional), 87 (Insuficiente Autocontrol) y 90 (Castigo). Tras la eliminación, de dichos ítems —la versión adaptada de 83 reactivos— mantuvo el criterio recomendado por varios autores, de que cada subescala esté compuesta por entre cuatro y cinco ítems procurando una mayor solidez y estabilidad (Costelo & Osborne, 2005).

Cabe mencionar que otros ítems fueron considerados para su potencial eliminación (43, 44, 45, 69, 85 y 86), siendo recomendable que puedan evaluarse nuevamente en futuros estudios. Especialmente aquellos que también presentaron dificultad en otras investigaciones: el 85 de Metas inalcanzables (Bach et al., 2015a; Hawke & Provencher, 2012; Soygüt et al., 2009), el 45 de Apego Fusionado (Lee et al., 2015), el 69 de Insuficiente Autocontrol (Lee et al., 2015) y el 86 de Grandiosidad (Lee et al., 2015). Tal como sugieren ciertos autores (Hawke & Provencher, 2012), resulta imprescindible atender a mejorar la calidad de los reactivos teniendo en cuenta la información transferida de los estudios previos y acorde a la evolución del modelo.

En general, los resultados de este estudio y de las investigaciones antes mencionadas, se desprende que los ítems más problemáticos pertenecían a los siguientes EDTs (indicados con sus respectivos Dominios): (a) Privación Emocional y Aislamiento Social (1. Desconexión y Rechazo), (b) Dependencia, Apego Fusionado y Vulnerabilidad al Daño (2. Perjuicio en Autonomía), (c) Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol (3. Límites Insuficientes) y (d) Metas inalcanzables y Castigo (5. Sobrevigilancia). Estos datos se considerarán al estudiar el funcionamiento de los EDTs y los Dominios del YSQ-S3.

Discusión sobre las evidencias de validez del YSQ-S3

Para el estudio de la validez de constructo, se optó por emplear el AFC. Tal se desarrolló en el Capítulo II, el creciente número de investigaciones respecto al YSQ en sus diversas versiones abreviadas, han contribuido con la exploración y construcción de un vasto marco teórico —mediante los estudios de AFE previos (Bach, et al., 2015b; Calvete et al., 2013; Cui et al., 2011; Lachenal-Chevallet et al., 2006; Oei & Baranoff, 2007; Saariaho et al., 2012)— que actualmente requiere de métodos que apoyen o no su ajuste.

Si bien los antecedentes son escasos para las versiones en castellano, y especialmente para el contexto rioplatense, la existencia de estudios en diversos idiomas, países y culturas (van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012); unido a que se contó con datos de Uruguay de una investigación preliminar no publicada (Cordero & Tiscornia, 2014), fueron los elementos que apoyaron el empleo del AFC.

Siguiendo con el proceso, se menciona que la refutación del supuesto de normalidad determinó los métodos y estadísticos a emplear. Al indagar referencias sobre los métodos empleados en estudios precedentes, se observó que muchos autores emplearon el método de AFC por parcelamiento (Hawke & Provencher, 2012; Rijkeboer & van den Bergh, 2006; Saariaho et al., 2009), mientras que un estudio utilizó el empleo total de los ítems (Londoño et al., 2012).

Si bien existe debate asociado al método del parcelamiento, como alternativa al procedimiento estándar de empleo de los ítems como indicadores en el AFC (Little, Rhemtulla, Gibson, & Schoemann, 2013), algunos autores consideran que posee un gran potencial cuando se aplica adecuadamente (Huang et al., 2009). En este caso particular, debido a la complejidad del modelo, cantidad de factores analizados, tipo de distribución de los datos y las limitaciones del software estadístico disponible, se consideró esta alternativa. Asimismo, se tuvo en cuenta que presentaba como ventaja la tendencia de reducir el sesgo causado por las distribuciones no normales y aumentar la estabilidad de los parámetros estimados en un modelo que resulta complejo (Matsunaga, 2008).

A fin de minimizar las limitaciones que este método podría presentar, se procuró establecer una secuencia que garantizase la calidad de los resultados. Por ejemplo, se consideró el supuesto previo que refiere a que el set de ítems que componen la parcela, deba suponer un constructo a medir unidimensional.

Además, se procuró evaluar la calidad de los ítems de la agrupación previo a someter las parcelas a estudios factoriales de segundo orden. A continuación, se presentarán y discutirán las principales conclusiones relativas a los datos obtenidos que sustentaron la validez de constructo.

Discusión sobre la matriz de intercorrelaciones.

Previo al análisis de los AFC realizados, se comentarán algunos aspectos asociados a la matriz de intercorrelación proveniente de los datos de la muestra universitaria. Aquí se hallaron valores de intercorrelación bajos y moderados que indicaron asociaciones significativas entre los 18 EDTs planteados por el modelo de Young (2003).

Fueron halladas cinco correlaciones consideradas muy bajas ($Rho < .20$), 80 correlaciones bajas (valor Rho entre $.20$ y $.40$), y 68 correlaciones moderadas (Rho entre $.41$ y $.61$). Al respecto se observó que por un lado estas correlaciones han sido superiores en algunos estudios (Bach et al., 2015b; Rijo, 2009), mientras que han resultado levemente inferiores en otros (Cid, 2016).

Las intercorrelaciones moderadas resultan esperables en tanto se espera que exista una relación en el sentido de la medición de las cogniciones asociadas a la patología de la personalidad y trauma, pero también se espera que las escalas discriminen entre sí, ya que se trata de un instrumento multidimensional y dado que se espera limitar la redundancia (Rijkeboer & van den Bergh, 2006).

Mediante este análisis se identificó que los EDTs que menos se asociaron fueron Fracaso y Metas Inalcanzables, mientras que la mayor intercorrelación se correspondió con los EDTs Desconfianza y Pesimismo.

En el primer caso, se observaron valores bajos también en el análisis desprendido de una muestra clínica española (Cid, 2016) y una muestra palestina de estudiantes (Alfasfos, 2009). En un estudio franco-canadiense se observó lo mismo tanto en la muestra no clínica como en la clínica (Hawke & Provencher, 2012).

En el segundo caso, se obtuvieron correlaciones altas —entre Desconfianza y Pesimismo— en el estudio con una muestra mixta danesa (Bach et al., 2015b) y con una muestra no clínica portuguesa (Rijo, 2009).

Estos datos son consistentes con el marco teórico, pues en el primer caso, la presencia del EDT Fracaso —donde la esencia radica en sentimientos de ineptitud respecto a los logros— difiere de la idea central del EDT Metas Inalcanzables, en donde el aspecto central del constructo se asocia al perfeccionismo y consecución de logros (Young et al., 2013). Esto podría estar también asociado a que por tratarse de una muestra universitaria del ámbito privado resulte más frecuente que se observen perfiles de estudiantes *overachieving* (Lachenal-Chevallet et al., 2006).

Igualmente, es importante destacar que no necesariamente se trata de constructos contradictorios ya que muchas veces el EDT central de Fracaso —sobre todo en casos donde es más intenso— puede desarrollar mecanismos de sobrecompensación activando el EDT de Metas Inalcanzables como EDT secundario que la persona usaría como “antídoto” ante la sensación de incapacidad que provoca el EDT de Fracaso (Young & Klosko, 2001; Young et al., 2013).

Tal como se detallará más adelante, también podría hipotetizarse que el EDT de Metas Inalcanzables —que se ha visto presenta menor capacidad discriminativa entre la muestra clínica y no clínica— se manifiesta como un EDT ligado a perfiles perfeccionistas más y menos saludables como se ha sugerido el estudio de Caputto y colaboradores (Arana & Keegan, 2016; Caputto & Keegan, 2015). Estos datos sugieren que en este continuo (dimensionalidad) del constructo pueda variar en las correlaciones con otros EDTs. También puede ser relevante considerar lo que proponen ciertos autores acerca de la necesidad de reformula este tipo de EDT a nivel de los ítems poniendo énfasis en que reflejen el aspecto patológico del mismo, por encima del polo “normal” que pueda presentar para determinada población (Hawke & Provencher, 2012).

Por otra parte, al analizar la relación de la dupla de EDTs con mayor asociación (Desconfianza y Pesimismo) y considerando que no pertenecen al mismo Dominio, podríamos señalar que —tal fue comentado por los jueces expertos— pueda explicarse debido a que Pesimismo se presenta como un factor más general. La falta de especificidad del mismo, en el contexto de una escala multidimensional— podría imposibilitar su correcta estructuración factorial.

Varios autores han identificado, que el EDT Pesimismo, parece referir a un estilo de atribución negativo general intrínseco a la psicopatología, más que un EDT que se comporta como un factor unidimensional (Bach et al., 2015b; Hoffart & Sexton, 2002; Shaghaghay, Saffarinia, Iranpoor, & Soltanynejad, 2011).

En este sentido, observamos que en este estudio resultó ser el EDT con mayor correlación con la escala total (.77) y presentó correlaciones moderadas con los demás EDTs. Otra hipótesis que podría plantearse es que el EDT Pesimismo presenta redundancia, tal lo indicaron algunos autores (Bach et al., 2015b; Rijo, 2009).

Desde el punto de vista clínico, dado que la mayoría de los rasgos psicopatológicos asociados a la personalidad incluyen al estilo cognitivo negativo de procesamiento de la información (Londoño, 2011), se podría considerar más limitado el valor de este EDT. En este sentido, podría pensarse que la inclusión de factores demasiado inespecíficos podría disminuir la calidad del instrumento. Igualmente, dado que se trata de un EDT incorporado recientemente en las últimas versiones del YSQ-S3 (Rovira, 2011), resulta pertinente someterlo a mayor estudio.

El análisis de estas asociaciones entre los EDTs, trae en cuenta lo que sugiere Rijkeboer (2005), quien afirma que para una adecuada evaluación de la personalidad, resulta conveniente emplear la combinación o perfil de los EDTs del sujeto, más que la lectura aislada de puntuaciones elevadas (Rijkeboer et al., 2005).

Continuando con la matriz de intercorrelaciones, se analizaron las existentes entre los EDTs pertenecientes a su respectivo Dominio a fin de complementar los estudios factoriales. Se observó que los valores fueron moderados para el Dominio 1 y el Dominio 3. Mientras que resultaron entre bajas y moderadas para el Dominio 2 y el Dominio 5; siendo el Dominio 4 el más bajo. Según estos datos, los EDTs se agruparon más sólidamente en los Dominios 1 y 3 para esta muestra. Respecto al Dominio 1, recordamos que supone incluir a los EDTs que están más presentes o mejor discriminan la psicopatología clínica (Young et al., 2013).

Con respecto al Dominio 3 de Límites Inadecuados, se observó —en la evaluación cualitativa del juicio a expertos y en la prueba piloto— que los ítems pertenecientes a sus dos EDTs (Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol) eran más difíciles de emparejar o generaban confusión. Esto fue consonante con los datos obtenidos en un estudio en donde ambos EDTs fallaron a la hora de emerger como factores independientes (Lachenal-Chevallet et al., 2006).

Siguiendo este análisis y tal se describe en el libro de autoayuda que propone el modelo “*Reinventar tu Vida*” (Young & Klosko, 2001), el EDT Insuficiente Autocontrol se plantea como una de las tres formas en que se manifiesta la Grandiosidad, y se sugiere que estas formas tienden a solaparse (“grandiosidad del mimado”, “grandiosidad del dependiente” y la “impulsividad”).

Futuros estudios podrían profundizar acerca de si la diferenciación de los EDTs de Dominio 3, presenta implicancias para la evaluación y abordaje clínico, o si por el contrario estos podrían integrarse en un mismo constructo simplificando la clasificación. Véase que al analizar las correlaciones de cada uno de esos EDTs con los demás factores que miden psicopatología (validez convergente), se detectaron ciertas diferencias en la magnitud de dichas asociaciones. Por ejemplo, al observar las correlaciones de ambos EDTs con el dominio Desinhibición del PID-5 BF, se vio que la correlación con Grandiosidad presentó un valor inferior (.28) a la obtenida con Insuficiente Autocontrol (.48). De igual modo ocurrió respecto de la correlación con la escala Índice de Riesgo Psicopatológico y el total del LSB-50. También se observó que todas las escalas del MHC-SF, presentaron correlaciones negativas mayores con Insuficiente Autocontrol (validez divergente). Estos datos, podrían generar la hipótesis de que este último EDT se asocia a un componente más disfuncional en lo que refiere a la conducta de impulsiva y riesgo. El EDT de Grandiosidad por su parte, tuvo una mayor correlación con el dominio Antagonismo del PID-5 BF, lo cual se asocia a una mayor disfuncionalidad interpersonal.

Concluyendo con el análisis de la matriz, de la cual se desprendieron datos adecuados acerca de la intercorrelación de los EDTs, se procederá a discutir el AFC.

Discusión sobre el ajuste del modelo de los EDTs.

Como paso inicial fueron sometieron los 18 EDTs de la estructura de primer orden a AFC individuales con sus respectivos ítems, y se obtuvieron índices de ajuste satisfactorios para la versión adaptada en la muestra universitaria uruguaya. Los resultados fueron consistentes respecto en varios estudios previos (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016; Hawke & Provencher, 2012; Rijo, 2009; Saariaho et al., 2009).

Se destaca que el EDT Privación Emocional fue el que presentó índices de ajuste más satisfactorios y menor grado de error.

Observaremos más adelante que este EDT y el Dominio que lo contiene, indicaron ser medidas satisfactorias para la discriminación de la psicopatología acorde a lo planteado por el modelo teórico de Young (Young et al., 2013).

De modo contrario, los EDTs de Dependencia e Inhibición Emocional fueron —aun teniendo un ajuste aceptable— los que presentaron índices menores de ajuste y un mayor grado de error al compararlos con los demás EDTs.

Además, se observó que ambos obtuvieron un valor inaceptable para el indicador secundario de la razón de ji cuadrado sobre los grados de libertad. A continuación, se realizarán algunas consideraciones al respecto.

En primer lugar, se observó que estos datos fueron consistentes con los hallados en otras investigaciones donde el EDT de Dependencia por ejemplo se solapaba con el de Subyugación (Cazassa, 2007) o con el de Apego Fusionado (Alfasfos, 2009). Se destaca que esta escala también presentó ciertos valores disminuidos en el análisis de los reactivos que la componen (ej. valores moderados y bajos del *IHC* y *V* de Aiken de los ítems 7, 43 y 61).

Es importante considerar, que tal lo plantearon algunos autores (Cui et al., 2011), el componente sociocultural podría determinar la emergencia de algunos EDTs y no de otros. En este caso, el constructo asociado a la Dependencia, está muy vinculado al estilo vincular y las experiencias tempranas de apego. Es factible que, por ejemplo, para las culturas de origen latino, dicha dimensión no esté tan asociada a la patología, mientras que para las culturas anglosajonas pueda estarlo. Resulta interesante, atender a la dimensión *individualismo-colectivismo* —perteneciente al modelo de la dimensionalidad cultural de Hofstede— que subyace al contexto del respondiente (Cui et al., 2011).

En algunos casos, se ha visto que, de modo contrario a lo teórico, las puntuaciones altas en determinadas escalas están asociadas a grupos culturales, aspectos religiosos y sistemas familiares “normales”; y no necesariamente a aspectos psicopatológicos para el contexto del sujeto (Vinet, 2010). La no consideración de estos aspectos podría afectar la agrupación factorial, la validez de constructo y la magnitud de los resultados (Vinet, 2010). Futuras investigaciones podrían dilucidar estas interrogantes respecto al funcionamiento diferencial los EDTs y otros constructos del Modelo de Esquemas según el contexto sociocultural y la dimensión *individualismo-colectivismo* (Cui et al., 2011).

Respecto al EDT Inhibición Emocional, en cambio, no fueron hallados valores en el análisis de univariados ni antecedentes significativos que condicionasen el funcionamiento de este factor. Por el contrario, en un estudio se identificó que el mismo presentó el mayor nivel discriminativo (Rijkeboer, M. M. (2012).

Pese a las incongruencias, resulta interesante pensar que las propias características que definen al factor podrían influir en el estilo de respuesta del sujeto. Por ejemplo, este EDT presenta una alta correlación ($r = .70$) con el Modo Distanciado Protector (Lobbestael, 2008) que describe la Terapia de Esquemas, y que se asocia a un estilo de afrontamiento evitativo-evasivo que bloquea las emociones y la expresión de las mismas; especialmente cuando resultan intensas (van Genderen et al., 2012). Se ha observado que, ante la presencia de este estilo, es factible que el clínico o evaluador detecte cuestionarios aplanados. Resulta importante entonces, sobre todo en la práctica clínica, presentar atención a la congruencia de los resultados con otros elementos clínicos de evaluación.

Retomando el procedimiento de AFC, una vez confirmado el ajuste de los 18 EDTs se procedió a hacerlo con los Dominios.

Discusión sobre el ajuste de los Dominios.

Se observó que para los cinco Dominios todos los índices de ajuste y de error tendieron a ser adecuados, siendo el Dominio 5 el que presente un ajuste levemente inferior al resto.

Por su parte, los coeficientes de regresión estandarizados estuvieron dentro del rango esperado, a excepción del ítem 43 (Dependencia), que presentó un peso inferior al recomendado. Este ítem, “*No tengo sentido común*”, había sido identificado como problemático previamente por lo cual podría requerir de mayor estudio.

Respecto a estos datos, no se hallaron demasiadas publicaciones similares que detallen acerca de los valores obtenidos del AFC de los Dominios. Un estudio comparable que empleó la versión franco-canadiense del YSQ-S3, obtuvo en general valores más bajos que no alcanzaron el valor .95 sugerido para los indicadores de ajuste de los Dominios e incluso no logro confirmar el ajuste los Dominios 3 y 5 (Hawke & Provencher, 2012).

Al analizar el Dominio 5, podríamos pensar que los EDTs que lo componen integran aspectos asociados a un perfil psicopatológico bastante consistente vinculado a los rasgos de personalidad obsesivos, depresivos y evitativos (Atalay, Atalay, Karahan, & Aliskan, 2008; Cordero & Tiscornia, 2008); y que está asociado al Grupo C de la clasificación de Trastornos de la Personalidad planteados por el DSM-IV (APA, 2000).

Sin embargo, debido a los resultados aquí obtenidos, y los antecedentes de investigaciones previas (Hawke & Provencher, 2012), podríamos pensar que la calidad de los ítems y falta de especificidad de los EDTs del Dominio 5 podrían estar influyendo en que el ajuste sea levemente menor.

En primer lugar, se señaló la problemática entorno a la posible correspondencia del EDT Pesimismo con un factor cognitivo más general subyacente a diversos rasgos y perfiles psicopatológicos; y no tanto a un componente específico. Así como la posible asunción de que el mismo resulta redundante. En segundo lugar, se habían percibido algunas dificultades respecto a los ítems que componen al EDT de Inhibición Emocional. A esto se le agrega, la baja discriminación o la dualidad del EDT Metas inalcanzables, el cual también ha resultado problemático por sus ítems de pesaje bajo en el estudio realizado por Cid (2016).

Debido a lo antes mencionado, parecería oportuno enfatizar la necesidad de profundizar en la mejora y/o revisión de los reactivos, pudiendo acudir a los ítems alternativos que se incluyen en las versiones largas del YSQ (Cid, 2016).

Por último, tal se explicó para el EDT Inhibición Emocional, el sesgo de respuesta, asociado a quienes presentan perfiles con rasgos obsesivos, evitativos o donde la emoción se halla suprimida, podría condicionar los resultados.

Discusión sobre el ajuste del modelo de Young (2003).

Al estudiar luego el ajuste del modelo completo propuesto por Young (2003) — compuesto por 18 EDTs (sumatoria de ítems) agrupados en 5 Dominios correlacionados— se obtuvieron índices de ajuste global satisfactorios. Esto indicaría que los 18 EDTs se organizarían de acuerdo a los 5 Dominios asociados a las experiencias tempranas y necesidades insatisfechas que plantea el Modelo de Young (2003).

Cabe mencionarse que si bien el parámetro de razón de ji cuadrado sobre los grados de libertad excedió los criterios aceptables, se lo consideró como un criterio secundario dadas sus limitaciones y sensibilidad al tamaño muestral (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Por otra parte, si bien se observó que los coeficientes estandarizados estuvieron en general dentro de un rango aceptable; se halló un caso impropio (Heywood) en la covarianza entre el Dominio 3 y 4 (valor 1.02). Esto podría atribuirse a diversos factores como ser el tamaño muestral, método usado, casos extremos, cantidad de indicadores por factor latente, entre otros.

Respecto a estas hipótesis podríamos inferir que el hecho de que el Dominio 3 (factor latente) tiene únicamente dos EDTs (indicadores) podría estar condicionando los resultados (Newsom, 2015). Pues se recomienda un mínimo de 3 o 4 indicadores por factor latente para obtener soluciones apropiadas (Hall et al., 1999; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, 2014).

Cabe destacarse que, pese a que el modelo haya presentado la mencionada solución impropias aun así, este podría exhibir adecuados niveles de ajuste siendo su no tratamiento una alternativa a tener en cuenta (Hoffmann Freiberg, Stover, & Fernández Liporace, 2013). No obstante, la lectura de los resultados deberá tomarse con precaución y resulta pertinente realizar estudios futuros en la región, que permitan reafirmar los datos obtenidos.

A fin de dar mayor validez al análisis, se realizó el mismo AFC utilizando los datos de la muestra clínica la cual, pese a presentar un tamaño pequeño ($N = 157$), también verificó el ajuste del modelo con adecuados índices de ajuste, mejorando la ratio de ji al cuadrado y con un leve incremento en el índice de error. En este caso no se observaron soluciones impropias o anomalías respecto a los Dominios.

El hecho de que los índices de ajuste hayan sido consistentes en ambas muestras — universitaria y clínica— por un lado apoya el supuesto de Young acerca de que la estructura factorial debería ser idéntica en ambos grupos diferenciándose por la intensidad de los resultados (Rijkeboer, 2012; Young et al., 2003). Pues como se expuso en el marco teórico, la Terapia de Esquemas asume que los EDTs son universales y por tanto ocurren en todas las personas (Young et al., 2013).

Pese a que se obtuvieron resultados que contribuyen a confirmar el ajuste del modelo de Young (2003) en ambas muestras, resulta necesario señalar que los mismos son incongruentes con los obtenidos en algunos estudios (Calvete et al., 2013; Cid, 2016; Hawke & Provencher, 2012).

Actualmente predomina la confusión y el debate acerca de la estructura de segundo orden del modelo tradicional de Young (2003), lo cual ha promovido la aparición de nuevos modelos reespecificados que pretenden obtener mejores índices de ajuste y parsimonia. Este aspecto condujo a que se formulase el Objetivo 3 de este trabajo que se discutirá más adelante.

Otra de las dificultades a la hora de interpretar y generalizar los resultados acerca del validez de constructo, radica en que los estudios realizados han empleado diversos métodos de análisis factorial, han sido realizados con poblaciones diferentes, utilizando distintas versiones del cuestionario en las cuales la cantidad de ítems y orden de los mismos ha sido diferente (Cid, 2016).

Unido a esto, se observa que algunas investigaciones —probablemente debido a los requerimientos formales de las publicaciones— no presentan los elementos necesarios para fomentar la replicabilidad. Estos aspectos complejizan las comparaciones, pudiendo dar lugar a interpretaciones erróneas de los resultados y limitando la transferencia de conocimientos.

Para concluir, se considera importante la replicación de los estudios confirmatorios del modelo de Young (2003) y los modelos alternativos empleando el YSQ-S3 en muestras uruguayas y rioplatenses, previo a la generalización de los resultados. También resulta pertinente promover la evaluación de la invariancia estructural de las versiones del YSQ en distintas muestras (Rijkeboer & van den Bergh, 2006).

Discusión sobre la confiabilidad del YSQ-S3

Una vez confirmado el ajuste pudo estudiarse la confiabilidad. Debido a que se el YSQ-S3 es un instrumento con múltiples EDTs y Dominios, fue pertinente calcular la consistencia interna de cada una de las facetas que evalúa (Campo-Arias, 2013; Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Cabe mencionarse que hubiese sido más atinado el empleo del coeficiente Omega de McDonald, el cual sería congruente con el resto de pruebas estadísticas no paramétricas empleadas.

Sin embargo, se optó por el uso del alfa de Cronbach ya que el total de las investigaciones precedentes usaron dicho coeficiente, por lo que esto permite una comparación más adecuada. Asimismo, el programa estadístico SPSS 22.0 no proporciona este cálculo. A fin de minimizar esta dificultad, se agregó el Anexo D, donde se presentan ambos coeficientes para los EDTs y Dominios del YSQ-S3.

Siguiendo con la discusión se observó que los valores hallados empleando el alfa de Cronbach, indicaron que para la muestra universitaria la mayoría de los EDTs presentaron valores aceptables ($\alpha \geq .70$). Los EDTs con menor consistencia interna fueron Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Dependencia y Apego Fusionado; con valores de alfa de Cronbach entre .65 y .67. Estos resultados —a excepción de obtenido para Dependencia— resultaron consistentes con los hallados por Bach y colaboradores en el mismo tipo de muestra (Bach et al., 2015b).

Asimismo se observaron similitudes con el estudio realizado en una muestra universitaria de España, donde se obtuvieron valores adecuados para la mayoría de las escalas y donde también se identificó un valor aún menor para el EDT de Dependencia (Calvete et al., 2013). Este último dato, se observó en un estudio previo (Stopa et al., 2001).

Respecto a la muestra clínica se obtuvo un nivel similar de consistencia interna, donde los valores de alfa de Cronbach se situaron entre .53 y .87. En este caso los EDTs que presentaron valores más bajos fueron Inhibición Emocional, Insuficiente Autocontrol, Vulnerabilidad al Daño, Apego Fusionado y Grandiosidad. Al compararlo con los resultados de Bach et al. (2015b), se observó una coincidencia en valores más bajos para los EDTs de Inhibición Emocional e Insuficiente Autocontrol. Por su parte, en un estudio rumano se encontró que los EDTs con menor consistencia interna fueron la de Apego y el de Insuficiente Autocontrol (Trip, 2006). Mientras que también se encontró que el EDT de Grandiosidad tuvo valores apenas aceptables o bajos (Bach, et al., 2015b; Hawke & Provencher, 2012; Lee et al., 1999).

En ese sentido y retomando la discusión previamente desarrollada a través del análisis de la matriz de intercorrelaciones, resulta relevante revisar, por ejemplo, si el EDT de Grandiosidad está adecuadamente representado a través de los ítems, especialmente su componente patológico.

Por otra parte, podría hipotetizarse que el comportamiento de este tipo de escalas pueda estar afectado por factores como ser la egosintonía y la deseabilidad social asociadas a individuos con perfiles más narcisistas (Manterola & Otzen, 2015).

Siguiendo con el análisis, se destaca que se obtuvieron también valores alfa de Cronbach satisfactorios para cada uno de los cinco Dominios del modelo tradicional de Young (2003) en ambas muestras. El Dominio 1 resultó ser el más consistente, lo cual apoyó el análisis previo de la matriz de intercorrelaciones. Respecto a este apartado, y considerando su alcance y limitaciones, resulta pertinente ser cauteloso a la hora de la interpretación de este indicador de consistencia interna.

De acuerdo con algunos autores, el coeficiente de alfa de Cronbach no representa por sí sólo una buena medida de consistencia interna (Sijtsma, 2009). Especialmente, en este caso, en donde debido a la elevada cantidad de ítems; la sensibilidad del mismo podría devenir en un valor “inflado”. Asimismo, se considera oportuno relativizar las comparaciones de este indicador respecto de otros estudios, puesto que las distintas versiones podrían componerse de un número distinto de ítems.

Otro de los aspectos que dio cuenta de la confiabilidad del YSQ-S3 fue el cálculo de la estabilidad temporal en una muestra independiente de 18 personas en un lapso de tiempo de dos semanas y media. En este caso, los coeficientes fueron significativos y altos (entre .65 y .95) para todos los EDTs y Dominios.

Si bien estos resultados estuvieron limitados por el tipo y tamaño muestral (independiente con $N = 18$), y por el lapso temporal empleado (dos semanas y media); los resultados de otros estudios parecen indicar que el YSQ-S3 presenta una adecuada fiabilidad test-retest (Schmidt et al, 1995; Rijkeboer et al, 2005). La estabilidad temporal del instrumento, ha resultado confiable tanto en lapsos más breves de tiempo —3 semanas (Soygüt et al., 2009)—, como en lapsos intermedios —6 semanas empleando el YSQ-S2 (Cid, 2016)— y lapsos prolongados de tiempo —6 meses (Calvete et al., 2013) y 2 años (Lee et al., 2015; Riso et al., 2006)—. Excepcionalmente se ha visto que algunos EDTs como Inhibición Emocional y Subyugación han tenido coeficientes de correlación más moderados (.30 y .40) y Dependencia no ha correlacionado (Cid, 2016).

Considerando el marco teórico, vemos que los datos apoyarían el supuesto de Young, el cual señala que las escalas de los EDTs representan estructuras permanentes profundamente arraigadas, que están sujetas a poco cambio (Young et al., 2013).

Esto también se relaciona con el hecho de que los EDTs son constructos asociados de formas más estrecha con los rasgos de la personalidad, que con los síntomas clínicos.

Síntesis sobre Objetivo 1 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 1:

H 1.1. El modelo teórico propuesto por Young (2003) presenta un adecuado ajuste para la población uruguaya.

Síntesis de resultados:

- El YSQ-S3 presenta propiedades psicométricas adecuadas constituyéndose en un instrumento válido y confiable para ser empleado en población uruguaya. Esto coincide con estudios previos realizados en otros países.
- Se confirma el adecuado ajuste del modelo propuesto por Young (2003) en una muestra universitaria uruguaya y clínica.

Limitaciones principales:

- Ambas muestras presentaron limitaciones relacionadas con el método de selección muestral, tamaño, variables sociodemográficas que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados.
- El AFC presentó limitaciones intrínsecas al uso del método de parcelamiento y requeriría del tratamiento de la posible solución impropia, mediante el empleo de softwares estadísticos más sofisticados.
- El estudio de la estabilidad temporal del YSQ-S3 fue limitado por el tipo y tamaño muestral, y lapso de tiempo.

5.1.2 Discusión objetivo 2: Propiedades Psicométricas de Instrumentos

Secundarios.

En este apartado se discutirán por separado los aspectos más relevantes del análisis psicométrico de cada uno de los instrumentos secundarios.

Discusión sobre los resultados del PID-5 BF.

Se sometió el cuestionario a la traducción inversa, juicio experto, piloto y análisis lingüístico a fin de estudiar la validez de contenido y aparente. Se observó que estos eran simples, comprensibles y presentaban una adecuada validez de contenido (V Aiken $\geq .60$).

La cantidad de ítems no fue modificada, aunque se recomienda que en futuros estudios el contenido y comportamiento de los ítems 4, 7, 11 y 15 sea reevaluados. Del AFE emergió una estructura muy similar a la del modelo de cinco dominios de la personalidad del DSM-5 y el subsiguiente AFC también presentó índices de ajuste adecuados. Asimismo, el instrumento mostró presentar una buena consistencia interna para sus escalas (α entre .66 y .76).

Dado que la cantidad de sujetos de la muestra clínica que completo el PID-5 BF no alcanzo los requerimientos de tamaño muestral como para ser sometida a un AFC, se procedió a utilizar la misma muestra universitaria para dicho análisis.

Esta limitación disminuye la calidad de los resultados obtenidos y hace que resulte indispensable replicar el estudio confirmatorio para dar solidez a los mismos. Asimismo, el uso de muestras clínicas resultaría de gran valor en estudios futuros. Pese a lo antes mencionado y teniendo en cuenta la solvencia con que sus factores emergieron en el AFE, se consideró apropiado considerarlo un instrumento válido para medir la validez concurrente del YSQ-S3. Resulta relevante considerar que otros estudios han obtenido resultados consistentes que apoyan la estructura factorial de cinco dominios del instrumento así como también la confiabilidad del mismo (Anderson, Sellbom, & Salekin, 2016; Bach et al., 2015a; Roskam et al., 2015).

Un estudio que indago la relación entre los constructos subyacentes a PID-5 y los constructos de la Terapia de EDTs (Bach et al., 2015a), halló que los rasgos de personalidad propuestos por el DSM-5 explicaban el 89.4% de la variancia respecto de los constructos de la Terapia de Esquemas sugiriendo un solapamiento entre los sistemas en donde los constructos parecen alinearse conceptualmente de forma coherente. Esta información apoya la idea de que el instrumento representa una medida adecuada para estudiar la validez convergente del YSQ-S3.

Discusión sobre los resultados del LSB-50.

En el caso de este instrumento, dado que el mismo había sido estudiado en muestras argentinas (de la Iglesia, Stover, et al., 2016), fue considerado apto para ser aplicado en muestras uruguayas. Igualmente fue sometido a ciertos análisis pertinentes al uso que se le daría en este estudio.

Por un lado, se halló un buen ajuste (AFC) para la estructura unidimensional del mismo pudiendo así considerarse su puntaje total. También se observó que las escalas que serían usadas para evaluar los sesgos de respuesta, validez convergente y síntomas clínicos — Ansiedad, Depresión e IRPsi— tuvieron niveles adecuados de consistencia interna.

Dada la gran utilidad que este tipo de cuestionario presenta para el ámbito clínico e investigativo, se considera oportuno en un futuro someter el instrumento a un análisis completo con muestras uruguayas a fin de confirmar los hallazgos regionales e internacionales (de la Iglesia, Stover, et al., 2016; de Rivera & Abuín, 2012).

Discusión sobre los resultados del PBQ-SF.

Algunos investigadores asociados al modelo de la Terapia de Esquemas han puesto de manifiesto que el PBQ-SF representa un instrumento valioso que mide un componente cognitivo de la personalidad disfuncional similar al YSQ (van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2012); siendo ideal para estudiar la convergencia del YSQ-S3.

En este caso, dado que el instrumento había sido estudiado en una muestra universitaria uruguaya, se lo considero apto para ser empleado (Daguerre et al., 2015). Dado a que no se lo emplearía para discriminar las cogniciones específicas asociadas a los tipos trastornos de personalidad del DSM-IV, sino como componente cognitivo general asociado a la personalidad patológica, se procedió a analizar la estructura unidimensional del mismo y se calculó la consistencia interna total del instrumento. En ambos casos se obtuvieron valores adecuados.

Pese a que el criterio empleado para suponer unidimensionalidad pueda tener limitaciones (Clark & Watson, 1995), en el estudio realizado en Uruguay (Daguerre et al., 2015) se observaron combinaciones entre los ítems de las diferentes escalas, en las cuales se encontró un núcleo común de contenido, que fue representado en forma de creencia nuclear.

Esto se asocia a lo identificado por Arntz y colaboradores, quienes sostienen que las creencias vinculadas a un trastorno de personalidad tienden a manifestarse en otros trastornos.

Asimismo se observa en la actual clasificación dimensional del DSM-5 (López-Santín, Molins Gálvez, & Litvan Shaw, 2013), establecida como alternativa a la nosología del DSM-IV (APA, 2000). Estos aspectos sustentaron el uso de la escala total.

Discusión sobre los resultados del MHC-SF.

Para el estudio de la validez discriminante se empleó el MHC-SF, instrumento que se encontraba aún en proceso de adaptación para Argentina (Lupano Perugini et al., 2016) y que por tanto se lo sometió a juicio experto, análisis lingüístico, estudio piloto y AF. Debido a la reducida cantidad de ítems del instrumento, fue posible emplear la muestra clínica para el AFE, obteniéndose una solución factorial muy semejante a la propuesta por el modelo. Posteriormente se realizó el AFC en la muestra universitaria, obteniendo un ajuste satisfactorio.

Por último, la consistencia interna también fue adecuada para las 3 subescalas del instrumento y para la escala total. Estos datos indicarían que el MHC-SF sea a priori un instrumento válido para la población uruguaya. Se menciona que algunos estudios han apoyado la existencia y parsimonia de la solución trifactorial que propone el modelo (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011), mientras que otros han apoyado la solución unidimensional (Machado, Bandeira, Machado, & Bandeira, 2015). Debido a esto se consideraron para el estudio de la validez divergente, tanto los valores de los 3 clústers del bienestar como el valor total del instrumento.

Síntesis sobre Objetivo 2

Síntesis de resultados:

- Los instrumentos secundarios presentaron adecuadas propiedades psicométricas, siendo apto su uso para los objetivos secundarios.

Limitaciones principales:

- El empleo de la misma muestra para el AFE y AFC del PID-5 BF.
- En algunos casos (LSB-50 y PBQ-SF), el análisis parcial de las propiedades psicométricas acorde a lo que sería utilizado en este trabajo.

5.1.3 Discusión Objetivo 3. Modelo de Young (2003) y modelos alternativos.

Tal como se mencionó en el Capítulo II (véase Tabla 7), existen diversos modelos de agrupación de Dominios y EDTs que han surgido de AFE de investigaciones previas. Esto dio lugar a que uno de los objetivos de este trabajo se centre en la comparación de aquellos modelos, previamente seleccionados, que surgieron del empleo del YSQ-S3, tal ha sido sugerido por investigadores precedentes (Kriston et al., 2012).

Tras el análisis comparativo —donde se empleó el AFC (ULS) para estudiar cada modelo— se visualizó que la mayoría de los mismos presentaron índices adecuados de ajuste. Especialmente el modelo que fue revisado por Young en el 2014, el cual integró en términos estadísticos la mejor solución en ajuste y parsimonia. Dado que este ha sido un tema de debate en el marco de la Terapia de Esquemas, se procederá a continuación a analizar este punto teniendo en cuenta tres aspectos: (a) los resultados obtenidos en estudios previos, (b) el análisis crítico de los modelos estudiados desde el punto de vista teórico-práctico y (c) la implicancia de estos resultados.

Estudios previos sobre modelos alternativos del modelo de Esquemas.

Atendiendo al primer aspecto, vemos que, diversos estudios (Bach et al., 2015b; Cid, 2016; Londoño et al., 2012; Soygüt et al., 2009), han obtenido resultados dispares en lo que respecta a las estructuras de segundo orden halladas; o han encontrado índices de ajuste adecuados para múltiples modelos de 3, 4 y 5 factores (Calvete et al., 2013; Kriston et al., 2012). Estos datos podrían indicar que existen múltiples formas de explicar y agrupar a los 18 EDTs, probablemente porque éstos refieren a constructos de mucha complejidad en el entramado de la personalidad.

Varios autores (Arntz et al., 2004; Beck et al., 2001) coinciden en que las cogniciones vinculadas a un trastorno de personalidad pueden manifestarse en varios trastornos, lo cual se traduce en elevados índices de comorbilidad y en la dificultad diagnóstica al intentar emplear modelos categoriales (Huang et al., 2009). Debido a esto, existe una clara tendencia hacia una conceptualización más dimensional de la personalidad (Esbec & Echeburúa, 2014).

Tenemos entonces que la estructura de segundo orden del modelo, no consigue apoyo en investigaciones que favorezcan a modelos de tres, cuatro o cinco factores por sobre otros, y continua presentando resultados poco concluyentes acorde a lo hallado en múltiples investigaciones (Bach et al., 2015b; Calvete et al., 2013; Hawke & Provencher, 2012; Kriston, et al., 2012; Rijo, 2009). Coincidiendo con varios autores (Bach et al., 2015b; Cid, 2016; Kriston et al., 2012), es probable que la complejidad del modelo limite la claridad de los análisis; lo cual ha promovido que se aspire a una simplificación del modelo (Hawke & Provencher, 2012), así como el empleo de otro tipo de análisis estadísticos que podrían resultar más adecuados (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014; Kriston et al., 2012).

Análisis crítico sobre los modelos alternativos sometidos a AFC.

Pasando al siguiente punto, e integrando la perspectiva teórico-práctica a los resultados del AFC —que indicaron similitud en el ajuste para todos los modelos—, hallamos algunas consideraciones a precisar.

En primer lugar, la composición trifactorial del modelo propuesto por Saritas y Gençöz (2011) dio lugar a la siguiente nominación: Límites insuficientes/Metas Inalcanzables, Desconexión/Rechazo y Perjuicio en la Autonomía /Orientación a Otros. Si bien estos nombres aludieron a la fusión de los Dominios de Young (2003), sin embargo, desde una visión clínica existirían otras formas de pensar esta clasificación.

Este modelo, propone una solución que agrupa los EDTs en perfiles congruentes con núcleos comunes de rasgos que también podríamos nominar como: (a) “intensos” (Metas Inalcanzables, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol, Búsqueda de Aprobación, Pesimismo y Castigo), (b) “distantes” (Privación Emocional, Desconfianza, Defectuosidad, Aislamiento Social, Fracaso e Inhibición Emocional) y (c) “frágiles” (Abandono, Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Apego, Subyugación y Autosacrificio) respectivamente.

No obstante, se observa cierta disonancia respecto a la pertenencia de los EDTs Pesimismo y Castigo en el primer grupo, lo cual podría generar cierta complejidad. Conceptualmente, estos EDTs se asocian a rasgos más depresivos y obsesivos que devienen de estilos de crianza rígidos y críticos que restringen las expresiones intensas; mientras que por el contrario Insuficiente Autocontrol y Grandiosidad, por ejemplo, se asocian a temperamentos hipertímicos y crianzas caracterizadas por la falta de límites.

Respecto al modelo trifactorial de Calvete y colaboradores (2013), se observa que en los dos primeros dominios resultaría menos clara la identificación de un tema central en común que los representase. En cambio, el modelo trifactorial emergente del AFE con la versión YSQ-SF que fue propuesto por los mismos autores, obtuvo una solución para los 15 EDTs evaluados —con dominios agrupados en Desconexión, Perjuicio en Autonomía y Límites Insuficientes— que resultó más parsimoniosa, comprensible, y que fue estadísticamente confirmada.

Por su parte, el modelo revisado por Young (2014) —que ha sido planteado en carácter provisional—, pese a haber obtenido la mejor combinación de índices de ajuste, presenta ciertas limitaciones.

En primer lugar, surgió de una exploración basada en la revisión detallada de los resultados factoriales previos de investigación y el expertise a nivel teórico-práctico, pero no de un AFE de carácter estadístico publicado. Asimismo, si bien presenta una gran coherencia conceptual y de utilidad clínica en los primer cuatro dominios, posee uno no especificado.

Respecto a otro modelo que fue considerado, el de Saariaho et al. (2012), en primer lugar, presenta como limitación que no incluye al EDT de Abandono por la complejidad factorial del mismo. Desde la práctica clínica este EDT ha sido muy relevante ya que conceptualiza y propone técnicas muy útiles en el abordaje de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Kellogg & Young, 2006). A su vez el tratamiento con este tipo de pacientes ha sido el más relevante del modelo y el que presenta datos de investigación basada en la evidencia (Bamelis et al, 2012; Nadort et al., 2009). Por último, se destaca también que fue el modelo que presentó un índice de error y valor de χ^2 al cuadrado sobre los grados de libertad más elevados.

Implicancias sobre la comparación de modelos.

Posterior a considerar los estudios previos y características de los modelos alternativos, se considera que el modelo tradicional de Esquemas (Young, 2003), proporciona, desde el punto de vista teórico-práctico, una buena integración de los Dominios y EDTs. Esto conlleva a que resulte fácil de comprender para los pacientes y facilitador para los terapeutas. En ese sentido, se considera atinado continuar utilizándolo hasta que los resultados de investigación logren ser más robustos.

Como alternativa, sería posible dar cabida a que los usuarios del modelo, pudiese optar entre aquellos modelos de segundo orden —que teniendo un ajuste aceptable— resulten más útiles para su quehacer clínico. Por ejemplo, se podrían emplear las alternativas de menos Dominios —que son usualmente más parsimoniosos— para contextos preventivos, poblaciones de menor nivel educativo o para el trabajo con adolescentes. Mientras que, los modelos más complejos, podrían emplearse para la práctica clínica con adultos, donde la discriminación detallada de cada componente tiende a favorecer la intervención. Recuérdese que la utilidad clínica de los Dominios se centra en agrupar y asociar el malestar actual, descrito en cada EDT, con los orígenes históricos y necesidades primarias. Es decir que favorece la conceptualización del caso y el proceso de psicoeducación respecto al paciente.

Si bien esta perspectiva otorgaría practicidad, es factible que la multiplicidad de opciones explicativas generase “fragmentación” teórica en un modelo clínico que se caracteriza por su poder integrativo y que continúa demostrando una alta efectividad terapéutica (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013). En este sentido, la paradoja se daría entre la parsimonia y practicidad, por un lado y la mejor representación de la realidad del paciente por otro.

Desde otra perspectiva, estos resultados podrían favorecer al cuestionamiento de la existencia de la estructura de segundo orden, planteando alternativas como el *modelo bifactorial* el cual promueve se obtenga —además de la estructura de primer orden de 18 EDTs— un factor general de segundo orden (Kriston et al., 2012). Esta propuesta se relacionaría con la posible unidimensionalidad del YSQ-S3, que, si bien no fue sometida a análisis en este estudio, resulta de gran interés para trabajos futuros.

Asimismo, se considera relevante orientar la mirada hacia nuevas líneas de investigación que puedan generar datos más congruentes al respecto. Por ejemplo, podría enfatizarse el estudio de la relación de los EDTs, con los distintos tipos de *necesidades básicas insatisfechas* generadas a través de las experiencias traumáticas o tóxicas que conducen a la estructuración de los EDTs y la vulnerabilidad de la personalidad (Rafaeli et al., 2011).

Resultaría interesante, poder estudiar dichas *necesidades básicas insatisfechas* buscando identificar las correlaciones con los diversos EDTs y procurando comprender si los mismos se agrupan entorno a ellas (Flanagan, 2010).

Si bien existen limitaciones respecto a las técnicas de evaluación de estas *necesidades*, sería un camino alternativo y complementario para indagar la relación entre los Dominios y el origen de los EDTs.

Para concluir, destacamos que pese a la necesidad de realizar nuevos estudios locales que apoyen estos resultados —especialmente con muestras clínicas más amplias— se considera que el YSQ-S3 resultó ser un instrumento con evidencias de un adecuado funcionamiento psicométrico para su uso en población uruguaya.

Síntesis sobre Objetivo 3 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 3:

H 3.1. El modelo teórico propuesto por Young (2003) de segundo orden (18 EDTs agrupados en 5 Dominios) presenta un menor ajuste y parsimonia que los modelos reespecificados de 3 Dominios hallados en estudios que emplearon el YSQ-S3.

Síntesis de resultados:

- Los modelos de segundo orden sometidos a AFC en este estudio, presentaron índices adecuados de ajuste. El modelo alternativo de Young (2014), pareció conjugar los índices de ajuste y parsimonia más robustos.
- Se considera que el modelo de Young de segundo orden (2003), continúa siendo una alternativa de alto valor teórico y clínico.
- Existe cuestionamiento acerca de la existencia y utilidad práctica de la agrupación en Dominios y se cuestiona la unidimensionalidad el YSQ-S3.

Limitaciones principales:

- Las limitaciones asociadas al uso del AFC por parcelamiento.
- No todos los modelos alternativos fueron sometidos a análisis, como el modelo bifactorial (Kriston et al., 2012).

5.1.4 Discusión Objetivo 4: Evidencias de validez externa del YSQ-S3.

En relación a la validez externa, se observó en primer lugar que la asociación de las escalas totales y sub-escalas de los cuestionarios secundarios psicopatológicos, fue en general significativa y positiva, sustentando la validez concurrente del instrumento. Se analizarán a continuación los aspectos más significativos de los datos hallados.

En primer lugar, se encontró que algunas escalas no indicaron esta relación entre el YSQ-S3 y el PID-5 BF como ocurrió entre el EDT Autosacrificio y el dominio *Antagonismo*. Al analizar este dato, observamos que refiere a otro aspecto relevante de la validez como lo es la capacidad discriminativa. Si bien ambas son escalas psicopatológicas, estas evalúan aspectos extremos asociados a la dimensión *Agradabilidad-Antagonismo* de la Teoría *The Big Five* de la Personalidad (Bamelis et al., 2014). En un estudio realizado por Thimm (2011), se encontró que el EDT de Autosacrificio se asociaba positivamente con *Agradabilidad*, lo cual sustentaría la apreciación antes realizada.

Otro dato interesante fue que el EDT Autosacrificio presentó índices de correlación más bajos respecto de la mayoría de las escalas de psicopatología, pudiendo sugerir que o bien se trata de un componente menos patológico que el resto, o que, en tanto se relaciona con la *Agradabilidad*, pueda ser más proclive a presentar sesgo de respuesta (deseabilidad social).

De modo similar, en el caso de la correlación entre Metas Inalcanzables y el dominio *Desinhibición* del PID-5 BF, se observó la correspondencia con la faceta *Escrupulosidad-Negligencia*. En ambos casos, correlaciones moderadas fueron indicadores adecuados de validez discriminante lo cual contribuye a la validez externa.

Respecto a la validez discriminante, se observó que la mayoría de las los EDTs y todos los Dominios presentaron una asociación negativa con las subescalas y el puntaje total del MHC-SF. Se hallaron coeficientes de correlación entre moderados y bajos; siendo el Dominio 1 el que más se diferenció, lo cual fue consistente con la magnitud más patológica que le confiere el modelo teórico (Young et al., 2013).

Los EDTs de Autosacrificio y Metas Inalcanzables, seguidos por el de Grandiosidad, presentaron coeficientes de correlación negativos menores que el resto. Esto indicaría que se alejaron menos del bienestar mental. Datos similares se hallaron en otros estudios, donde Metas Inalcanzables presentó asociaciones positivas con la *Afectividad Positiva* (López Pell et al., 2012).

De esta forma, se podría presumir que el YSQ-S3 presenta una satisfactoria validez convergente y discriminante que concuerda con lo hallado en estudios similares (Bach, et al 2015b; Cid, 2006; Cui et al., 2011; Hawke & Provencher, 2012; Londoño et al., 2012).

Síntesis sobre Objetivo 4 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 4:

H 4.1. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios de los universitarios se correlacionan positivamente con los puntajes de las escalas del PBQ-SF, del PID-5-BF y del LSB-50.

H 4.2. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios de los universitarios se relacionan negativamente con los puntajes del MHC-SF.

Síntesis de resultados:

- La amplia mayoría de los EDTs y Dominios se asociaron positivamente con todas las escalas y puntajes totales de los cuestionarios secundarios que median psicopatología.
- La amplia mayoría de los EDTs y Dominios se asociaron negativamente con las escalas y puntaje total del MHC-SF.

Limitaciones principales:

- La validez discriminante no se evaluó respecto a un instrumento que mida los rasgos de personalidad positivos.

5.1.5 Discusión Objetivo 5: EDTs/Dominios en la muestra universitaria.

Considerando las puntuaciones medias, los histogramas y el análisis intrasujetos, se observó que los EDTs más representativos para la muestra universitaria fueron en primer lugar Metas inalcanzables (el cual alcanzó una curva más cercana a la normal), seguido por el de Autosacrificio. Estos datos resultaron esperables para el EDT Metas Inalcanzables considerando que la muestra estaba compuesta por jóvenes universitarios de clase media y alta, que suelen correlacionar con perfiles académicos *overachieving* o de alta exigencia (Lachenal-Chevallet et al., 2006; Rijkeboer et al., 2005). Asimismo, para el EDT Autosacrificio, esto resultó esperado ya que el 80.80% ($n = 442$) de los universitarios cursaban carreras orientadas a la Salud o Ciencias Sociales, siendo Psicología la más prevalente.

Pues este EDT implica una tendencia a procurar cubrir las necesidades de los demás (faceta saludable del constructo), a costas de postergar las necesidades propias y comprometer su propia salud (aspecto negativo del mismo).

Profesiones como la Psicología requieren que el componente saludable del constructo —asociado a la empatía y *Agradabilidad*— este presente, aunque en niveles moderados.

Esto vuelve a poner en consideración lo antes planteado para EDTs como Grandiosidad y Metas Inalcanzables los cuales también presentan un componente saludable. Estos datos se han reiterado en investigaciones donde estudiantes o profesionales asociados a la salud mental fueron evaluados con el YSQ (Saddichha, Kumar, & Pradhan, 2012).

En un segundo nivel, se hallaron también presentes los EDTs de Insuficiente Autocontrol, Grandiosidad y Búsqueda de Aprobación. Mientras que los que se diferenciaron por estar menos presentes, y de forma similar entre ellos, fueron Defectuosidad, Privación Emocional y Dependencia, los cuales se corresponden con los Dominios 1 y 2 asociados a mayor psicopatología.

Por último, se observó que los Dominios 3 y 4 fueron los más representativos de los estudiantes, mientras que el 1 y 2 fueron lo opuesto siendo esto lo esperado.

Sin desconocer las limitaciones asociadas al carácter descriptivo y tamaño muestral del estudio, y teniendo sustento en otros estudios, se mencionarán dos aspectos ligados al posible aporte de estos datos. En primer lugar, podría pensarse que el conocimiento de este tipo de perfiles, sería orientador en el marco del diseño de planes académicos o universitarios. Por ejemplo, la correcta identificación de la faceta saludable del EDT Metas Inalcanzables resultaría como un factor asociado a la productividad y perfeccionismo saludable (Caputto et al., 2015). Mientras que, la faceta negativa del mismo se asociaría con el perfeccionismo rígido y el aumento de la ansiedad de rendimiento, ambos aspectos que podrían ser prevenidos y/o abordados en el contexto del marco institucional universitario. En segundo lugar, consideramos relevante el valor de la transferencia de los datos descriptivos y los baremos obtenidos, ya que constituyen un material que podría mejorar y complementar los sistemas de evaluación de la Terapia de Esquemas empleados hasta el momento.

Síntesis sobre Objetivo 5 y relación con sus respectivas hipótesis

Síntesis de resultados:

- Los EDTs más representativos de la muestra universitaria fueron Metas Inalcanzables y Autosacrificio. De modo más moderado se destacaron: Insuficiente Autocontrol, Grandiosidad y Búsqueda de Aprobación.
- Los EDTs menos característicos fueron Defectuosidad, Privación Emocional y Dependencia, perteneciendo los dos primeros al Dominio 1, y el último al 2.

Limitaciones principales:

- El tipo de muestra por conveniencia y la baja representatividad masculina.
- Las características y tamaño muestral que restringe el valor de los baremos.

5.1.6 Discusión Objetivo 6: EDTs/Dominios en la muestra clínica.

En este caso, siguiendo el mismo análisis que en el apartado previo, se destaca que los EDTs más representativos de la muestra clínica fueron Metas Inalcanzables, Abandono, Autosacrificio e Insuficiente Autocontrol. En segundo lugar, teniendo menor representatividad se encontraron Búsqueda de Aprobación y Pesimismo. Pese a que el carácter heterogéneo de la muestra clínica limita las comparaciones con otros estudios, se ha visto que los EDTs de Insuficiente Autocontrol, Abandono y Autosacrificio, han resultado característicos de otras muestras clínicas (Dindelegan & Bîrle, 2012; Shorey, Stuart, & Anderson, 2013).

En el caso del perfil hallado para esta muestra clínica, los datos sugieren que, la presencia o ausencia de unos EDTs y no de otros, no sería el único indicador del grado de psicopatología del individuo. Sino que parece importante atender a la intensidad y combinación de los mismos (Sheffield & Waller, 2012).

Para concluir, consideramos que los baremos y descriptivos aquí planteados podrían ser a priori, herramientas útiles tanto para el uso clínico como para el investigativo. No obstante, resulta pertinente mencionar, que además del tamaño muestral, existieron otros aspectos que inciden en la calidad y generalización de estos resultados como ser la heterogeneidad de subgrupos diagnósticos que la componían.

Síntesis sobre Objetivo 6 y relación con sus respectivas hipótesis

Síntesis de resultados:

- Los EDTs más representativos de la muestra clínica pertenecían principalmente a los Dominios 3, 4 y 5.

Limitaciones principales:

- Los baremos clínicos provenientes de un tamaño muestral pequeño.
- El tipo muestral por conveniencia y la heterogeneidad de diagnósticos incluidos.

5.1.7 Discusión Objetivo 7: EDTs/Dominios en ambas muestras.

Tal se esperaba, fueron halladas —mediante la prueba U de Mann Whitney— diferencias significativas entre los rangos promedios obtenidos en los EDTs y Dominios de la muestra clínica y la universitaria, obteniéndose como era predecible, puntuaciones mayores para los primeros. Cabe recordarse que, a través de las preguntas acerca del uso de servicios de salud mental, se procuró agregar un elemento para constatar la condición no clínica de la muestra universitaria. Para finalizar, se destaca que estos datos han sido consistentemente hallados en otros estudios lo cual indicaría que YSQ-S3 es un instrumento valioso a la hora de discriminar la presencia de psicopatología (Cid, 2016; Nordahl et al., 2013).

Síntesis sobre Objetivo 7 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 7:

H 7.1. Las puntuaciones de la muestra clínica son más elevadas para todos los EDTs y Dominios al compararlas con las de la muestra universitaria.

Síntesis de resultados:

- Las puntuaciones para los EDTs y Dominios son más altas en la muestra clínica que la universitaria.

Limitaciones principales:

- No se emplearon instrumentos estandarizados para determinar los diagnósticos de los pacientes.
- El control ejercido para determinar la calidad de no clínica de la muestra universitaria fue escaso.

5.1.8 Discusión Objetivo 8: EDTs/Dominios y variables sociodemográficas.

En lo que refiere a las variables sociodemográficas discutiremos los aspectos vinculados a la edad, sexo, NSE y estado civil que han resultado más significativos.

Se recuerda al lector, que las características de ambas muestras por conveniencia limitan el alcance de los resultados siendo oportuno leer estos análisis a la luz de las características muestrales expuestas en la Tabla 11 del Capítulo III.

Discusión sobre los EDTs/Dominios y la variable edad.

Para la mayoría de los EDTs y Dominios, la edad presentó relaciones negativas significativas en la muestra universitaria, mientras que únicamente Vulnerabilidad al Daño e Insuficiente Autocontrol presentaron dicha relación en la muestra clínica.

Dado que no han sido hallados demasiados estudios que detallen las relaciones existentes entre los EDTs y Dominios y esta variable, y considerando que estos han mostrado relaciones débiles (Cid, 2016) creemos pertinente limitar este análisis evitando las correlaciones espurias.

Respecto a los datos obtenidos y considerando la concordancia hallada respecto al estudio realizado por Cid (2016), resulta convincente creer que el EDT de Insuficiente Autocontrol se relacione negativamente con la edad. Pues podría pensarse que el componente impulsivo que define a este EDT, tiende a disminuir con la edad, tal se observa por ejemplo en el pronóstico de los pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite y con diagnósticos en el Clúster B de la Personalidad (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005; Huang et al., 2009). La consecuencia práctica del conocimiento de estos datos, podría residir en que se incorporen variantes en un mismo protocolo de intervención de un EDT, ajustando las técnicas terapéuticas de manera que sean más atenuadas cuando se trabaja con sujetos de mayor edad y viceversa.

Por último, resulta interesante mencionar que la relación débil de los EDTs con la edad, podría estar limitada por la estabilidad temporal asociada al constructo en tanto patrón estable de la personalidad (Riso et al., 2006).

Discusión sobre los EDTs/Dominios y la variable sexo.

En ambas muestras se obtuvieron diferencias significativas para la mayoría de los EDTs y Dominios respecto a la variable sexo; obteniendo puntuaciones superiores en los hombres. Esto fue consistente con los resultados del estudio realizado por Londoño y colaboradores (2012), donde se hallaron diferencias más pequeñas.

Asimismo, ocurrió en un estudio realizado en una muestra de profesionales de la salud mental, donde se obtuvo una significancia con puntajes superior para los hombres (Saddichha et al., 2012).

Un aspecto inesperado de los resultados obtenidos, fue que no se halló ningún EDT en donde la puntuación fuese más elevada para las mujeres, lo cual fue disonante con lo hallado en múltiples estudios (Alfasfos, 2009; Calvete et al., 2014; Cazassa & Oliveira, 2012a; Cid, 2016; Shorey et al., 2013).

Por tanto, en este estudio, los resultados fueron consistentes con las hipótesis planteadas para los hombres, mientras que no lo fueron tanto para las mujeres. En este caso, algunas de los factores que podrían influir se asocian a la baja representatividad muestral de sexo masculino por un lado y al sesgo asociado a la selección muestral por otro. De todas formas, se observó que varios de los EDTs que usualmente son más representativos de las mujeres (Abandono, Apego Fusionado y Autosacrificio) no indicaron diferencias asociadas a la variable sexo.

Asimismo, se ha visto que el consenso y la uniformidad respecto a las diferencias halladas según sexo para los constructos psicopatológicos resulta compleja de resolver y depende también de otras variables como las socioculturales (Alfasfos, 2009; Huang et al., 2009). De todas formas, se procederá a continuación, a discutir la relación de los EDTs y Dominios teniendo en cuenta los resultados más recurrentes de los estudios precedentes.

Respecto a los EDTs, se ha visto que los hombres tienden a presentar rasgos asociados a la emoción restringida —Privación Emocional (Carr & Francis, 2009; Lachenal-Chevallet et al., 2006; López Daza et al., 2016) e Inhibición Emocional (Carr & Francis, 2009; Cazassa, 2007; López Pell et al., 2012) — por un lado, y a la falta de límites y tendencia sí mismo por otro —Grandiosidad (Carr & Francis, 2009; López Pell et al., 2012) e Insuficiente Autocontrol (Lachenal-Chevallet et al., 2006)—.

Mientras que la tendencia de las mujeres, parece agruparse entorno a los EDTs que caracterizan a lo vincular y a mantener las relaciones de apego —Vulnerabilidad al Daño, Apego Fusionado, Subyugación, Autosacrificio y Abandono (Cid, 2016; López Pell et al., 2012; Welburn et al., 2002)—. Esto podría pensarse desde la perspectiva sociobiológica mencionada en el Capítulo II, donde el hombre se encuentra representado como más dominante, agresivo y territorial, mientras que la mujer se caracteriza por ser más social, amorosa y maternal (Millon, 2006).

Normalmente en las personalidades más “saludables” dichas tendencias se manifiestan de manera débil, mientras que en algunos de los Trastornos de Personalidad estos estereotipos se “caricaturizan” al ser llevados al extremo. Siendo claros ejemplos el Trastorno de Personalidad Dependiente o Histriónica para la mujer y el Narcisista o Psicopático para el hombre. En el caso de los EDTs, en tanto evalúan los aspectos más disfuncionales o extremos, estas representaciones parecen verse reflejadas en la antes mencionada diferenciación de los EDTs entorno al sexo que ha sido vista en otros estudios, y que en este trabajo fueron se reflejaron para los hombres y fueron limitadas para las mujeres (no diferenciaron).

Se considera importante mencionar que la comprensión de la psicopatología actualmente enfatiza la necesidad de diferenciación por sexo. Se ha visto por ejemplo que el DSM-5 ha abordado esta cuestión mediante la incorporación de acotaciones y diagnósticos teniendo en cuenta el sexo biológico y género (American Psychiatric Association, 2014).

Por último, resulta pertinente mencionar que en un estudio donde se investigó el funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) del YSQ (Rijkeboer, van den Bergh, & van den Bout, 2011), no se identificó que los mismos licitarán respuestas inconsistentes entre hombres y mujeres. Dado que se considera la no inclusión de este tipo de análisis en el presente estudio, se considera relevante considerarlo en nuevas investigaciones.

Discusión sobre los EDTs/Dominios y la variable NSE

Al estudiar la relación entre los EDTs y Dominios respecto al NSE en ambas muestras —empleando la prueba Kruskal-Wallis—, no fueron halladas asociaciones significativas. Si bien se considera limitado el análisis que pueda desprenderse de estos datos (muestras por conveniencia donde el NSE bajo esta infrarrepresentado), se observó que los mismos concuerdan con los hallados en otros estudios (Cid, 2006).

Dos datos interesantes a mencionar fueron que, por un lado, el EDT de Metas Inalcanzables tendió a ser diferenciador puntuando más elevado en el NSE medio y alto, por sobre el bajo en la muestra universitaria.

Mientras que, por otro, en la muestra clínica el EDT Autosacrificio tendió a ser puntuar más elevado en el nivel socioeconómico bajo. Los análisis ad hoc limitaron la significancia de estos datos, sin embargo, podría ser interesante considerarlos en líneas de estudio futuras.

Discusión sobre los EDTs/Dominios y la variable estado civil.

Por su parte, se hallaron diferencias significativas en la mayoría de los EDTs respecto a la variable estado civil en la muestra universitaria. Se observó que quienes estaban solteros presentaban puntuaciones más altas en la mayoría de los EDTs y Dominios que quienes estaban casados o en pareja⁵.

Si bien no hallamos estudios que profundicen sobre la relación de los EDTs y Dominios con esta variable, los resultados obtenidos podrían asociarse a estudios más generales que plantean que las personas solteras y divorciadas/separadas presentan indicadores de salud más desfavorables que quienes están casados o en pareja (Robards, Evandrou, Falkingham, & Vlachantoni, 2012). Sin embargo, dada la limitación de la métrica de los resultados presentados, no puede ignorarse el cuestionamiento acerca de si las personas más saludables son las que tienden a formar vínculos con mayor facilidad o si el hecho de estar en una relación de pareja representaría un factor de protección y salud para los individuos.

Por otra parte, los datos provenientes de la muestra clínica —donde sí se incluyó al grupo *divorciados/separados/viudos*— no indicaron diferencias significativas entre los subgrupos asociados al estado civil en la mayoría de los EDTs y Dominios. La única excepción fue para el EDT Abandono el cual puntuó más elevado en el grupo *divorciados/separados/viudos* respecto del resto. En primer lugar, podría hipotetizarse que los resultados contrapuestos obtenidos para cada muestra puedan estar asociados a la calidad de los vínculos y la historia personal previa (Robards et al., 2012). Es probable que los sujetos pertenecientes a la muestra clínica, sean más propensos a tener vínculos disfuncionales asociados a historias negativas de apego tal lo plantea la Terapia de EDTs (Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010).

Síntesis sobre Objetivo 8 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 8:

H 8.1. La edad se asocia de manera significativa con los EDTs y Dominios.

H 8.2. No existen diferencias estadísticamente significativas en los EDTs y Dominios según NSE.

⁵ Se recuerda al lector que debido que se trataba de una muestra universitaria, la proporción de separados/divorciados fue muy baja y no se consideró en el análisis.

H 8.3. Los estudiantes y pacientes casados, en pareja y/o concubinato, se caracterizarán por tener puntuaciones significativamente menores en los EDTs y Dominios en comparación con los solteros.

H 8.4. Las mujeres presentan puntuaciones significativamente mayores en la mayoría de los EDTs en contraste con los hombres, principalmente en los de Subyugación, Autosacrificio y Dependencia.

H 8.5. Los hombres presentan puntuaciones significativamente más altas en los EDTs de Inhibición Emocional e Insuficiente Autocontrol.

Síntesis de resultados:

- La mayoría de los EDTs (16) y los cinco Dominios presentaron significación negativa con la edad en la muestra universitaria. En la muestra clínica, esto solo ocurrió con los EDTs de Vulnerabilidad al Daño que tendió a aumentar con la edad, e Insuficiente Autocontrol tuvo una relación negativa.
- No se hallaron diferencias significativas en los EDTs y Dominios según NSE en ninguna de las dos muestras.
- Los estudiantes dentro del grupo *casados/pareja* presentaron valores significativamente inferiores que los *solteros* en 13 EDTs y en los 5 Dominios. Sin embargo, esto no ocurrió en los pacientes. Estos únicamente presentaron valores menores en el EDT Apego Fusionado que los solteros.
- Los hombres presentaron puntuaciones significativas más elevadas en 12 EDTs y 4 Dominios en la muestra universitaria. Los hombres presentaron puntuaciones significativas más elevadas en 13 EDTs y cinco Dominios en la muestra clínica.
- Las mujeres no presentaron diferencias significativas de mayor puntuación en ninguno de los EDTs y Dominios en ninguna de las dos muestras.
- Los hombres presentaron puntuaciones significativas superiores en Inhibición Emocional, Privación Emocional, Grandiosidad e Insuficiente Autocontrol.

Limitaciones principales:

- Las limitaciones implícitas en el tipo y tamaño muestral.
- Los valores del tamaño del efecto indicaron diferencias que tendieron a ser pequeñas.

5.1.9 Discusión Objetivo 9: EDTs/Dominios y la sintomatología clínica.

Cabe considerarse que algunos de los aspectos relacionados con esta temática, fueron discutidos previamente al indagar acerca de la validez externa del YSQ-S3 y al comparar las muestras. A continuación, se discutirá sobre la asociación de los EDTs y Dominios con el uso de servicios de salud mental y con la sintomatología clínica.

Discusión sobre los EDTs/Dominios según uso de servicio de salud mental.

Para profundizar acerca de la relación de los EDTs y Dominios con el malestar clínico, se indago la significación de las diferencias entre quienes concurrían a psiquiatra y quienes no, en ambas muestras. Fue empleada la prueba U de Mann Whitney con corrección Bonferroni. De este análisis se desprendió que, en todos los casos, los EDTs y Dominios que fueron significativos, puntuando más elevado en quienes concurrían al psiquiatra y quienes consumían psicofármacos que quienes no.

Los EDTs que fueron significativos al mostrar esas diferencias respecto a la concurrencia al psiquiatra o no en la muestra universitaria pertenecieron en su gran mayoría a los Dominios 1 y 2. Mientras que los EDTs que resultaron significativos en para la muestra clínica, fueron: Dependencia y Apego Fusionado, mientras que únicamente fue significativo el Dominio de Perjuicio en la Autonomía.

Al repetirse el análisis, pero comparando a los pacientes que tenían prescriptos psicofármacos respecto a los que no, fueron significativos los EDTs de Aislamiento Social, Dependencia, Apego Fusionado y Subyugación.

A raíz de las limitaciones de los estadísticos usados, únicamente podríamos explorar algunas hipótesis asociadas a los datos a fin de que sean consideradas en futuras investigaciones.

En primero lugar, podría pensarse que el YSQ-S3, podría ser más discriminativo de malestar y necesidad de consulta con psiquiatra cuando se combina la presencia de EDTs del Dominio 1 y 2, o cuando todos los Dominios puntúan elevado. Pudiendo ser entonces valioso en etapas iniciales de evaluación o *screening*.

Respecto a los datos hallados para la muestra clínica, observamos que se identifica la presencia de componente asociado a la dependencia y necesidad de ayuda externa representada por los EDTs de Dependencia, Apego Fusionado y Subyugación.

Ante esto, resultaría interesante investigar el valor predictivo de estos EDTs a la hora de predecir la adherencia al tratamiento psiquiátrico y farmacológico. Pues algunos autores consideran que el grado con el que un paciente sigue las recomendaciones del tratamiento y la toma de medicación se relaciona con la capacidad de concordancia y con la complacencia (Julius, Novitsky, & Dubin, 2009). En este sentido, y siguiendo la metáfora de Watzlawick acerca de considerar “*lo bueno de lo malo*”, no se descartaría que, si bien los EDT son patrones psicopatológicos, estos puedan ser empleados en favor del paciente o tratamiento en tanto datos pronósticos en la etapa de evaluación.

Discusión sobre los EDTs/Dominios como indicadores de sintomatología clínica.

En general, observó que los EDTs y Dominios correlacionaron positivamente con las subescalas de Ansiedad, Depresión y con el Índice de Riesgo Psicopatológico del LSB-50, en ambas muestras como era esperado. Esto ha sido consistente con estudios similares tanto para la ansiedad (Alfasfos, 2009; Calvete & Orue, 2008; Hawke & Provencher, 2011; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006), como para la Depresión (Calvete et al., 2014; 2013; Malogiannis et al., 2014). Por otra parte, si bien no se hallaron estudios que empleasen el mismo indicador de riesgo (IRPsi), se observó que la investigación de Cid (2015), identificó correlaciones positivas entre el *Índice de Severidad Global del Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R)* y todos los EDTs del YSQ-SF (Cid, 2016).

Los análisis que se siguen son limitados y únicamente pretenden contribuir a la descripción de los perfiles de dos de las síndromes más frecuentes en la práctica clínica como lo son la Depresión y Ansiedad (American Psychiatric Association, 2014), buscando cotejarlos con otros estudios relacionados (Calvete et al., 2014; Hawke & Provencher, 2011).

A fin de facilitar la lectura, se resumen en la Tabla 56, las correlaciones que fueron más elevadas ($Rho \geq .50$) para la Ansiedad, en ambas muestras. En los datos obtenidos se identifica cierta homogeneidad en la manifestación de la Ansiedad en ambas muestras. Al relacionar estos datos con los provenientes de otras investigaciones, se halló una relación elevada con Vulnerabilidad al Daño (Glaser et al., 2002; Schmidt et al., 1995; Welburn et al., 2002), el cual es considerado como el EDT más representativo de la ansiedad ya que abarca los componentes de la ansiedad generalizada, estrés postraumático pánico y obsesividad (Hawke & Provencher, 2011).

Tabla 56

EDTs/Dominios y Ansiedad (LSB-50).

	Universitarios	Pacientes
	Pesimismo	Pesimismo
	Desconfianza	Desconfianza
Ansiedad	Vulnerabilidad	Vulnerabilidad
	Dominio 1	Dominio 1
	Dominio 2	Dominio 2
	<i>Abandono</i>	<i>Dominio 4</i>

Al discutir las correlaciones más altas obtenidas con respecto a la Depresión (véase Tabla 57), observamos que surgen perfiles con combinaciones claras respecto a la nosología de esta patología en términos de las ideas negativas sobre sí mismo (Defectuosisdad), la sensación de inutilidad (Fracaso) y la percepción de indefensión (Vulnerabilidad al Daño). Asimismo, se observa la asociación con el EDT Pesimismo, el cual se asocia con el estilo atribucional del depresivo (Saariaho et al., 2012).

En el caso de la muestra clínica, se observó una correlación significativa más elevada con Defectuosisdad, el cual ha sido asociado a la depresión con gran recurrencia en estudios previos (Calvete et al., 2005; Halvorsen et al., 2009; Halvorsen et al., 2010; Schmidt et al., 1995; Stopa et al., 2001; Welburn et al., 2002). Mientras que los EDTs de Abandono y Fracaso también fueron presentados como factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva para la depresión (Cankaya, 2002)

Tabla 57

EDTs/Dominios y Depresión (LSB-50).

	Universitarios	Pacientes
	Abandono	Defectuosisdad
	Pesimismo	Pesimismo
Depresión	Dominio 1	Fracaso
	Dominio 2	Vulnerabilidad
	-	Dominio 1
	-	Dominio 2

Por último, en la Tabla 58, se presentan aquellos EDTs que más se asociaron con el riesgo psicopatológico (IRPsi), donde se observó que la mayoría de los que correlacionaron más alto, pertenecen al Dominio 1 y 2 como era esperable.

En ambas muestras vemos que el perfil también resultó ser congruente, notándose una mayor cantidad de EDTs en la percepción de riesgo en la muestra clínica.

Tabla 58

EDTs/Dominios y IRPsi (LSB-50).

	Universitarios	Pacientes
IRPsi	Abandono	Abandono
	Desconfianza	Desconfianza
	Vulnerabilidad	Vulnerabilidad
	Pesimismo	Pesimismo
	Dominio 1	Dominio 1
	Dominio 2	Dominio 2
	-	<i>Subyugación</i>
	-	<i>Aislamiento</i>
	-	<i>Fracaso</i>
	-	<i>Dominio 4</i>

Un dato interesante refiere a que, en la muestra clínica, el EDT Grandiosidad no alcanzó un nivel de significancia respecto de la escala Depresión —tal fue hallado en otros estudios (Alfasfos, 2009; Scott & Crino, 2014)— ni respecto del IRPsi. De similar forma, observamos que Metas Inalcanzables e Inhibición Emocional no se relacionaron significativamente con ninguna de las escalas mencionadas. Estos datos han sido observados en otros estudios para el EDT de Metas Inalcanzables (Alfasfos, 2009; Ribeiro et al., 2014).

En general, destacamos que el valor de los datos analizados residiría en que sean consideradas como posibles combinaciones de perfiles cognitivos asociados a la sintomatología estudiada y el riesgo psicopatológico, los cuales deberán ser testeadas en futuros trabajos.

Síntesis sobre Objetivo 9 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 9:

H 9.1. Las personas que concurren a médico psiquiatra presentan valores significativamente más elevados en los EDTs y Dominios que quienes no lo hacen.

H 9.2. Los pacientes que consumen psicofármacos presentan valores significativamente más elevados en los EDTs y Dominios que quienes no consumen.

H 9.3. El EDT de Vulnerabilidad al Daño se asocia con los síntomas de ansiedad.

H 9.4. Los EDTs de Defectuosidad e Insuficiente Autocontrol se asocian con los síntomas de depresión.

H 9.5. Los Dominios 1 y 2 presentan más asociaciones significativas positivas con la sintomatología clínica en ambas muestras.

Síntesis de resultados:

- Los estudiantes que concurrían a psiquiatra presentaron diferencias significativas para Abandono, Desconfianza, Aislamiento Social, Dependencia, Vulnerabilidad al Daño, Apego, Grandiosidad, Pesimismo y los Dominios 1, 2, 3, y 4 en la muestra universitaria. Mientras que en la muestra clínica sólo fueron significativos Dependencia, Apego Fusionado y el Dominio 2.
- Los pacientes que consumían psicofármacos presentaron puntuaciones significativamente más altas para Aislamiento Social, Dependencia, Apego Fusionada, Subyugación y los Dominios 2, 3 y 4 que quienes no.
- Vulnerabilidad al daño presentó asociaciones significativas más altas ($Rho \geq .50$) con la ansiedad en ambas muestras.
- Defectuosidad e insuficiente Autocontrol se relacionaron positivamente con la depresión. Sin embargo, Defectuosidad tuvo una correlación significativa mayor ($Rho \geq .50$) con la escala depresión únicamente en la muestra clínica. Insuficiente Autocontrol no presentó correlaciones $Rho \geq .50$.
- Los Dominios 1 y 2 tuvieron correlaciones significativas más altas $Rho \geq .50$ con los indicadores de psicopatología en ambas muestras.

Limitaciones principales:

- La métrica de los resultados se vio reducida al estudio de correlaciones y comparaciones entre muestras independientes.
- Los indicadores de psicopatología se evaluaron únicamente por subescalas del LSB-50.

5.1.10 Discusión Objetivo 10: EDTs/Dominios y subgrupos clínicos.

El marco teórico de la Terapia de Esquemas la mayoría de las investigaciones indican que el YSQ ha sido un instrumento capaz de discriminar la patología asociada a la personalidad (Schmidt et al., 1995; Young & Behary, 1998). A continuación, discutiremos acerca de dicha capacidad en torno a los subgrupos diagnósticos estudiados.

Discusión sobre los EDTs/Dominios y los Ejes I y II (DSM-IV)

Los pacientes con diagnósticos dentro del Eje II, al ser comparados con los del Eje I, obtuvieron puntuaciones significativas más elevadas en los EDTs de Abandono, Desconfianza, Defectuosidad, Apego Fusionado, Fracaso y Pesimismo; así como para los Dominios 1 y 2. Los datos fueron consistentes con el marco teórico, ya que los pacientes del Eje II, se diferenciaron en diversos EDTs del Dominio 1 —que se asocian con mayor inestabilidad y daño (Young et al., 2013)— y otros del Dominio 2.

Al comparar los resultados con investigaciones previas, observamos que en algunos casos se encontraron diferencias significativas en todos los EDTs (Cid, 2016; Mauchand et al., 2011; Mihaescu et al., 1997; Schmidt et al., 1995). Mientras que en otros estudios, los EDTs de Subyugación y Vulnerabilidad (Lee et al., 1999) o Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol y Apego Fusionado (Nordahl & Nysaeter, 2005); fueron los únicos que no discriminaron.

Si bien la clasificación en Ejes, deviene de la perspectiva categorial y ha sido ampliamente criticada por su carácter reduccionista (Esbec & Echeburúa, 2014); se considera que es un sistema simple y aún vigente; especialmente para las etapas iniciales de evaluación o *screening*. El valor de los datos podría contribuir con la posibilidad de emplear el YSQ-S3 como una de las herramientas para discriminar la patología de la personalidad, por un lado, y los resultados también podrían establecer sospechas de agrupaciones de EDTs más específicas asociadas a dicha discriminación.

Discusión sobre los EDTs/Dominios y los subgrupos clínicos

Con el fin de identificar diferencias significativas que contribuyan a comprender los perfiles cognitivos ligados a distintos subgrupos diagnósticos —Trastornos de Ansiedad, del Estado de Ánimo y de Personalidad— representados en la muestra clínica, se calculó la prueba Kruskal-Wallis.

Cabe señalar, que en los inicios de la Terapia de Esquema, la misma se presentaba como un modelo estrechamente asociado al tratamiento de pacientes con Trastorno de la Personalidad, destacándose el Trastorno Límite de la Personalidad (Kellogg & Young, 2006). Con el transcurso del tiempo y debido a la evolución de la salud mental hacia una visión más dimensional, la utilidad de la Terapia de Esquemas se comenzó a generalizar. Así pues, el estudio de las diferencias en términos de EDTs y Dominios entre las mismas han adquirido una mayor importancia para la clínica.

Volviendo al análisis de los datos, se observó que aquellos EDTs que puntuaron significativamente fueron Abandono, Desconfianza, Privación Emocional, Defectuosidad, Aislamiento Social, Subyugación, Pesimismo e Inhibición Emocional. Nuevamente observamos un predominio de los EDTs del Dominio 1 a la hora de discriminar mejor la psicopatología.

En segundo lugar, al analizar dichas relaciones observamos, como tendencia general, que los pacientes con Trastorno de Personalidad y con Trastornos del Humor presentaron un perfil de puntuación de los EDT que resultó similar entre sí, pero diferente respecto de los Pacientes Ansiosos y del grupo no especificado. Esto podría interpretarse de diversas maneras. Por un lado, podría indicar que la patología de la personalidad y del Estado de Ánimo de los sujetos evaluados, presenta un nivel de gravedad y malestar cognitivo más elevado que los pacientes con ansiedad o el grupo no especificado.

Por otro lado, podría inferirse que la combinación de ciertos EDTs represente un núcleo cognitivo que predispone la vulnerabilidad tanto de una personalidad menos saludable como de un trastorno afectivo (Petrocelli et al., 2001).

Otra alternativa, sería considerar que los resultados únicamente pudiesen reflejar la alta comorbilidad que algunos autores encuentran especialmente cuando los diagnósticos refieren a Depresión Crónica o Trastorno Depresivo Mayor (Nieves & Guerrero, 2007).

Véase que en la muestra empleada no se discriminó según los pacientes que presentaban comorbilidad, lo cual es en sí mismo un trabajo muy complejo de realizar (Moreno Díaz & Medina León, 2006).

Si bien las diversas hipótesis guardan sustento en estudios previos, resulta interesante destacar que dichos resultados podrían deberse a que se ha identificado que la formulación de los ítems presentes en el YSQ y que están asociados a la ansiedad, tiende a generar un “*efecto techo*”, lo cual resultaría en un perfil más aplanado (Rijkeboer, 2012). Aspecto que podría afectar la validez y confiabilidad de los datos.

Por último, y sin desconocer las limitaciones del alcance de estos resultados, se destaca que la evaluación de los EDTs permitiría buscar puntos neurálgicos para delimitar la necesidad de intervención, los cuales resultarían de ayuda, por ejemplo, en la conformación de grupos terapéuticos dentro del modelo de Esquemas.

Probablemente la selección de personas con el mismo perfil cognitivo y de EDTs, generaría una mayor adherencia, habilitaría un protocolo de abordaje y resultaría más contenedor para el paciente.

Síntesis sobre Objetivo 10 y relación con sus respectivas hipótesis

Hipótesis objetivo 10:

H 10.1. Las puntuaciones de los EDTs y Dominios son significativamente más elevadas en los pacientes con diagnósticos del Eje II al compararlos con los del Eje I.

H 10.2. Los pacientes con Trastornos de Personalidad presentan puntuaciones significativas mayores que los pacientes con Trastorno de Ansiedad y Trastornos del Estado del Ánimo.

H 10.3. Los pacientes con Trastornos de Personalidad puntúan significativamente más elevado en los EDTs del Dominio 1 al compararlo con los otros subgrupos diagnósticos.

Síntesis de resultados

- Las puntuaciones de Abandono, Desconfianza, Defectuosidad, Apego Fusionado, Fracaso, y Pesimismo, así como las de los Dominios 1 y 2; fueron significativamente más elevadas en los pacientes del Eje II que los del Eje I.

- Las puntuaciones de los pacientes con Trastorno de Personalidad fueron significativamente mayores en la mayoría de los EDTs del Dominio 1, a excepción de Defectuosidad, respecto de los pacientes con Trastornos de Ansiedad, pero no respecto de los pacientes con Trastornos del Estado de Ánimo.
- Los pacientes con Trastorno de Personalidad puntuaron significativamente más alto que los pacientes con Trastorno de Ansiedad en los EDTs del primer Dominio, pero no respecto a los pacientes con Trastornos del estado de Ánimo.

Limitaciones principales:

- Los diagnósticos clínicos no fueron realizados mediante entrevistas estructuradas.
- La comorbilidad no se informó (se usó el como criterio el diagnóstico principal del paciente).
- Los subgrupos diagnósticos eran pequeños y dentro de cada subgrupo heterogéneos.

5.2. Conclusiones

La presente investigación ha permitido arribar a las siguientes conclusiones que dividiremos en tres secciones: (a) conclusiones psicométricas, (b) conclusiones descriptivas y (c) conclusiones teórico-clínicas.

5.2.1 Conclusiones psicométricas.

Conclusiones psicométricas respecto al YSQ-S3.

- El YSQ-S3 —en su versión en castellano y adaptada para la población adulta uruguaya— cuenta con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad sobre sus *propiedades psicométricas*. Se considera un instrumento útil y necesario para el ámbito de la práctica clínica, especialmente en lo que refiere al estudio de la psicopatología de la personalidad.
- El modelo de primer orden de Young (2003) presentó índices satisfactorios de ajuste en la muestra universitaria y ha sido corroborado en múltiples estudios. El EDT Privación Emocional (AFC unidimensional) presentó el mejor ajuste factorial, mientras Dependencia e Inhibición Emocional fueron los de ajuste más moderado y mayor error residual.

- El ajuste de los Dominios también fue satisfactorio siendo más robustos el 1 y 2, y presentando también mayor consistencia interna.
- El modelo de segundo orden propuesto por Young (2003) presentó índices adecuados de ajuste en la muestra clínica y un ajuste adecuado, pero más cuestionable en la universitaria (Heywood).
- La comparación del modelo de Young (2003) con un grupo seleccionado de *modelos alternativos*, ha mostrado que todos presentan índices de ajuste aceptables y de parsimonia similares. Siendo el modelo de Young (2014) el que mejor combina los índices estadísticos, mientras que el modelo de Young (2003), se destaca por su valor teórico-práctico. La solución de segundo orden continúa en debate dentro del modelo de Esquemas.
- La consistencia interna de los EDTs y Dominios fue adecuada en términos generales. Los EDTs menos confiables fueron: Dependencia, Grandiosidad, Apego Fusionado, Insuficiente Autocontrol e Inhibición Emocional.
- Los EDTs tienden a ser constructos estables en el tiempo.
- El YSQ-S3 presenta una adecuada validez externa.

Conclusiones psicométricas respecto a los instrumentos secundarios.

- El PID-5 BF, adaptado en tanto instrumento secundario para el estudio de la validez concurrente, obtuvo buenas propiedades psicométricas. Resulta de gran importancia para el estudio de la nueva perspectiva dimensional de la personalidad que propone el DSM-5, y resulta también útil como herramienta de *screening* psicopatológico en el ámbito clínico o investigativo.
- Las propiedades psicométricas del MHC-SF, demostraron ser adecuadas en términos de validez y confiabilidad para el contexto uruguayo. Esto representa una incorporación novedosa que habilita a la medición del bienestar respecto a la salud mental, promoviendo una evaluación más holística proveniente de la Psicología Positiva.

5.2.2 Conclusiones descriptivas

- Las características de los universitarios, se correspondieron con los EDTs de Metas Inalcanzables y Autosacrificio los cuales se asocian a estudiantes *overachieving*, por un lado; y a carreras con orientación en salud/social por el otro. Consistentemente, los EDTs de los Dominios 1 y 2 (asociados a mayor psicopatología) fueron los menos representativos. Se transfieren gráficos con medias ponderadas y baremos de referencia.
- Las características de los pacientes, se correspondieron con EDTs pertenecientes a los Dominios 3, 4 y 5 prioritariamente, lo cual no era esperado. Se destaca la importancia de la combinación de EDTs como indicador de psicopatología. Se transfieren gráficos y baremos, aunque más limitados ($N=157$).
- Tal se esperó, las puntuaciones de todos los EDTs y Dominios fueron más elevadas para los *pacientes al compararlo con los universitarios*.
- Los EDTs/Dominios de los universitarios parecen disminuir con la edad, mientras que en la muestra clínica sólo Insuficiente Autocontrol (componente impulsivo) disminuiría con esta, mientras que Vulnerabilidad al Daño aumentaría.
- De modo contrario al esperado, los hombres tuvieron puntuaciones significativas más elevadas en la mayoría de EDTs/Dominios respecto a las mujeres. Sin embargo, mostraron un perfil de EDTs asociado a dos aspectos centrales: la emoción restringida y la mayor falta de límites, lo cual está alineado con el paradigma biológico-social. Las mujeres no presentaron un perfil significativo en estas muestras.
- El NSE, no estuvo adecuadamente representado y no mostró diferencias entre los subgrupos.
- Los universitarios que tenían una relación de pareja presentaron puntajes más bajos que los solteros pudiendo hipotetizarse que se trate de un factor de protección. Mientras que los pacientes no indicaron esto.

5.2.3 Conclusiones teórico-clínicas

- Los EDTs y Dominios discriminaron mejor entre los estudiantes que concurrían y no concurrían al psiquiatra. Los EDTs del Dominio 2 (Perjuicio en la Autonomía) y otros EDTs asociados al sometimiento-dependencia predominaron en quienes concurrían al psiquiatra. Dicho componente también diferenció entre pacientes que tomaban psicofármacos de quienes no.
- La ansiedad (LSB-50) se asoció, de forma consistente con el EDT de Vulnerabilidad al Daño tal ha sido mostrado en varios estudios.
- La depresión (LSB-50) correlacionó prioritariamente con EDTs asociados a dicha sintomatología (ej. Defectuosidad, Pesimismo, Fracaso).
- El índice de riesgo psicológico (LSB-50) correlacionó más alto con los EDTs del Dominio 1.
- El perfil de EDTs del subgrupo diagnóstico con Trastornos de Personalidad y Trastornos del Estado de Ánimo resultó similar (principalmente con EDTs del Dominio 1), y se diferenció del perfil de quienes presentaban Trastornos de Ansiedad el cual fue menos patológico.
- El puntaje total de los Dominios 1 y 2 se asociaron con: ansiedad, depresión, y riesgo psicopatológico (LSB-50). A su vez discriminaron mejor entre: Eje II (ante Eje I), Trastornos de Personalidad y del Estado de ánimo (Trastorno de Ansiedad). El Dominio 1 tuvo correlación alta con Afecto Negativo y el total del PBQ-SF, mostrando estar más asociado a los rasgos de personalidad. El Dominio 2 (vinculado a la falta de autonomía y dependencia), diferencio entre quienes concurrían o no al psiquiatra, y quienes consumían o no psicofármacos.
- Las principales consideraciones sobre los EDTs fueron que Dependencia mostró un peor funcionamiento en general, y se hipotetiza pueda ser más sensible a los factores socioculturales.

Mientras que Metas Inalcanzables, Grandiosidad y Autosacrificio parecen incluir una faceta patológica y una saludable. Pesimismo resultó poco discriminativo, asociado a un factor general e incluso se lo ha considerado redundante.

5.3 Recomendaciones

A continuación, se señalan algunas observaciones a considerar tanto en futuras investigaciones como en el uso clínico de la Terapia de Esquemas:

- Debido a las limitaciones asociadas a ambas muestras, no se recomienda su generalización a muestras culturales o sociodemográficas diferentes.
- Respecto a la adaptación del YSQ-S3 y al PID-5 BF, por las limitaciones aquí presentes, se sugieren nuevos estudios confirmatorios para ambos instrumentos empleando nuevas muestras. En el primer caso, empleando muestras clínicas más grandes y homogéneas, usando el total de ítems y trabajando con softwares estadísticos más sofisticados. En el segundo, empleando una muestra clínica de tamaño adecuado para reafirmar los resultados.
- Siguiendo las consideraciones planteadas por otros autores (Riso et al., 2006), resulta favorable estudiar en profundidad el YSQ-S3 a nivel del ítem. Pudiendo orientarse mediante el análisis de los que se identificaron como problemáticos: 22, 25, 43, 45, 62, 68, 69, 73, 85, 86, 87 y 90 (numerados según YSQ-S3 original) y atendiendo al funcionamiento diferencial de los mismos (DIF). Véase que se incluyen los que fueron eliminados en este trabajo.
- Las correlaciones bajas entre EDTs no necesariamente indican un funcionamiento pobre de los constructos o deben ser leídas como espurias. Se recomienda atender a las combinaciones de EDTs (Rijkeboer, 2012) mediante la conceptualización del caso en el ámbito clínico y mediante el análisis de la matriz de correlaciones y otros estadísticos en el ámbito investigativo.
- Los EDTs y Dominios deben entenderse dentro del contexto socio-cultural y de acuerdo a la dimensión individualista-colectivista del entorno del sujeto.

- Considerando los datos de este estudio, los antecedentes y bajo la influencia de una visión más dimensional de la personalidad, se observa que los criterios diagnósticos ya no son suficiente para caracterizar la problemática y contribuir con el abordaje de los pacientes (Skodol et al. 2002). Se sugiere optar por el mapeo de perfiles individualizados de rasgos y EDTs. Las conceptualizaciones realizadas “a medida”, parecen representar mejor el malestar de los pacientes, tal lo sugiere la nueva propuesta del DSM-5 y el modelo de Esquemas.

Como consideración final se espera que el trabajo realizado contribuya a un mayor y mejor entendimiento de los constructos asociados al estudio de la patología de la personalidad en general y de la Terapia de Esquemas en particular.

Se recomienda que el aporte a nivel de los instrumentos de medición y las conclusiones discutidas, sean sometidas a nuevas evidencias generadas en muestras más amplias y sobrepasando las limitaciones antes enunciadas.

Es deseable que los hallazgos aquí informados y los análisis efectuados constituyan un basamento para la generación de nuevas preguntas de investigación y nuevos planteos de intervención clínica, que resulten en una mejor comprensión y una sustancial mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

- Abuín, M., & de Rivera, J. L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica Y Salud*, 25(2), 131–141.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2015). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current Status and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 3891, 1–20.
- Alfasfos, L. (2009). *The Early Maladaptive Schemas and their Correlations with the Psychiatric Symptoms and the Personality Accentuations for Palestinian Students* (Tesis inédita de Doctorado). Hamburg University.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., & Salekin, R. T. (2016). Utility of the Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF) in the Measurement of Maladaptive Personality and Psychopathology. *Assessment*.
- Arana, F. G., & Keegan, E. G. (2016). La relación entre las dimensiones del perfeccionismo y la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes de Psicología argentinos. *Ansiedad Y Estrés*, 22(1), 33–38.
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215–1225.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5ª ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR* (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Aliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2008, 12(4), 268–279.
- Bach, B., Lee, C. W., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015a). How Do DSM-5 Personality Traits Align with Schema Therapy Constructs? *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 1–28.

- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2015b). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric Properties and Association with Personality Disorders in a Danish Mixed Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 1-10.
- Bamelis, L. L., Bloo, J., Bernstein, David P., & Arntz, A. (2012). “Effectiveness Studies”. En van Vreeswijk M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 493–510). Oxford, Inglaterra: Wiley-Blackwell.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–322.
- Baringoltz, S. (1997). *Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de Belgrano.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1213–1225.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., & Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24.
- Behary, W. T. (2013). *Disarming the Narcissist: Surviving and Thriving with the Self-Absorbed* (2^a ed.). Oakland, Estados Unidos: New Harbinger Publications.
- Belloch Fuster, A. & Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169–183.
- Boomsma, A. (2000). Reporting Analyses of Covariance Structures. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 7(3), 461–483.

- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, Change, and Heritability of Borderline Personality Disorder Traits from Adolescence to Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1335-1353.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(5), 374–85.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive Representations in Alcohol and Opiate Abuse: The Role of Core Beliefs. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(3), 337–342.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Press.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of Dysfunctional Beliefs in Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy, 40*(10), 1231–1240.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente The neurobiology os schema therapy anda the unconscious processing. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 1–10*.
- Calvete, E. & Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual, 16*(1), 5–21.
- Calvete, E. (2014). Emotional Abuse as a Predictor of Early Maladaptive Schemas in Adolescents: Contributions to the development of depressive and Social Anxiety Symptoms. *Child Abuse & Neglect, 38*(4), 735–746.
- 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.
- Calvete, E., Orue, I., & González-Diez, Z. (2013). An Examination of the Structure and Stability of Early Maladaptive Schemas by Means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(4), 283–290.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. (2014). A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(1), 85–99.

- Campo-Arias, A. (2013). Informe de la consistencia interna de las escalas en las investigaciones publicadas en la Revista Colombiana de Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 136–143.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Cankaya, B. (2002). *Psychosocial Factors, Maladaptive Cognitive Schemas, and Depression in Young Adults: An Integration*. (Tesis de maestría). Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia, USA.
- Caputto, I., Cordero, S., Keegan, E., & Arana, F. (2015). Perfeccionismo y esquemas desadaptativos tempranos: Un estudio con estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 245–257.
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2009). Do Early Maladaptive Schemas 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.
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy*, 333–349.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521–551.
- 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(3), 541–560.
- Castro, R. (2011). Dificultades en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. In *Teoría Social y Salud* (pp. 147–163). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – short form*. (Tesis inédita de maestría). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187–195.
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2012). Differences in early maladaptive schemas of men and women. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 85–92.
- Cecero, J., Nelson, J., & Gillie, J. (2004). Tools and Tenets of Schema Therapy: Toward the Construct Validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire- Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 344–357.
- Céspedes Cuevas, V., & Tristán-López, A. (2014). Influencia de la direccionalidad del ítem en los resultados de instrumentos de medición. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(1), 29–43.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290.
- Cid, J. (2016). *El Esquema como organizador de la personalidad y sus trastornos: estudio psicométrico de la adaptación Española del Young Schema Questionnaire-Short Form*. (Tesis inédita de doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother*, 17(1099–0879 (Electronic)), 165–182.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva York, Estados Unidos: Academic Press, Inc.
- Cordero, S., & Tiscornia, M. (2008). Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta*, (1), 28–44.
- Cordero, S., & Tiscornia, M. (2014). *Los Esquemas Desadaptativos Tempranos: estudio preliminar de las propiedades psicométricas del YSQ-SF*. Montevideo, Uruguay. Manuscrito en preparación.

- Costelo, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. Practical. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7), 1–9.
- Cuevas Yust, C., & López Pérez-Díaz, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(1), 97-114.
- Cui, L., Lin, W., & Oei, T. P. S. (2011). 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.
- Daguerre, L., Cordero, S., & Costa-Ball, D. (2015). Propiedades psicométricas del PBQ-SF en su versión en español, en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas, 9*(Número especial), 163–175.
- Damáσιο, B., Callegaro Borsa, J., & Koller, S. H. (2014). Adaptation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(2), 323–330.
- Dattilio, F. M. (2010). Examining the Scope and Concept of Schema: Should we Look Beyond Cognitive Structures? *Psihologijske Teme, 19*(2), 221–234.
- De la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2016). Evidencias de validez del LSB-50: validación cruzada, invarianza factorial y validez de criterio externo. *Ciencias Psicológicas, 10*(1), 63.
- De la Iglesia, G., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2015). Psychometric Study of the Main Clinical Scales of the Listado De Síntomas Breve (LSB-50) [Short Checklist of Symptoms] in Argentinean Adolescents. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 22*(3), 383–399.
- De la Iglesia, G., Stover, J. B., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2016). Listado de Síntomas Breve [Short Checklist of Symptoms] in Argentinean Adults: Psychometric Study of its Main Clinical Scales. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19*(1).
- De Rivera, J. L., & Abuín, M. (2012). *LSB-50: Listado de síntomas breve. Manual.* (T. Ediciones, Ed.). Tea.

- Di Rienzo, J., Casanoves, F., Balzarini, M., González, L., Tablada, M., & Robledo, C. (2016). InfoStat versión 2016. Córdoba: Grupo InfoStat, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Dindelegan, C., & Bîrle, D. (2012). The Young Cognitive Schema Questionnaire - S2: Reliability, validity indicators and norms in a Romanian clinical and non-clinical population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *12*(2), 219–229.
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema Therapy Historical Perspective. En van Vreeswijk M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 1–26). Oxford: Inglaterra: Wiley-Blackwell.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, *32*(3), 255–264.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, *6*(1), 27–36.
- Escurra Mayaute, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, *6*(1-2), 103–111.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2014). *Terapia De Grupo Centrada En Esquemas Para El Tratamiento Del Trastorno Límite De La Personalidad*. Desclée De Brouwer.
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, *30*(3), 1170–1175.
- Flanagan, C. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *20*(1), 1–36.
- Flanagan, C. (2014). Unmet Needs and Maladaptive Modes: A New Way to Approach Longer-Term Problems. *Journal of Psychotherapy Integration*, *24*(3), 208–222.
- Fournier, J. C., Derubeis, R. J., & Beck, A. T. (2012). Dysfunctional Cognitions in Personality Pathology: The Structure and Validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, *42*(4), 795–805.
- García-Cueto, E., Álvaro, P. G., & Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, *10*(3), 717–724.

- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A Construct Validity Study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 2–13.
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA - Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 329–338.
- González, N., Abad, J., & Lèvy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas. In Netbiblo (Ed.), *Modelización con estructuras de covarianzas* (pp. 31–57). La Coruña.
- González-Jiménez, A. J., & Hernández-Romera, M. del M. (2014). Early Maladaptive Schemas in Adolescence: A Quantitative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 504–508.
- Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C., & Söderqvist, F. (2015). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents – a methodological study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 198.
- Hall, R. J., Snell, A. F., & Foust, M. S. (1999). Item Parceling Strategies in SEM: Investigating the Subtle Effects of Unmodeled Secondary Constructs. *Organizational Research Methods*, 2(3), 233–256.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 44(1), 40–49.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (1991). Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico. En *Metodología de la investigación* (pp. 57–73). México D.F., México: McGraw-Hill.

- Herrera Rojas, A. (1993). La medición en Psicología. Bogotá.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 611–623.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., Nordahl, H. M., Hovland, O. J., Holte, A. (2005). 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.
- Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self-Understanding, Empathy, Guided Discovery, and Schema Belief in Schema-Focused Cognitive Therapy of Personality Problems: a Process-Outcome Study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199–219.
- Hoffmann Freiberg, A., Stover, J. B., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones Policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, VII(2), 151–164.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A. N., Lee, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G., Kessler, R. C. (2009). DSM-IV Personality Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(1), 46–53.
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 369–377.
- James, I., Todd, H., & Reichelt, F. K. (2009). Schemas defined. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(1), 1–9.
- Julius, R. J., Novitsky, M. A., & Dubin, W. R. (2009). Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34–44.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445–458.

- Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 215*(1), 134–140.
- Kishton, J. M., & Widaman, K. F. (1994). Unidimensional Versus Domain Representative Parceling of Questionnaire Items: An Empirical Example. *Educational and Psychological Measurement, 54*(3), 757–765.
- Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2013). Reliability and Validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment, 29*(3), 205–212.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2012). The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 684–98.
- 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.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99–110.
- Lanyon, R. I., & Wershba, R. E. (2013). The effect of underreporting response bias on the assessment of psychopathology. *Psychological Assessment, 25*(2), 331–8.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor Structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 441–451.
- Lee, S. J., Choi, Y. H., Rim, H. D., Won, S. H., & Lee, D. (2015). Reliability and Validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in Medical Students. *Psychiatry Investigation, 12*(3), 295-304.
- Lemos, V. (2006). La deseabilidad social en la evaluación de la personalidad infantil. *Suma Psicológica, 13*(1), 7-14.
- Leppänen, V., Kärki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., & Hakko, H. (2015). Changes in Schemas of Patients with Severe Borderline Personality Disorder: The Oulu BPD Study. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*(1), 78–85.

- Little, T. D., Rhemtulla, M., Gibson, K., & Schoemann, A. M. (2013). Why the items versus parcels controversy needn't be one. *Psychological Methods, 18*(3), 285–300.
- Llambí, C., & Piñeiro, L. (2012). *Índice de Nivel Socioeconómico INSE, Revisión anual 2012*. Uruguay: Centro de Investigaciones Económicas (CINVE).
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología, 30*(3), 1151–1169.
- Londoño Ardila, L. F., Aguirre Laverde, D., Naranjo, S. C., & Echeverri, V. (2012). Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de grado décimo y undécimo con contrato pedagógico disciplinar. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte, 36*(3), 158–172.
- Londoño, N. H., Jiménez, E. B., Juárez, F., & Marín, C. A. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research, 3*(2), 43–54.
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves, L., Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire - Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica, 11*(1), 147–164.
- Londoño-Arredondo, N. H., et al. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40*(2), 289–309.
- López Daza, V. C., Solano Cuellas, L. C., Álvarez Posada, J. L., & Villa Londoño, A. J. (2016). Evaluación de esquemas maladaptativos tempranos y OSP a través de la elaboración de dibujos en adolescentes entre 14-16 años de la ciudad de Medellín. *Psicoespacios: Revista Virtual de La Institución Universitaria de Envigado, 10*(16), 3–35.
- López Pell, A., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptados y afectividad positiva y negativa. *Ciencias Psicológicas, 6*(2), 149–173.
- López-Santín, J. M., Molins Gálvez, F., & Litvan Shaw. (2013). Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 33*(119), 497–510.
- Lupano Perugini, M. L., De la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Keyes, C. (2016). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*.

- Lyrakos, D. G. (2014). The Validity of Young Schema Questionnaire 3 Version and the Schema Mode Inventory 2 Version on the Greek Population. *Psychology*, 5(5), 461–477.
- Machado, W. de L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259–274.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319–329.
- Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los Sesgos en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156–1164.
- Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185–202.
- Matesanz, A. (1997). *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid, España: Pirámide.
- Matsunaga, M. (2008). Item Parceling in Structural Equation Modeling: A Primer. *Communication Methods and Measures*, 2(4), 260–293.
- Mauchand, P., Lachenal-Chevallet, K., & Cottraux, J. (2011). Validation empirique du questionnaire abrégé des schémas de Young (YSQ-S2) sur une population de patients présentant un trouble de la personnalité borderline et de sujets témoins. *L'Encéphale*, 37(2), 138–143.
- McKnight, P. E., McKnight, K. M., Sidani, S., & Figueredo, A. J. (2007). *Missing Data: A Gentle Introduction*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Michalec, B., & Keyes, C. L. M. (2013). A Multidimensional Perspective of the Mental Health of Preclinical Medical Students. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 89–97.
- Mihaescu, G., Séchaud, M., Cottraux, J., Velardi, A., Heinze, X., Finot, S. C., & Baettig, D. (1997). The Young Cognitive Schema Questionnaire: translation and preliminary validation. *L'Encephale*, 23(3), 200–8.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson.

- Montgomery-Graham, S. (2016). DBT and Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization as a Common Factor. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 53–60.
- Morales Vallejo, P. (2011). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Morales Vallejo, P. (2011). Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 9(6), 80.
- Morata-Ramírez, M. Á., Holgado Tello, F. P., Barbero-García, M. I., & Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79–90.
- Moreno Díaz, M. J., & Medina León, A. (2006). Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría.com*, 10(1).
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of Goodness-of-Fit Indices for Structural Equation Models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430–445.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., van Dyck, R. (2009). Implementation of Outpatient Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: Study Design. *BMC Psychiatry*, 9(64).
- Newsom, J. (2015). *Structural Equation Modeling: Improper Solutions*. Recuperado: http://web.pdx.edu/~newsomj/semclass/ho_improper.pdf
- Nieves, M., & Guerrero, V. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo : relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad
Chronicity of mood disorders : their relationship with dysfunctional cognitive attitudes and personality alteration. *Clínica Y Salud*, 18(2), 203–219.
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series., 36 *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 254–264 (2005).

- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *12*(2), 142–149.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2013). Are the short and long forms of Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *European Journal of Psychological Assessment*, *11*(1), 205–212.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. McGraw-Hill.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues*. *Australian Journal of Psychology*, *59*(2), 78–86.
- Ormulación, L. A. F. (2008). Información Epidemiológica Para, *XVII*, 121–129.
- Pedrosa, I., Suárez, J., & García, E. (2014). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, *10*(2), 3–20.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Cognitive Schemas As Mediating Variables of the Relationship Between the Self-Defeating Personality and Depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(3), 183–191.
- Pinto-Gouveia, J. J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *30*(5), 571–584.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. New York.
- Richaud, M. C. (2007). La ética en la investigación psicológica. *Enfoques XIX*, *1*(2), 5–18.
- Richaud de Minzi, María Cristina; (2005). Teoría de la medición y teoría psicológica: Su articulación en los tests. *Suma Psicológica*, Mayo, 7-21.
- Rijkeboer, M. M. (2012). Validation of the Young Schema Questionnaire. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (p. 531–540). Malden: Wiley-Blackwell.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2011). Item bias analysis of the young schema-questionnaire for psychopathology, gender, and educational level. *European Journal of Psychological Assessment*, *27*(1), 65–70.

- 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(Rijkeboe(2)), 102–109.
- Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch Clinical versus Non-clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 263–278.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 129–144.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas maladaptativos precoces. Validação do conceito e dos métodos de avaliação* (Tesis inédita de doctorado). Universidade de Coimbra.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515–529.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2012, December). Marital status, health and mortality. *Maturitas*. Elsevier.
- Robles Garrote, P. y Rojas, M. D. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada* (2015) 18.
- Rodríguez-Vilchez, E. (2009). The scheme therapy of Jeffrey Young. *Avances Psicología*, 17(1), 59–74.
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J.-P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *Plos One*, 10(7), e0133413.
- Rovira, M. (2011). *Terapia Centrada en Esquemas de Young: Instrumentos de Evaluación*. (Tesis inédita de grado). Universidad Católica del Uruguay. UCU.
- Rovira, M., & Cordero, S. (2013). Terapia centrada en los esquemas de Young: instrumentos de evaluación. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta.*, (5), 31–52.

- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2009). The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*(1), 158–168.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2012). Early Maladaptive Schema Factors, Chronic Pain and Depressiveness: A Study with 271 Chronic Pain Patients and 331 Control Participants. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*(3), 214–223.
- Saddichha, S., Kumar, A., & Pradhan, N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences*, *17*(6), 523–526.
- Schema Therapy Institute. (2006). Summary of Results of a Major Outcome Study: Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Retrieved October 11, 2016, from <http://www.schematherapy.com/id316.htm>
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Telch, M. J., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *19*(3), 295–321.
- Scott, S., & Crino, R. D. (2014). Early maladaptive schema and social and occupational functioning: The mediating role of psychiatric symptomatology. *Australian Journal of Psychology*, *66*(4), 224–232.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, *33*(3), 426–447.
- Shaghaghy, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., & Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. *Addiction & Health*, *3*(1–2), 45–52.
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(1), 19–25.
- Sheffield, A., & Waller, G. (2012). Clinical Use of Schem Inventories. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 111–124). Malden: Wiley-Blackwell.

- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Alcohol and Opioid Dependent Women : Do Schemas Vary Across Disorders? *Addict Res Theory*, *21*(2), 132–140.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *21*(1), 21–28.
- Sierra, F., Peña, E., Alba, M., & Sánchez, R. (2015). Consistencia interna y validez de contenido del instrumento DELBI. *Revista Colombiana de Cancerología*, *19*(1), 29–38.
- Sijtsma, K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, *74*(1), 107–120.
- Sireci, S. G. (1998, October). Gathering and Analyzing Content Validity Data. *Educational Assessment*.
- Sol Mauri, J., Quevedo Regué, I., & Salva Ribas, A. (2010). Gestión de datos clínicos. In *Tratado de medicina farmacéutica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakir, Z. (2009). Assessment of Early Maladaptive Schemas: A Psychometric Study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Türk Psikiyatri Dergisi Turkish Journal of Psychiatry*.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *15*(3), 253–272.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(10), 1114–1133.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The Effects of Childhood Maltreatment on Brain Structure, Function and Connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*(10), 652–666.
- Thimm, J. C. (2010). Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *17*(3), 219–230.
- Tineo, L. (2002a). Cognitive Therapies in Argentina. En Scrimali, T., & Grimaldi, L. (Eds.), *Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium* (pp. 213–215). Nueva York, Estados Unidos: Springer Science + Business Media.

- Tineo, L. (2002b). Today: Personality Disorders? En Scrimali, T., & Grimaldi, L. (Eds.), *Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium* (pp. 377–380). Nueva York, Estados Unidos: Springer Science Business Media.
- Tineo, L. (2008). Trastorno Borderline. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1(2), 1–14.
- Tiscornia, M. (2009). La Terapia de Esquemas en el Abordaje de Pacientes Difíciles. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta*, (2), 42–45.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2007). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Trip, S. (2006). The Romanian Version of Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 173–181.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and Parental Bonding in Overweight and Non-Overweight Female Adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381–387.
- Valenzuela, J., & Caballo, V. E. (2004). La Terapia de Esquemas de Young. En *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento, 2004*, (pp. 463–482). Madrid: Síntesis.
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical Model: Schemas, Coping Styles, and Modes. En van Vreeswijk M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 27-40). Malden, Estados Unidos: Wiley-Blackwell.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332.
- Van Vreeswijk, M. F., Broersen, J., & Spinhoven, P. (2012). The Impact of Measuring: Therapy Results and Therapeutic Alliance. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp.283-298). Malden: Wiley-Blackwell.

- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Malden, Estados Unidos: Wiley-Blackwell.
- Vélez, D. A., Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortiz, D. L. S. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87–104.
- Vinet, E. V. (2010). Relativismo cultural del Modelo de Personalidad de Millon en América Latina: Un estudio con adolescentes. *Interdisciplinaria*, 27(1), 23–40.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137–147.
- Weertman, A., & de Saeger, H. (2012). Assessment for Schema Therapy. En van Vreeswijk M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 91–99). Malden, Estados Unidos: Wiley-Blackwell.
- 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.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8(1), 84–136.
- Young, J. E., & Behary, W. T. (1998). Schema-Focused Therapy for Personality Disorders. En Tarrrier, N., Wells, A., & Haddock, Gillian (Eds.) *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach* (p. 340). New York, United States: Wiley.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach* (3rd ed.). Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida: cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Publications.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia De Esquemas. Guía Práctica*. (Desclée De Brouwer, Ed.). Bilbao.

Yousefi, N., & Shirbagi, N. (2010). Validating the Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (YEMSQ) among Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(1), 38–46.

Apéndice A

Protocolo de recolección de datos

- Cuestionario 1: YSQ-S3
- Cuestionario 2: PID-5 BF
- Cuestionario 3: LSB-50
- Cuestionario 4: PBQ-SF
- Cuestionario 5: MHC-BF
- Ficha Sociodemográfica: Versión Pacientes / Versión Universitarios

Pegar etiqueta con
N° Identificador



UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE TEORÍAS PSICOLÓGICAS Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

INVESTIGACIÓN MODELO COGNITIVO

EQUIPO INVESTIGADOR:

Lic. Psic. Maira Tiscornia
Dra. Soledad Cordero
Dra. Guadalupe de la Iglesia
Mag. Lorena Estefanell

Montevideo, 2015

Previo a recibir este librito he firmado el consentimiento informado.

Si

No

Questionario 1

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases que las personas podrían utilizar para describirse a sí mismas. Por favor, lea cada frase y luego puntúelas basándose en el grado de exactitud con que éstas lo describen. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que **emocionalmente siente, no en lo que piense que es verdad.**

Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas. Si en la actualidad no tiene pareja, pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y/o significativa.

Escoja la puntuación desde el 1 al 6 que mejor lo describe y márkela en la columna de la derecha con un círculo.

ESCALA DE PUNTUACIONES	
1 = Totalmente falso.	4 = Apenas más verdadero que falso.
2 = La mayoría de veces falso.	5 = La mayoría de veces verdadero.
3 = Apenas más falso que verdadero.	6 = Me describe perfectamente.

1.	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	1 2 3 4 5 6
2.	Me aferro mucho a las personas cercanas porque tengo miedo que me abandonen.	1 2 3 4 5 6
3.	Siento que la gente se aprovechará de mí.	1 2 3 4 5 6
4.	No encajo en ningún lugar.	1 2 3 4 5 6
5.	Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.	1 2 3 4 5 6
6.	Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en lo académico) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	1 2 3 4 5 6
7.	No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.	1 2 3 4 5 6
8.	No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.	1 2 3 4 5 6
9.	No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	1 2 3 4 5 6
10.	Pienso que si hago lo que quiero en vez de hacer lo que quieren los demás, me encontraré en problemas.	1 2 3 4 5 6
11.	Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1 2 3 4 5 6
12.	Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, interés, preocupación...).	1 2 3 4 5 6
13.	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo ser el segundo mejor.	1 2 3 4 5 6
14.	Me cuesta mucho aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	1 2 3 4 5 6
15.	Parece que no puedo disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	1 2 3 4 5 6
16.	Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.	1 2 3 4 5 6
17.	Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es solamente algo temporal.	1 2 3 4 5 6
18.	Si cometo un error, merezco ser castigado.	1 2 3 4 5 6
19.	En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.	1 2 3 4 5 6
20.	Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1 2 3 4 5 6
21.	Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	1 2 3 4 5 6
22.	Soy básicamente diferente de las otras personas.	1 2 3 4 5 6
23.	Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1 2 3 4 5 6
24.	Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	1 2 3 4 5 6

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso.

2 = La mayoría de veces falso.

3 = Apenas más falso que verdadero.

4 = Apenas más verdadero que falso.

5 = La mayoría de veces verdadero.

6 = Me describe perfectamente.

25.	Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	1 2 3 4 5 6
26.	Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	1 2 3 4 5 6
27.	Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en los suyos.	1 2 3 4 5 6
28.	Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	1 2 3 4 5 6
29.	Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	1 2 3 4 5 6
30.	Me da vergüenza tener que expresar mis sentimientos a los demás.	1 2 3 4 5 6
31.	Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante" bien.	1 2 3 4 5 6
32.	Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1 2 3 4 5 6
33.	Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.	1 2 3 4 5 6
34.	Los logros son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	1 2 3 4 5 6
35.	Si algo bueno ocurre, me preocupo porqué es probable que algo malo le siga.	1 2 3 4 5 6
36.	Si no lo intento con todas mis fuerzas, merecería ser un perdedor.	1 2 3 4 5 6
37.	Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.	1 2 3 4 5 6
38.	Me preocupa que las personas cercanas a mí, me dejen o me abandonen.	1 2 3 4 5 6
39.	Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.	1 2 3 4 5 6
40.	No me siento unido a nadie, soy un solitario.	1 2 3 4 5 6
41.	No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.	1 2 3 4 5 6
42.	La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y rendimiento.	1 2 3 4 5 6
43.	No tengo sentido común.	1 2 3 4 5 6
44.	Me preocupa que alguien pueda atacarme físicamente.	1 2 3 4 5 6
45.	Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.	1 2 3 4 5 6
46.	En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa para no salir perjudicado.	1 2 3 4 5 6
47.	Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.	1 2 3 4 5 6
48.	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1 2 3 4 5 6
49.	Debo cumplir todas mis responsabilidades.	1 2 3 4 5 6
50.	Odio que me contradigan, limiten o no se me deje hacer exactamente lo que yo quiero.	1 2 3 4 5 6
51.	Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
52.	Si no recibo mucha atención de los demás, me siento menos importante.	1 2 3 4 5 6
53.	Aunque tenga mucho cuidado, casi siempre algo saldrá mal.	1 2 3 4 5 6
54.	Si no hago un buen trabajo, debería sufrir las consecuencias.	1 2 3 4 5 6
55.	La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1 2 3 4 5 6
56.	Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.	1 2 3 4 5 6
57.	Soy bastante desconfiado respecto a los motivos o intenciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
58.	Me siento alejado o aislado del resto de las personas.	1 2 3 4 5 6

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso.

2 = La mayoría de veces falso.

3 = Apenas más falso que verdadero.

4 = Apenas más verdadero que falso.

5 = La mayoría de veces verdadero.

6 = Me describe perfectamente.

59.	Siento que no soy querible.	1 2 3 4 5 6
60.	No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.	1 2 3 4 5 6
61.	No se puede confiar en mi juicio o criterio en las situaciones cotidianas.	1 2 3 4 5 6
62.	Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.	1 2 3 4 5 6
63.	A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo vida propia.	1 2 3 4 5 6
64.	Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.	1 2 3 4 5 6
65.	Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	1 2 3 4 5 6
66.	Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.	1 2 3 4 5 6
67.	Siento una presión constante para lograr y finalizar las cosas.	1 2 3 4 5 6
68.	Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.	1 2 3 4 5 6
69.	No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten.	1 2 3 4 5 6
70.	Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, me importa obtener reconocimiento y admiración.	1 2 3 4 5 6
71.	No importa lo duro que trabaje, me preocupa arruinar mis finanzas y perderlo casi todo.	1 2 3 4 5 6
72.	No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.	1 2 3 4 5 6
73.	Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	1 2 3 4 5 6
74.	Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que las aparto de mí.	1 2 3 4 5 6
75.	Normalmente estoy pendiente de las intenciones ocultas de los demás.	1 2 3 4 5 6
76.	Siempre me siento poco integrado en los grupos.	1 2 3 4 5 6
77.	En mi hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.	1 2 3 4 5 6
78.	No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que refiere al trabajo (o los estudios).	1 2 3 4 5 6
79.	No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1 2 3 4 5 6
80.	Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.	1 2 3 4 5 6
81.	A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.	1 2 3 4 5 6
82.	Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1 2 3 4 5 6
83.	Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.	1 2 3 4 5 6
84.	La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	1 2 3 4 5 6
85.	No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades y/o buscar excusas para mis errores.	1 2 3 4 5 6
86.	Siento que lo que tengo para ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.	1 2 3 4 5 6
87.	Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis decisiones o propósitos.	1 2 3 4 5 6
88.	Recibir muchos halagos y cumplidos me hace sentir una persona valiosa.	1 2 3 4 5 6
89.	Una decisión equivocada me puede llevar al desastre.	1 2 3 4 5 6
90.	Soy una mala persona que merece ser castigada.	1 2 3 4 5 6

Questionario 2

Instrucciones para el evaluado: Esta es una lista de diferentes cosas que la gente podría decir sobre sí misma. Estamos interesados en como ud. se describiría a sí mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Ud. puede describirse a sí mismo lo más honestamente posible. Nos gustaría que se tome su tiempo, lea cuidadosamente cada afirmación, y seleccione la respuesta que mejor lo describa marcando con una cruz la opción correspondiente.

		Muy falso o casi siempre falso	A veces falso	A veces verdadero	Muy verdadero o casi siempre verdadero
1	La gente me describiría como imprudente.				
2	Siento que actúo de forma totalmente impulsiva.				
3	A pesar de saber lo que es mejor, no puedo parar de tomar decisiones apresuradas.				
4	A menudo siento que nada de lo que hago realmente importa.				
5	Los otros me ven como una persona irresponsable.				
6	No soy bueno para planificar con anticipación.				
7	Mis pensamientos a menudo no tienen sentido para los demás.				
8	Me preocupo por casi todo.				
9	Me pongo emocional o sensible fácilmente, a menudo por pequeños motivos.				
10	Me da miedo estar solo en la vida más que cualquier otra cosa.				
11	Tiendo a seguir haciendo las cosas de determinada manera, incluso cuando es claro que no funciona.				
12	He visto cosas que en verdad no estaban realmente allí.				
13	Me mantengo alejado de las relaciones amorosas.				
14	No estoy interesado en hacer amigos.				
15	Me irrita fácilmente por todo tipo de cosas.				
16	No me gusta tener demasiada cercanía con las personas.				
17	No me hago demasiado problema si he herido los sentimientos de otras personas.				
18	Rara vez me entusiasmo con algo.				
19	Necesito captar la atención de los demás.				
20	A menudo tengo que lidiar con personas que son menos importantes que yo.				
21	A menudo tengo pensamientos que para mí tienen sentido, pero que otras personas dicen que son extraños.				
22	Uso a las personas para obtener lo que deseo.				
23	A veces me "voy de la realidad" y de repente regreso y caigo en la cuenta de que pasó mucho tiempo.				
24	Las cosas a mi alrededor se sienten irreales o más reales que de costumbre.				
25	Me resulta fácil sacar ventaja de los demás.				

Questionario 3

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre MOLESTIAS o PROBLEMAS que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para ello, marque junto a cada afirmación una de las siguientes opciones:

0	1	2	3	4
Si no ha tenido esta molestia en absoluto	Si ha tenido esta molestia un poco presente	Si ha tenido esta molestia moderadamente	Si ha tenido esta molestia bastante	Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente

Observe el siguiente ejemplo: Me cuesta dormir: 0 1 2 **3** 4

La persona ha contestado BASTANTE al ejemplo (rodeando el 3) ya que últimamente ha tenido bastantes problemas para quedarse dormido por las noches.

1	Mi corazón palpita o va muy deprisa.	0	1	2	3	4
2	Me siento triste.	0	1	2	3	4
3	Tengo ganas de romper o destruir algo.	0	1	2	3	4
4	Siento nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
5	Tengo mareos o sensaciones de desmayo.	0	1	2	3	4
6	Me preocupa la dejadez y el descuido.	0	1	2	3	4
7	Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago.	0	1	2	3	4
8	Me cuesta tomar decisiones.	0	1	2	3	4
9	Me irrito o enfado por cualquier cosa.	0	1	2	3	4
10	Siento miedo en la calle o en espacios abiertos.	0	1	2	3	4
11	Tengo dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
12	Me siento decaído o falta de fuerzas.	0	1	2	3	4
13	Me despierto de madrugada.	0	1	2	3	4
14	Duermo inquieto o me despierto mucho por la noche.	0	1	2	3	4
15	Doy vueltas a palabras o ideas que no consigo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4
16	Me siento incómodo o vergonzoso cuando estoy en reuniones o con gente.	0	1	2	3	4
17	Me vienen ideas de acabar con mi vida.	0	1	2	3	4
18	Tengo miedo sin motivo.	0	1	2	3	4
19	Tengo molestias digestivas o náuseas.	0	1	2	3	4
20	Siento hormigueo o se me duerme alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
21	Veó mi futuro sin esperanza.	0	1	2	3	4
22	Me da miedo estar solo.	0	1	2	3	4
23	Tengo ataques de ira que no puedo controlar.	0	1	2	3	4
24	Me siento incomprendido o que no me hacen caso.	0	1	2	3	4
25	Me da miedo salir de casa solo.	0	1	2	3	4
26	Me parece que otras personas me observan o hablan de mí.	0	1	2	3	4
27	Me cuesta dormir.	0	1	2	3	4
28	Tengo sentimientos de culpa.	0	1	2	3	4
29	Me siento incómodo comiendo o bebiendo en público.	0	1	2	3	4
30	Me siento herido con facilidad.	0	1	2	3	4
31	Me siento incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
32	No siento interés por nada.	0	1	2	3	4
33	Tengo manías de repetir cosas innecesariamente (tocar algo, lavarme, comprobar algo, etc.).	0	1	2	3	4
34	Me vienen ideas o imágenes que me dan miedo.	0	1	2	3	4
35	Me siento temeroso.	0	1	2	3	4
36	Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hago bien.	0	1	2	3	4
37	Me siento solo.	0	1	2	3	4

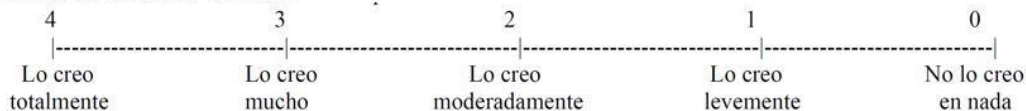
0	1	2	3	4
Si no ha tenido esta molestia en absoluto	Si ha tenido esta molestia un poco presente	Si ha tenido esta molestia moderadamente	Si ha tenido esta molestia bastante	Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente

38	Me siento inferior a los demás.	0	1	2	3	4
39	Lloro con facilidad.	0	1	2	3	4
40	Me siento solo aunque tenga compañía.	0	1	2	3	4
41	Me da por gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
42	Me siento inútil o poco valioso.	0	1	2	3	4
43	Me duelen los músculos.	0	1	2	3	4
44	Discuto con frecuencia.	0	1	2	3	4
45	Tengo dolores en el corazón o pecho.	0	1	2	3	4
46	Me dan ahogos o me cuesta respirar.	0	1	2	3	4
47	Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo.	0	1	2	3	4
48	Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
49	Siento que todo requiere un gran esfuerzo.	0	1	2	3	4
50	Tengo presentimientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4

Questionario 4

INSTRUCCIONES: Por favor lea las afirmaciones que aparecen a continuación, y evalúe que tanto cree en cada una de ellas. Trate de calcular cómo se siente LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO frente a cada afirmación.

OPCIONES DE RESPUESTA:



1.	Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.	4	3	2	1	0
2.	Debo evitar a toda costa sentimientos desagradables.	4	3	2	1	0
3.	Si las personas se comportan de forma amigable, quizás traten de usarme o explotarme.	4	3	2	1	0
4.	Busco no ser dominado por personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservo su aprobación y aceptación.	4	3	2	1	0
5.	No puedo tolerar sentimientos desagradables.	4	3	2	1	0
6.	Las imperfecciones, los defectos o los errores son intolerables.	4	3	2	1	0
7.	Con frecuencia, los demás son demasiado exigentes.	4	3	2	1	0
8.	Debería ser el centro de atención.	4	3	2	1	0
9.	Si no soy sistemático, todo se derrumbará.	4	3	2	1	0
10.	Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho.	4	3	2	1	0
11.	Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.	4	3	2	1	0
12.	Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.	4	3	2	1	0
13.	Si no me mantengo alerta, los otros intentarán usarme o manipularme.	4	3	2	1	0
14.	La gente actúa por motivos ocultos.	4	3	2	1	0

4	3	2	1	0
----- ----- ----- ----- -----				
Lo creo totalmente	Lo creo mucho	Lo creo moderadamente	Lo creo levemente	No lo creo en nada

15.	Ser abandonado es lo peor que me podría pasar.	4	3	2	1	0
16.	Los demás deberían reconocer lo especial que soy.	4	3	2	1	0
17.	Los demás intentarán menospreciarme a propósito.	4	3	2	1	0
18.	Necesito que los demás me ayuden a tomar decisiones diciéndome qué hacer.	4	3	2	1	0
19.	Los detalles son extremadamente importantes.	4	3	2	1	0
20.	Si considero a la gente muy mandona, tengo derecho a no tener en cuenta sus exigencias.	4	3	2	1	0
21.	Las figuras con autoridad tienden a ser impertinentes, exigentes, entrometidas y controladoras.	4	3	2	1	0
22.	La forma en que consigo lo que quiero es impresionando o divirtiendo a la gente.	4	3	2	1	0
23.	Debo hacer lo que sea para poderme salir con la mía.	4	3	2	1	0
24.	Si los demás descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.	4	3	2	1	0
25.	Las relaciones son complicadas e interfieren con la libertad.	4	3	2	1	0
26.	Solo me comprenden las personas tan brillantes como yo.	4	3	2	1	0
27.	Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato especial y a privilegios.	4	3	2	1	0
28.	Es importante para mí ser libre e independiente de los demás.	4	3	2	1	0
29.	En muchas ocasiones, estoy mucho mejor si me dejan solo.	4	3	2	1	0
30.	Es necesario ceñirse siempre a los estándares más altos, de lo contrario todo se vendrá abajo.	4	3	2	1	0
31.	Los sentimientos desagradables aumentarán y se volverán incontrolables.	4	3	2	1	0
32.	Vivimos en una selva y el más fuerte es quien sobrevive.	4	3	2	1	0
33.	Debería evitar situaciones en las que llamo la atención, o ser lo más discreto posible.	4	3	2	1	0
34.	Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.	4	3	2	1	0
35.	Si quiero algo, debería hacer lo que sea necesario para conseguirlo.	4	3	2	1	0
36.	Es mejor estar solo que sentirme "pegado" a otras personas.	4	3	2	1	0
37.	Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.	4	3	2	1	0
38.	Me golpearán si no golpeo primero.	4	3	2	1	0
39.	Cualquier señal de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto, debería terminar.	4	3	2	1	0
40.	Si no me desempeño al más alto nivel, fracasaré.	4	3	2	1	0
41.	Establecer plazos, satisfacer requerimientos, y adaptarme a los demás son golpes directos a mi orgullo y auto-suficiencia.	4	3	2	1	0
42.	He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.	4	3	2	1	0
43.	Si la gente se acerca a mí, descubrirá mi yo "real" y me rechazarán.	4	3	2	1	0
44.	Soy una persona necesitada y débil.	4	3	2	1	0

4	3	2	1	0
----- ----- ----- -----				
Lo creo totalmente	Lo creo mucho	Lo creo moderadamente	Lo creo levemente	No lo creo en nada

45.	Cuando me dejan solo, quedo indefenso.	4 3 2 1 0
46.	Otras personas deberían satisfacer mis necesidades.	4 3 2 1 0
47.	Si sigo las reglas de la forma en que la gente lo espera, limitaré mi libertad de acción.	4 3 2 1 0
48.	Las personas se aprovecharán de mí si les doy la oportunidad.	4 3 2 1 0
49.	Tengo que estar en guardia todo el tiempo.	4 3 2 1 0
50.	Mi privacidad es mucho más importante para mí que la cercanía con la gente.	4 3 2 1 0
51.	Las reglas son arbitrarias y me asfixian.	4 3 2 1 0
52.	Es horrible que la gente me ignore.	4 3 2 1 0
53.	No me importa lo que piensan los demás.	4 3 2 1 0
54.	Necesito que los demás me pongan atención para ser feliz.	4 3 2 1 0
55.	Si entretengo a la gente, no notarán mis debilidades.	4 3 2 1 0
56.	Necesito a alguien que esté siempre a mi lado para que me ayude en caso de que algo salga mal.	4 3 2 1 0
57.	Cualquier imperfección o defecto en mi desempeño podría llevar a la catástrofe.	4 3 2 1 0
58.	Como soy tan talentoso, la gente debería preocuparse por promocionarme.	4 3 2 1 0
59.	Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.	4 3 2 1 0
60.	A mí no me obligan las reglas que aplican para los demás.	4 3 2 1 0
61.	La fuerza o la astucia es la mejor manera de hacer las cosas.	4 3 2 1 0
62.	Debo tener acceso a la persona que me apoya todo el tiempo.	4 3 2 1 0
63.	Estoy básicamente solo – a menos que me pueda apegar a una persona más fuerte.	4 3 2 1 0
64.	No puedo confiar en los demás.	4 3 2 1 0
65.	No puedo resolver las cosas tan bien como lo hacen los demás.	4 3 2 1 0

Questionario 5

Instrucciones: Por favor responda a los siguientes ítems teniendo en cuenta como se ha sentido en el último mes. Responda en base a la siguiente escala marcando con un círculo.

Nunca	Una o dos veces	Una vez a la semana	Dos o tres veces a la semana	Casi todos los días	Todos los días
0	1	2	3	4	5

En el último mes cuantas veces usted se ha sentido o ha sentido...	
1. ... feliz.	0 1 2 3 4 5
2. ... interesado por su vida.	0 1 2 3 4 5
3. ... satisfecho.	0 1 2 3 4 5
4. ... que tenía algo importante para contribuir con la sociedad.	0 1 2 3 4 5
5. ... que ha formado parte de una comunidad (como un grupo social, vecindario o ciudad).	0 1 2 3 4 5
6. ... que nuestra sociedad se está convirtiendo en un mejor lugar para la gente.	0 1 2 3 4 5
7. ... que la gente es buena.	0 1 2 3 4 5
8. ... que está bien la forma en que funciona la sociedad.	0 1 2 3 4 5
9. ... que le agrada casi todo de su personalidad.	0 1 2 3 4 5
10. ... que ha manejado bien las responsabilidades diarias.	0 1 2 3 4 5
11. ... que tiene relaciones cálidas y confiables con las personas.	0 1 2 3 4 5
12. ... que ha tenido experiencias que lo han desafiado a crecer y convertirse en mejor persona.	0 1 2 3 4 5
13. ... seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones.	0 1 2 3 4 5
14. ... que su vida tiene dirección o sentido.	0 1 2 3 4 5

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: 2. Sexo: Hombre Mujer 3. Nacionalidad:

4. Ciudad dónde vive: 5. Barrio:

6. Estado Civil: (Marque una sola opción)

Soltero/a	En Pareja	Concubino/a	Casado/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Ocupación: (Marque una sola opción)

Ama de casa	No busco trabajo	Desempleado/a	Empleo Inestable	Empleo Estable	Trabajo Independiente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Nivel Educativo Máximo Logrado: (Marque una sola opción)

Posgrado/Maestría/ Doctorado	Universitario	Carrera Técnica/ UTU	Secundaria	Primaria
COMPLETO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INCOMPLETO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Carrera: 10. Año que cursa:

11. Número de personas que viven en su hogar: (Marque una sola opción)

Una	Dos o tres	Cuatro	Cinco o más
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Número de personas que son responsables del ingreso familiar: (Marque una sola opción)

Una	Dos	Tres	Más de tres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Nivel educativo máximo logrado por el/la jefe/a de Hogar: (Marque una sola opción)

Posgrado	Universitario/ Magisterio/ Profesorado completo	Universitario/ Magisterio/ Profesorado incompleto	Secundaria/ UTU completa o incompleta	Primaria completa y menos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Asistencia de Salud del jefe/a de Hogar: (Marque una sola opción)

MSP/BPS/ASSE Policlínica Municipal	Hospital Militar/ Policial	Mutualistas / Cooperativas	Seguro Médico Privado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Cantidad de ítems presentes en su hogar: (Indique el número)

Baño	Automóvil	TV Color	Heladera y/o Freezer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

17. Señale si en su hogar cuenta con servicio doméstico: (Marque una sola opción)

Sí, por hora (menos de 5 días en 1 semana)	Sí, todos los días	Sí, con cama	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. ¿Alguna vez ha concurrido a terapia*? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. ¿Actualmente concurre a terapia*? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

20. ¿Cuánto tiempo hace que está en terapia*? (Marque una sola opción)

Menos de 1 año	Entre 1 y 3 años	Más de 3 años	No aplica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Terapia: Abordaje psicológico o psicoterapia de cualquier corriente

21. ¿Alguna vez ha concurrido a médico psiquiatra? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. ¿Actualmente concurre a médico psiquiatra? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

23. ¿Actualmente toma medicación recetada por un médico psiquiatra? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. ¿En los últimos 3 años ha recibido alguno de los siguientes diagnósticos?

Depresión	Bipolaridad	Trastorno de Ansiedad	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Trastorno de Alimentación	Trastorno por Adicción	Trastorno de Personalidad	Otro (especifique)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25. Indique, cuál de los diagnósticos mencionados cree ud. que es el principal que presenta en la actualidad: _____

PREVIO A ENTREGAR EL CUADERNILLO AGRADECEMOS REVISE SI FALTA INFORMACIÓN, SUS DATOS SON MUY IMPORTANTES PARA ESTA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Ficha Sociodemográfica

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: 2. Sexo: Hombre Mujer 3. Nacionalidad:

4. Ciudad dónde vive: 5. Barrio:

6. Estado Civil: (Marque una sola opción)

Soltero/a	En Pareja	Concubino/a	Casado/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ocupación: (Marque una sola opción)

Ama de casa	No busco trabajo	Desempleado/a	Empleo Inestable	Empleo Estable	Trabajo Independiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Nivel Educativo Máximo Logrado: (Marque una sola opción)

Posgrado/Maestría/Doctorado	Universitario	Carrera Técnica/UTU	Secundaria	Primaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Carrera: 10. Año que cursa:

11. Número de personas que viven en su hogar: (Marque una sola opción)

Una	Dos o tres	Cuatro	Cinco o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Número de personas que son responsables del ingreso familiar: (Marque una sola opción)

Una	Dos	Tres	Más de tres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nivel educativo máximo logrado por el/la jefe/a de Hogar: (Marque una sola opción)

Posgrado	Universitario/Magisterio/Profesorado completo	Universitario/Magisterio/Profesorado incompleto	Secundaria/UTU completa o incompleta	Primaria completa y menos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Asistencia de Salud del jefe/a de Hogar: (Marque una sola opción)

MSP/BPS/ASSE Policlínica Municipal	Hospital Militar/ Policial	Mutualistas / Cooperativas	Seguro Médico Privado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Cantidad de ítems presentes en su hogar: (Indique el número)

Baño	Automóvil	TV Color	Heladera y/o Freezer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Señale si en su hogar cuenta con servicio doméstico: (Marque una sola opción)

Sí, por hora (menos de 5 días en 1 semana)	Sí, todos los días	Sí, con cama	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Alguna vez ha concurrido a terapia*? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Actualmente concurre a terapia*? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Cuánto tiempo hace que está en terapia*? (Marque una sola opción)

Menos de 1 año	Entre 1 y 3 años	Más de 3 años	No aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Terapia: Abordaje psicológico o psicoterapia de cualquier corriente

21. ¿Alguna vez ha concurrido a médico psiquiatra? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Actualmente concurre a médico psiquiatra? (Marque una sola opción)

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREVIO A ENTREGAR EL CUADERNILLO AGRADECEMOS REVISE SI FALTA INFORMACIÓN, SUS DATOS SON MUY IMPORTANTES PARA ESTA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Ficha Sociodemográfica

Apéndice B

Tabla 59
Ítems modificados del YSQ-S3

EDT	Dominio (Young, 2003)	Ítems versión original (Young, 2005)	Ítems versión española (Cid & Torrubia, 2006)	Ítems modificados (presente estudio)	Ítems en YSQ-SF (75 ítems)
Abandono	1	2. I find myself clinging to people I'm close to because I'm afraid they'll leave me.	2. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.	2. Me aferro mucho a las personas cercanas porque tengo miedo que me abandonen.	6
Desconfianza	1	3. I feel that people will take advantage of me.	3. Presiento que la gente se aprovechará de mí.	3. Siento que la gente se aprovechará de mí.	11
Aislamiento Social	1	4. I don't fit in.	4. No me aceptan en ningún lugar.	4. No encajo en ningún lugar.	16
Fracaso	2	6. Almost nothing I do at work (or school) is as good as other people can do.	6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en lo académico) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	26
Subyugación	2	10. I think that if I do what I want, I'm only asking for trouble.	10. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me encontraré problemas.	10. Pienso que si hago lo que quiero en vez de hacer lo que quieren los demás, me encontraré en problemas.	46
Inhibición Emocional	5	12. I am too self-conscious to show positive feelings to others (e.g., affection, showing I care).	12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...).	12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, interés, preocupación...).	56
Metas Inalcanzables	5	13. I must be the best at most of what I do; I can't accept second best.	13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.	13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo ser el segundo mejor.	61
Grandiosidad	3	14. I have a lot of trouble accepting "no" for an answer when I want something from other people.	14. Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	14. Me cuesta mucho aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	66

Continuación Tabla 59

EDT	Dominio (Young, 2003)	Ítems versión original (Young, 2005)	Ítems versión española (Cid & Torrubia, 2006)	Ítems modificados (presente estudio)	Ítems en YSQ-SF (75 ítems)
Insuficiente Autocontrol	3	15. I can't seem to discipline myself to complete most routine or boring tasks.	15. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	15. Parece que no puedo disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	71
Pesimismo	5	17. Even when things seem to be going well, I feel that it is only temporary.	17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.	17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es solamente algo temporal.	x
Apego Fusionado	2	27. My parent(s) and I tend to be over-involved in each other's lives and problems.	27. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.	27. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en los suyos.	42
Inhibición Emocional	5	30. I find it embarrassing to express my feelings to others.	30. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	30. Me da vergüenza tener que expresar mis sentimientos a los demás.	57
Búsqueda Aprobación	4	34. Accomplishments are most valuable to me if other people notice them.	34. Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	34. Los logros son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	x
Castigo	5	36. If I don't try my hardest, I should expect to lose out.	36. Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor.	36. Si no lo intento con todas mis fuerzas, merecería ser un perdedor.	x
Abandono	1	38. I worry that people I feel close to will leave me or abandon me.	38. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.	38. Me preocupa que las personas cercanas a mí, me dejen o me abandonen.	8
Subyugación	4	46. In relationships, I usually let the other person have the upper hand.	46. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	46. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa para no salir perjudicado.	48

Continuación Tabla 59

EDT	Dominio (Young, 2003)	Ítems versión original (Young, 2005)	Ítems versión española (Cid & Torrubia, 2006)	Ítems modificados (presente estudio)	Ítems en YSQ-SF (75 ítems)
Grandiosidad	3	50. I hate to be constrained or kept from doing what I want.	50. Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.	50. Odio que me contradigan, limiten o no se me deje hacer exactamente lo que yo quiero.	68
Búsqueda Aprobación	4	52. Unless I get a lot of attention from others, I feel less important.	52. Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importante	52. Si no recibo mucha atención de los demás, me siento menos importante.	x
Pesimismo	5	53. You can't be too careful; something will almost always go wrong.	53. No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.	53. Aunque tenga mucho cuidado, casi siempre algo saldrá mal.	x
Castigo	5	54. If I don't do the job right, I should suffer the consequences.	54. Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.	54. Si no hago un buen trabajo, debería sufrir las consecuencias.	x
Desconfianza	1	57. I am quite suspicious of other people's motives.	57. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.	57. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos o intenciones de los demás.	14
Defectuosidad	1	59. I feel that I'm not lovable.	59. Siento que no soy simpático.	59. Siento que no soy querible.	24
Dependencia	2	61. My judgment cannot be counted on in everyday situations.	61. No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.	61. No se puede confiar en mi juicio o criterio en las situaciones cotidianas.	34
Metas Inalcanzables	5	67. I feel that there is constant pressure for me to achieve and get things done.	67. Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.	67. Siento una presión constante para lograr y finalizar las cosas.	64

Continuación Tabla 59

EDT	Dominio (Young, 2003)	Ítems versión original (Young, 2005)	Ítems versión española (Cid & Torrubia, 2006)	Ítems modificados (presente estudio)	Ítems en YSQ-SF (75 ítems)
Insuficiente Autocontrol	3	69. I can't force myself to do things I don't enjoy, even when I know it's for my own good.	69. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.	69. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten.	74
Búsqueda Aprobación	4	70. If I make remarks at a meeting, or am introduced in a social situation, it's important for me to get recognition and admiration.	70. Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mi obtener el reconocimiento y la admiración.	70. Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, me importa obtener reconocimiento y admiración.	x
Pesimismo	5	71. No matter how hard I work, I worry that I could be wiped out financially and lose almost everything.	71. No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.	71. No importa lo duro que trabaje, me preocupa arruinar mis finanzas y perderlo casi todo.	x
Desconfianza	1	75. I'm usually on the lookout for people's ulterior or hidden motives.	75. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	75. Normalmente estoy pendiente de las intenciones ocultas de los demás.	15
Metas Inalcanzables	5	85. I can't let myself off the hook easily or make excuses for my mistakes.	85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.	85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades y/o buscar excusas para mis errores.	65
Insuficiente Autocontrol	3	87. I have rarely been able to stick to my resolutions.	87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.	87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis decisiones o propósitos.	75
Búsqueda Aprobación	4	88. Lots of praise and compliments make me feel like a worthwhile person.	88. Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.	88. Recibir muchos halagos y cumplidos me hace sentir una persona valiosa.	x
Pesimismo	5	89. I worry that a wrong decision could lead to disaster.	89. Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar al desastre.	89. Una decisión equivocada me puede llevar al desastre.	x

Apéndice C

Tabla 60
Modelos de agrupación de EDTs en Dominios

MODELOS	Modelo Teórico Young (1990)	Smidth et al. (1995)	Lee et al. (1999)	Modelo Teórico Young (2003)	Cecero et al. (2004)	Calvete et al. I (2005)	Hoffart et al. (2006)
Dominios	5	3	4	5		3	4
<i>País</i>	USA	USA	Australia	USA	USA	España	Noruega
<i>Tipo de Muestra</i>	N/A	Universitarios	Clínica	N/A	Universitarios		Clínica
<i>Tamaño Muestral</i>	N/A	1129	433	N/A	292	407	871
<i>Método de análisis factorial</i>	N/A	AFE/MCP	AFE	N/A	AFE	AFE	AFC
<i>Detalle análisis factorial</i>	N/A	MCP / Varimax	MCP / Varimax	N/A	MCP - Oblimin	MCP / Varimax / ML	ML
<i>Cuestionario Usado</i>	N/A	YSQ-LF	YSQ-LF	N/A	YSQ-S	YSQ-S	YSQ-S
<i>Nº EDTs (Nº ítems)</i>	16	16 (205)	16 (205)	15-18	15 (75)	15 (75)	15 (75)
<i>Abandono</i>	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Autonomía	Autonomía	Autonomía
<i>Desconfianza</i>	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión
<i>Privación emocional</i>	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión
<i>Defectuosidad/Vergüenza</i>	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	N/A	Desconexión	Desconexión
<i>Aislamiento Social</i>	Desconexión	N/A	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión	Desconexión
<i>Dependencia</i>	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Otros - Sobrevigilancia	Autonomía	Autonomía
<i>Vulnerabilidad al daño</i>	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía
<i>Apego/Identidad Fusionada</i>	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía
<i>Fracaso</i>	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía	Autonomía
<i>Grandiosidad</i>	Límites	N/A	Límites	Límites	Límites	Estándares - Sobrecontrol	Límites
<i>Insuficiente autocontrol</i>	Límites	N/A	Límites	Límites	Otros - Sobrevigilancia	Autonomía	Autonomía
<i>Subyugación</i>	Otros	N/A	Autonomía	Otros	Autonomía	Autonomía	Autonomía
<i>Autosacrificio</i>	Otros	Sobrevigilancia	Sobrevigilancia	Otros	Otros - Sobrevigilancia	Estándares - Sobrecontrol	Sobrevigilancia
<i>Búsqueda Aprobación</i>	Otros	N/A	N/A	Otros	N/A	N/A	N/A
<i>Pesimismo</i>	Sobrevigilancia	N/A	N/A	Sobrevigilancia	N/A	N/A	N/A
<i>Inhibición Emocional</i>	Sobrevigilancia	Desconexión	Desconexión	Sobrevigilancia	Desconexión	Desconexión	Desconexión
<i>Metas Inalcanzables</i>	Sobrevigilancia	Sobrevigilancia	Sobrevigilancia	Sobrevigilancia	Otros - Sobrevigilancia	Estándares - Sobrecontrol	Sobrevigilancia
<i>Castigo</i>	Sobrevigilancia	N/A	N/A	Sobrevigilancia	N/A	N/A	N/A

Continuación Tabla 60

MODELOS	Soygut et al. (2009)	Saariaho et al. I (2010)	Saariaho et al. I (2010)	Saritas & Gençöz (2011)	Csulky et al. (2011)	Ball et al. (2012)
Dominios	5	2	3	3	4	4
<i>País</i>	Turquía	Finlandia	Finlandia	Turquía	Hungría	USA
<i>Tipo de Muestra</i>		Clínica - Dolor Crónico	Adultos	Adolescentes (15-18)	Clínica - Depresivos	Clínica - Abuso Sustancia
<i>Tamaño Muestral</i>	1071	271	331	356	107	908
<i>Método de análisis factorial</i>	AFE	AFE	AFE	AFE	AFE	AFE / AFC
<i>Detalle análisis factorial</i>	MCP / Equamax	MCP / Promax	MCP / Promax	MCP / Varimax	MCP / Varimax	Varimax/ ML
<i>Cuestionario Usado</i>	YSQ-S3	YSQ-S3	YSQ-S3	YSQ-S3	YSQ-LF	YSQ-S Research (Likert 1-4)
<i>Nº EDTs Evaluados</i>	18 (90)	18 (90)	17 (90)	18 (90)	19 (240)	15 (75)
<i>Abandono</i>	Autonomía	Perdedor	-	Autonomía - Otros	Factor 1 - Factor 2	Dependencia Interpersonal
<i>Desconfianza</i>	Desconexión	Perdedor	Solitario	Desconexión	Factor 2 - Factor3	Desapego Interpersonal
<i>Privación emocional</i>	Desconexión	Perdedor	Solitario	Desconexión	Factor 3	Desapego Interpersonal
<i>Defectuosidad/Vergüenza</i>	Desconexión	Perdedor	En peligro	Desconexión	Factor 1 - Factor 3	Desapego Interpersonal
<i>Aislamiento Social</i>	Desconexión	Perdedor	Solitario	Desconexión	Factor 1 - Factor 3	Desapego Interpersonal
<i>Dependencia</i>	Autonomía	Perdedor	En peligro	Autonomía - Otros	Factor1	Dependencia Interpersonal
<i>Vulnerabilidad al daño</i>	Autonomía	Perdedor	En peligro	Autonomía - Otros	Factor 4	Dependencia Interpersonal
<i>Apego/Identidad Fusionada</i>	Autonomía	Perdedor	En peligro	Autonomía - Otros	Factor1	Impulsivo/Explotador
<i>Fracaso</i>	Autonomía	Perdedor	En peligro	Desconexión	Factor1	Dependencia Interpersonal
<i>Grandiosidad</i>	Límites	Sobrecargado	Sobrecargado	Límites - Estándares	Factor2	Impulsivo/Explotador
<i>Insuficiente autocontrol</i>	Límites	Perdedor	En peligro	Límites - Estándares	Factor 2 - Factor 4	Perfeccionismo
<i>Subyugación</i>	N/A	Sobrecargado	En peligro	Autonomía - Otros	Factor 1 - Factor 4	Dependencia Interpersonal
<i>Autosacrificio</i>	Otros	Sobrecargado	Sobrecargado	Autonomía - Otros	Factor 4	Perfeccionismo
<i>Búsqueda Aprobación</i>	Estándares	Sobrecargado	Sobrecargado	Límites - Estándares	Factor 1 - Factor 4	N/A
<i>Pesimismo</i>	Autonomía	Sobrecargado	En peligro	Límites - Estándares	Factor 1 - Factor 3	N/A
<i>Inhibición Emocional</i>	Desconexión	Perdedor	Solitario	Desconexión	Factor 1 - Factor 3	Desapego Interpersonal
<i>Metas Inalcanzables</i>	Estándares	Sobrecargado	Sobrecargado	Límites - Estándares	Factor 4	Perfeccionismo
<i>Castigo</i>	Otros	Sobrecargado	Sobrecargado	Límites - Estándares	Factor 2 - Factor 4	N/A

Continuación Tabla 60

MODELOS	Kriston et al. (2012)	Calvete et al. II (2013)	Modelo Teórico (2014)	Bach et al. (2015)	S. J Lee et al. (2015)	Lavergne et al. (2015)	Cid, J. (2016)
Dominios	Prueba Modelos 2º Orden	3	4	Prueba Modelo Teórico II	Prueba Modelo Teórico II (1º orden)	Encuentra 5 dominios (relación con NEO)	Prueba Modelos de 1º y 2º Orden
País	Alemania	España	USA	Dinamarca	Corea	Francia	España
Tipo de Muestra	Universitarios/Clinica	Universitarios	N/A	Clinica/No clinica	Graduados Medicina	Clinica - Practica privada	Clinica
Tamaño Muestral	1132	971	N/A	567 (176-391)	542	294	610
Método de análisis factorial	AFC	AFE / AFC	Revisión	AFC	AFC	AFE	AFC
Detalle análisis factorial	ML	MCP /Varimax /	N/A	ML	ML	MCP /	ML
Cuestionario Usado	YSQ-S3	YSQ-S3		YSQ-S3	YSQ-S3	YSQ-S3	YSQ-SF
Nº EDTs Evaluados	18 (90)	18 (90)	15	18 (90)	18 (90)	18 (90)	15 (75)
Abandono	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Desconfianza	N/A	Desconexión	Desconexión	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Privación emocional	N/A	Desconexión	Desconexión	N/A	N/A	Evitativo	N/A
Defectuosidad/Vergüenza	N/A	Desconexión	Desconexión	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Aislamiento Social	N/A	Desconexión	Desconexión	N/A	N/A	Evitativo	N/A
Dependencia	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Vulnerabilidad al daño	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Apego/Identidad Fusionada	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Fracaso	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Grandiosidad	N/A	Factor III	Límites	N/A	N/A	Quitar	N/A
Insuficiente autocontrol	N/A	Autonomía	Límites	N/A	N/A	Quitar	N/A
Subyugación	N/A	Autonomía	Autonomía	N/A	N/A	Conciencia	N/A
Autosacrificio	N/A	Factor III	Responsabilidad / Estándares	N/A	N/A	Dar	N/A
Búsqueda Aprobación	N/A	Factor III	Sin Clasificar	N/A	N/A	Quitar	N/A
Pesimismo	N/A	Factor III	Sin Clasificar	N/A	N/A	Fe/confianza	N/A
Inhibición Emocional	N/A	Desconexión	Desconexión	N/A	N/A	Evitativo	N/A
Metas Inalcanzables	N/A	Factor III	Responsabilidad / Estándares	N/A	N/A	Fe/confianza	N/A
Castigo	N/A	Factor III	Sin Clasificar	N/A	N/A	Fe/confianza	N/A

Nota: Autonomía = Perjuicio en Autonomía; Límites = Límites Insuficientes; Otros = Orientación a Otros; Sobrevigilancia = Sobrevigilancia e Inhibición; Desconexión = Desconexión y Rechazo; Estándares = Estándares exagerados. Adaptado de "The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized into Domains?", por K. Levente, J Schafer, A von Wolff Harter y L Holzel (2012), *Journal of Clinical Psychology*, 68, p. 686-687. Copyright 2012 por Wiley Periodicals, Inc.

Apéndice D

Tabla 61

Coeficientes alfa de Cronbach y Omega de McDonald EDTs (ambas muestras).

Escala /EDT	Universitarios		Pacientes	
	Alfa α	Omega ω^*	Alfa α	Omega ω^*
Abandono	.81	.82	.83	.84
Desconfianza	.81	.82	.84	.84
Privación emocional	.81	.82	.78	.78
Defectuosidad/Vergüenza	.75	.77	.85	.85
Aislamiento Social	.82	.83	.84	.85
Dependencia	.67	.69	.80	.81
Vulnerabilidad al Daño	.71	.72	.65	.69
Apego/Identidad Fusionada	.67	.68	.65	.66
Fracaso	.84	.84	.87	.88
Grandiosidad	.65	.65	.67	.67
Insuficiente Autocontrol	.66	.67	.64	.65
Subyugación	.75	.76	.74	.74
Autosacrificio	.77	.78	.76	.76
Búsqueda Aprobación	.81	.81	.75	.76
Pesimismo	.77	.78	.84	.84
Inhibición Emocional	.82	.83	.53	.54
Metas Inalcanzables	.70	.71	.53	.55
Castigo	.75	.76	.79	.79

*Coeficiente Omega de McDonald (ω) fue calculado mediante el programa estadístico JASP (versión 0.8.3.1).

Tabla 62

Coeficientes alfa de Cronbach y Omega de McDonald Dominios (ambas muestras).

Dominio	Nombre	Universitarios		Pacientes	
		α	ω^*	α	ω^*
Dominio 1	Desconexión y Rechazo	.92	.92	.92	.92
Dominio 2	Perjuicio en Autonomía	.85	.86	.86	.87
Dominio 3	Límites Insuficientes	.75	.75	.73	.74
Dominio 4	Direccionado a Otros	.83	.84	.80	.81
Dominio 5	Sobrevigilancia/Inhibición	.86	.86	.84	.85

*Coeficiente Omega de McDonald (ω) fue calculado mediante el programa estadístico JASP (versión 0.8.3.1).