

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
HUMANA



ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS EN
ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA

PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:
ANTHONY JOHN ERIK COPEZ LONZOY

LIMA – PERÚ

2016

Dedicatoria

Dedicado con mucho amor y cariño
a toda mi familia, quienes me llenan
de fuerzas para seguir adelante

Agradecimientos

En el presente trabajo a desarrollar me gustaría dejar constancia en estas primeras líneas de mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que contribuyeron de manera directa e indirecta en él.

Quisiera dar las gracias al Dr. Walter Capa Luque, mi asesor en esta tesis, por su labor de guía y orientación continuo desde el primer momento.

También quiero expresar mi gratitud al profesor y amigo Dr. Miguel Vallejos Flores quien fue guía para esta investigación teniendo conocimiento sobre la variable de estudio así como las problemáticas inherentes sobre la misma.

Finalmente a la Universidad Alas Peruanas por darme la oportunidad de realizar mis estudios, incluyendo aquí de modo especial a todos aquellos profesores y profesoras, compañeros y compañeras, que me han ayudado y continúan haciéndolo en mi formación.

También, quizás nada de esto hubiera sido posible si no hubiese tenido la compañía de mis amigos, tanto para los buenos momentos de ocio y diversión, como para otros más difíciles que nos ha tocado vivir.

Por todo ello, muchas gracias a todos, desde los que están más cerca y tengo la suerte de verlos más a menudo como los que a pesar de estar más lejos, yo los siento cerca.

Resumen

La presente investigación utiliza un método cuantitativo, de tipo descriptivo y tiene como objetivo principal identificar y describir los esquemas disfuncionales tempranos en estudiantes universitario de una universidad privada de Lima Metropolitana. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 295 estudiantes, cuyas edades oscilan entre 18 a 30 años, pertenecientes a diferentes niveles de estudio dentro de la misma carrera; además, se analizaron variables sociodemográficas como: grado de sexo, nivel de estudios y composición familiar. La prueba que se utilizó fue el Cuestionario de esquemas de Young-versión reducida (YSQ-SF), aplicado de forma grupal y procesado con el programa SPSS 21 y FACTOR 10.0. Los resultados mostraron que los esquemas son más frecuentes, están presentes en la categoría nivel básico de estudio hasta un (32%), las mujeres presentan esquemas disfuncionales en la mayoría de las dimensiones en comparación a los hombres la diferencia solo es en la dimensión Límites deteriorados (23.2%) finalmente se describe la composición familiar encontrándose menor presencia de esquemas en la categoría con ambos padres (78.4%) y padrastro o madrastra (83.3%)

Palabras clave: Esquemas disfuncionales tempranos, estudiantes universitarios, composición familiar, niveles de estudio

Abstract

This research uses a quantitative approach, descriptive and its main objective to identify and describe the early dysfunctional schemas in university students from a private university in Lima. The sample was not random and consisted of 295 students, ranging in age from 18 to 30 years, belonging to different levels of study within the same race; degree of sex, education level and family composition: addition, sociodemographic variables and analyzed. The test used was the Questionnaire schemes Young-reduced version (YSQ-SF), applied as a group and processed with SPSS 10.0 software 21 and FACTOR. The results showed that the schemes are more common, are present in the entry-level category of study to a (32%), women have dysfunctional patterns in most dimensions compared to men the difference is only in the Boundaries dimension impaired (23.2%) finally family composition described finding smaller presence in the category of schemes with both parents (78.4%) and stepparent (83.3%)

Keywords: early dysfunctional schemas, university students, family composition, levels of study

Índice

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Delimitación de la investigación	15
1.2.1 Delimitación temporal	15
1.2.2 Delimitación geográfica	16
1.2.3 Delimitación social	16
1.3 Problema principal	16
1.4 Objetivos de la investigación	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 Justificación de la investigación	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.1.1. Nacionales	20
2.1.2. Internacionales	21
2.2 Modelo teórico explicativo de los esquemas disfuncionales disfuncionales tempranos	24
2.2.1 Definición conceptual de la variable	25
2.2.2 Dimensiones	27
2.2.3. Esquemas condicionales versus incondicionales	32
2.2.4 Biología de los Esquemas disfuncionales	32
2.2.6. Los estilos de afrontamiento disfuncionales	33
2.2.7 Implicancia de los esquemas disfuncionales	

tempranos en universitarios	35
2.2.7 Composición Familiar y Esquemas disfuncionales	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de la investigación	39
3.2 Diseño de la investigación	39
3.3 Población y muestra de la investigación	39
3.3.1 Población	39
3.3.2 Muestra	39
3.4 Variables, dimensiones e indicadores	41
3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	41
3.5.1 Técnicas	41
3.5.2 Instrumento	42
3.6 Procedimientos	47
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1 Análisis descriptivo de la presencia de esquemas disfuncionales tempranos en estudiantes universitarios	50
4.1.2 Análisis de la presencia de esquemas disfuncionales tempranos de variables demográficas en estudiantes universitarios	51
4.2 Discusión de los resultados.	56
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
Referencias bibliográfica	61

ANEXO

Lista de Tablas

- | | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabla 1 | Muestra de los estudiantes según ciclos de estudios |
| Tabla 2 | Esquemas disfunciones tempranos por dimensiones e indicadores |
| Tabla 3 | Confiabilidad del Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF) por dimensiones |
| Tabla 4 | Varianza explicada de los factores agrupados según los esquemas disfuncionales tempranos |
| Tabla 5 | Baremos de los esquemas disfuncionales Tempranos por dimensiones |
| Tabla 6 | Presencia de esquemas disfuncionales tempranos en la muestra de estudiantes universitarios |
| Tabla 7 | Presencia de los Esquemas Disfuncionales Tempranos según nivel de estudios en la carrera |
| Tabla 8 | Presencia de los esquemas disfuncionales tempranos según sexo. |
| Tabla 9 | Presencia de los esquemas disfuncionales Tempranos según composición familiar |

Lista de Figuras

Figura 1. Presencia de esquemas según nivel de estudio

Figura 2. Presencia de esquemas según sexo

Figura 3. Presencia de esquemas según composición familiar

Introducción

En la actualidad, el problema en el sector de la educación superior comienza a tener mayor interés respecto a conductas desadaptativas y carencia de filtros para carreras que tienen que ver con el trato con las personas como es el caso de psicología. Los esquemas disfuncionales tempranos son caracterizados por un conjunto variables que muestran la existencia de una distorsionada en la interpretación de eventos a nivel cognitivo e inadecuados aprendizajes en la infancia que causarían patrones de desadaptación en la actualidad.

Como elemento característico, estos mismos esquemas son generados en los procesos de socialización, por consiguiente puede ser perjudicial en procesos complejos de aprendizaje como es la vida universitaria para la regulación de conductas de similar, ya que el estudio de los esquemas disfuncionales tempranos en Perú aún tiene limitaciones tanto teóricas como metodológicas

Este trabajo de investigación se ha considerado desde un modelo cognitiva conductual, principalmente desde la Terapia Centrada en los esquemas propuesta por Young (1994), siendo la variable de estudio los esquemas disfuncionales tempranos el cual se asocian a varios problemas entre ellos en problemas familiares, conductas disruptivas, agresión, adicciones etcétera.

La estructura del presente reporte de investigación está organizado en cuatro partes principales: En el primer capítulo se hace referencia al planteamiento y formulación del problema de investigación. También se describen e identifican los objetivos de investigación, así como se describe la importancia del estudio en nuestro medio.

En el capítulo dos, se hace una revisión teórica conceptual de las definiciones e investigaciones que los diversos autores señalan sobre los esquemas disfuncionales tempranos. De otro lado, también se presentan y analizan las definiciones conceptuales y los modelos teóricos de las variables de estudio de la investigación.

El capítulo tres está referido al método, esta sección presenta la descripción del diseño de investigación, así como las características sociodemográficas de la población de estudio. También se describen los instrumentos, las técnicas de recolección de datos y los procedimientos de análisis de datos del presente estudio.

En el cuarto capítulo se describen los resultados de los análisis estadísticos en cual se presentan en tablas y figuras ilustrativas como complemento, finalmente se discuten los resultados de los análisis considerando los estudios previos referidos en el marco teórico de la investigación. También se señalan las conclusiones y se formulan algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Es nuestro deseo que el presente trabajo sea una herramienta que contribuya al diseño de programas de prevención que, en la medida de lo posible, contribuya con la mejora para la adecuada selección de futuros profesionales.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los jóvenes universitarios constituyen una población de suma importancia para la sociedad, puesto que la calidad y éxito en su formación profesional representa el recurso humano en potencia del que cada país habrá de emplear. No obstante existe la preocupación que problemas de diversa índole afecten su bienestar y los perjudiquen durante su proceso de formación (Soria-Barreto y Zúñiga-Jara, 2014) y esta sería la perpetuación de esquemas disfuncionales tempranos que conlleven a una inadaptación al sistema de educación superior.

El estudio de los esquemas disfuncionales tempranos en su complejidad desde una evaluación en esta terapia integrativa, tiene como objetivo principal identificar los esquemas maladaptativos tempranos (EMT), los cuales contienen creencias que predisponen a las personas a desarrollar patologías que pueden ocasionar dificultades en distintos ámbitos de su vida, como sería el claustro universitario, un peldaño más al que no todos los adolescentes y adultos están adaptados. Lo cual ocasionaría la perpetuación de un esquema disfuncional temprano. Así mismo la evaluación temprana de los EMT y su tratamiento servirían desde un ámbito de prevención en salud mental.

Desde el punto de vista de la psicología se ha puesto de relieve la preocupación por estos jóvenes a través de la investigación sobre aspectos como su bienestar psicológico (Barra, 2010), salud mental (Baader 2014), trastornos del ánimo (Caballero, González & Palacio, 2015), factores psicosociales (Becerra-González y Reidl, 2015), entre otros. Además estudios actuales también ponen de relieve la influencia del contexto familiar, el cual generaría o mediaría en el joven universitario en la presencia de esquemas disfuncionales, más aún en esta cultura donde los vínculos familiares suelen ser más estrechos, por lo que colaboraría con el desarrollo de esquemas posiblemente en diferentes dimensiones en el establecimiento de límites o incluso la necesidad de poner por encima las

necesidades de los demás a costa de situaciones placenteras (Llamas, & Morgan, 2012).

Por tanto, es necesario tomar los diferentes aspectos en la evaluación que implique una elección del instrumento más adecuado, que permita identificar qué tipo de ideación puedan estar generando o reforzando universitarios siendo el cuestionario de esquemas de Young (YSQ) muy utilizado en la investigación y en la práctica clínica para identificar la presencia de estos esquemas

A pesar de la contribución del avance tecnológico y de desarrollo en los procesos de mejora servicios especializados en diversas casas de estudio , las cuales brindan nuevas y sofisticadas herramientas con mayores y mejores beneficios, orientar al estudiante universitario en parte a someterse constantemente en un proceso de adaptación, no estando muchas veces preparado (Young, 2007) y por consiguiente un cambio de estilo de vida en contraste a la demanda tecnológica, muchas veces transformando sus vidas privadas a públicas contribuyendo a una distorsión sobre la imagen de sí mismo y su medio, exponiendo en mayor medida a estudiantes del sexo femenino a la génesis de estos esquemas disfuncionales (Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala, 2010). A pesar de tratar de manejar estas dificultades con asesorías y orientación por parte de docentes, las dificultades en universitarios siguen en aumento, tal es así, que surgen problemáticas comportamentales asociadas al desarrollo de esquemas disfuncionales tempranos.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal:

El periodo de tiempo en que se realizará la investigación, corresponde del mes de abril del 2015 en universidad particular de Lima.

1.2.2 Delimitación geográfica:

La investigación se realizará en la universidad Alas Peruanas ubicada en el distrito de Pueblo Libre en el departamento de Lima.

1.2.3 Delimitación social:

La población de la investigación pertenece a un nivel socioeconómico medio bajo y medio

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estudiantes de una universidad particular de Lima?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estudiantes universitarios de una Universidad particular de Lima

1.4.3 Objetivos específicos

- 1) Describir los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estudiantes universitarios de una universidad particular de Lima, según sexo.
- 2) Describir los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estudiantes universitarios de una universidad particular de Lima, según nivel de estudios.
- 3) Describir los esquemas disfuncionales tempranos presentes en estudiantes universitarios de una universidad particular de Lima, según composición familiar.

1.5 Justificación de la investigación

Actualmente, los métodos para entender las problemáticas en educación superior no están unificados, es por eso, que el abordaje en estudiantes universitarios se ve en la necesidad de requerir con mayor frecuencia la combinación múltiples intervenciones e inclusive de varias modalidades de extrayendo técnicas de psicoterapia simultáneas (psicoterapia individual, grupal y familiar).

Por tanto, la presente investigación mostrará utilidad como un filtro en la elección del área de desempeño de la carrera de psicología (clínico, social, educativo, organizacional, forense, etc.) ya que identificaría la presencia de diversos esquemas disfuncionales, esto podría tenerse en cuenta para la regulación de factores tanto emocionales como cognitivos, así como ubicación en el centro de prácticas.

El departamento de coordinación de psicología y al departamento psicopedagógico estarán enriquecidos con nuevos datos sobre la población que manejan, el primero como ente regulador, teniendo un mejor conocimiento de los estudiantes y los esquemas disfuncionales que han desarrollado antes de realizar los procesos de prácticas profesionales en el cual se encontrarán en plena interacción frente a pacientes, así también tener una perspectiva de las problemáticas que se encuentren inmersas en los factores que comprometan el proceso de enseñanza aprendizaje. El departamento psicopedagógico contará con un nuevo instrumento que complementará sus baterías de evaluación que podrá identificar estudiantes con problemas de adaptación con implicancias cognitivas/emocionales, estos resultados hallados serán útiles para los establecimientos de líneas base en programas de habilidades sociales y desarrollo personal.

A su vez pretende tener una panorámica en el estudio de los esquemas disfuncionales tempranos en estudiantes universitarios, identificando la presencia de los esquemas y el mantenimiento de los mismos, teniendo en cuenta que aún en Latinoamérica y en específico el Perú no hay

estudios con población universitaria con variables demográficas como niveles de estudios, sexo y composición familiar.

De este modo se pretende dar pie a partir de la exploración un mejor entendimiento de la variable en esta población, pues como lo plantean autores de la terapia cognitiva- conductual, existen perfiles cognitivo distintivo, lo que han llamado especificidad, que nos permitiría conocer lo particular de cada individuo en cuanto al aspecto cognitivo y comportamental, para un abordaje más preciso con la ayuda de elementos de la psicoterapia cognitivo conductual.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Las investigaciones sobre esquemas disfuncionales tempranos tienen un amplio estudio en el ámbito internacional, por otra parte, en el plano nacional no se han evidenciado muchos reportes a profundidad sobre los esquemas disfuncionales en población universitaria, sin embargo serán citados estudios relacionados con la variable a investigar.

Nacionales

Malacas (2013) investigó los esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima. El muestreo fue no probabilística y estuvo conformada por 176 residentes. Utilizó el cuestionario de esquemas de Young-versión reducida (YSQ-SF), con edades comprendidas entre 18 a 65 años, pertenecientes a cuatro comunidades terapéuticas. Los resultados mostraron que los esquemas más frecuentes en este tipo de población fueron enmarañamiento/ yo dependiente con un 48,3%, auto sacrificio con un 46,6%, estándares inflexibles con un 42% e Inhibición emocional con 41,5%. Además, la dimensión con mayor prevalencia significativa es la dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño con un 44,9% y la dimensión IV: Tendencia hacia el otro con un 44,3%.

Cueva (2013) evaluó los esquemas disfuncionales tempranos y los estilos de afrontamiento en consumidores de drogas internados en las comunidades terapéuticas de Lima, cuya población estuvo constituida por 210 personas del sexo masculino internados en las comunidades terapéuticas de Lima. Se empleó el Cuestionario de Esquemas Disfuncionales Tempranos y el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Los resultados indicaron que existe una relación significativa entre el estilo de afrontamiento evitativo con el mayor número de esquemas disfuncionales tempranos. Entre el 47,1% y 43,8%, de las personas internadas en las comunidades terapéuticas presentaron mayor prevalencia significativa en el esquema disfuncional temprano de enmarañamiento y en el estilo focalizado en la emoción.

Casquero, Mendoza y Oré (2009) realizan un estudio con el fin de identificar los esquemas vitales o esquemas disfuncionales que interfieren en el proceso de rehabilitación en los usuarios dependientes a sustancias psicoactivas del centro de día de CADES Callao. La muestra estuvo conformada por 40 usuarios varones dependientes, mediante el estudio de las fichas, utilizaron el cuestionario de YSQ de Young, conformado por 22 ítems (versión reducida). En sus resultados encontraron que el esquema vital de vulnerabilidad predomina en 20 usuarios en la etapa de niño y 17 en la etapa adulta, los cuales interferirían en el proceso de rehabilitación y reinserción.

Internacionales

Shorey, Stuart, Anderson (2012) estudiaron los esquemas maladaptativos tempranos entre pacientes dependientes de alcohol ($n = 854$) entre varones ($M = 43,1$, $DE = 10,6$) y mujeres ($M = 44,7$, $DE = 9,3$) Para ello se usó las historias clínicas preexistentes de los adultos diagnosticados con dependencia del alcohol a partir de un centro de tratamiento residencial en el sureste de Estados Unidos, de 2005 a 2010 ,los resultados evidenciaron que las mujeres obtuvieron puntuaciones estadísticamente más altas que los hombres en 14 de los 18 esquemas maladaptativos evaluados: abandono, desconfianza, aislamiento social, imperfección, fracaso, dependencia, vulnerabilidad, enmarañamiento, autocontrol insuficiente, subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación y negatividad. Aunque encontraron un gran número de diferencias significativas en los esquemas disfuncionales tempranos, los cuatro esquemas más comunes de hombres y mujeres fueron: Autosacrificio, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente y castigo. Todos los tamaños del efecto fueron "bajos", aunque el tamaño del efecto para la subyugación se acercó a valor "medio" ($d = 0,44$).

Jalali, Zargar, Salavati y Kakavand (2011) investigaron los esquemas maladaptativos tempranos y los orígenes de crianza de las personas abusadoras de opioides varones como grupo clínico ($n = 56$) y no opioides

como grupo no clínico ($n = 56$) de Irán. Se utilizaron el cuestionario de esquemas maladaptativos en su tercera versión (SF) y para la evaluación de los orígenes de crianza y el Inventario Parental de Young. Los resultados del análisis multivariado de varianza (ANOVA) para medios de primeros esquemas desadaptativos y dimensiones al comparar el grupo clínico con el grupo no clínico fueron los tamaños del efecto η^2 , reportándose tamaños del efecto grandes, oscilando entre .52 y .73 (de diferencia entre los dos grupos) pertenecían a los esquemas de: abandono / inestabilidad, sancionar, normas implacables / hipercriticismo, imperfección / vergüenza, dependencia / Incompetencia y derecho / grandiosidad. El grupo de consumidores de opiáceos obtuvo puntuaciones más altas en los esquemas maladaptativos tempranos y los orígenes de crianza en comparación al grupo de no consumidores de opiáceos sin embargo las excepciones, cuando las diferencias no fueron estadísticamente significativas, eran desconfianza / abuso, imperfección / vergüenza, dependencia / incompetencia y fracaso en los orígenes de crianza de la madre; el fracaso, imperfección / vergüenza y el sacrificio en los orígenes crianza del padre. Todos los otros orígenes de crianza fueron significativamente diferentes entre los dos grupos de la muestra.

Shaghaghy, Saffarinia, Iranpoor y Soltanynejad (2011) compararon los esquemas desadaptativos tempranos entre una muestra clínica (adictas) y no clínica (no consumidores); en la fase inicial el estudio incluyó para la muestra clínica $n=81$ y una $n=90$ no adictas. Encontraron que las personas adictas obtenían puntuaban más alto en la primera dimensión (desconexión/ rechazo) y evidenciaban diferencias estadísticamente significativas con las personas no adictas. Además, se halló una relación positiva directa entre la desesperanza aprendida, entendida como pesimismo, y la recaída en la adicción después de haber finalizado el tratamiento, de esta manera, el estudio mostro que los adictos pesimistas eran más propensos a volver al abuso de sustancias.

Estévez y Calvete (2005) investigaron la relación sobre si las personas con conducta de juego patológico presentaban algunos esquemas disfuncionales en específico, a su vez si estos recordaban estilos de crianza negativos en familia nuclear (padre o madre) durante su infancia. La muestra estuvo constituida por 167 ludópatas (77,2% hombres y 22,8% mujeres) y un grupo no clínico para el contraste de 167 personas sin ludopatía (71,1% hombres y 28,9% mujeres). Los resultados evidenciaron el grupo clínico (juego patológico) puntuaba más alto en numerosos esquemas disfuncionales, y con mayor énfasis en las dimensiones de desconexión/ rechazo y autonomía deteriorada. Además se observaron diferencias estadísticamente significativas con los estilos de crianza durante su infancia. Finalmente el estudio concluyó que el estilo de los padres en el tipo de aprobación condicionada es capaz de predecir el mantenimiento de las dimensiones de los esquemas, y el estilo caracterizado por la inhibición emocional predice todos los dominios menos el de Límites Deteriorados.

En 2001, Stopa, Thorne, Waters y Preston realizaron un estudio para examinar la relación de los esquemas desadaptativos y los niveles de ansiedad y depresión de un grupo dependiente del alcohol pre y post período de abstinencia, para luego contrastarlo con una muestra no clínica. La muestra fue constituida por 100 participantes, la muestra clínica ($n = 50$) y un grupo no clínico ($n = 50$). Se escogieron entre las características demográficas, patrones de consumo, la gravedad y dependencia, la depresión, la ansiedad y los esquemas desadaptativos. La muestra clínica presentó puntuaciones altas en depresión y ansiedad que el grupo no clínico en un período de abstinencia. Los grupos diferían significativamente en 6 de los 15 esquemas. Después de tres semanas en período de abstinencia y con la participación activa en un programa psicoeducativo, el grupo clínico mostró mejoras significativas en relación con la depresión y la ansiedad, además 13 de los 15 esquemas mostraron puntuaciones bajas.

2.2 Modelo teórico explicativo de los esquemas disfuncionales disfuncionales tempranos

El pionero en el trabajo sobre esquemas fue Barlett (1932, 1958 cit. por Riso, 2006), el autor refiere que la influencia de las variables como temperamento, intereses y actitudes en la percepción y la memoria tiene una vital importancia que radicará en ver cómo una experiencia previa puede ser un determinante sobre cómo percibimos la realidad en el presente. Así, los esquemas que mencionaba Bartlett eran factores cognitivos la identificación inmediata de situaciones. El concepto de esquema ha tenido una larga historia en psicología, sin embargo a partir de los años setenta y ochenta comienza a cobrar fuerza en diferentes áreas de la psicología tales como: la psicología social, el procesamiento de la información [PI] e investigación básica en cognición, así como en la psicología clínica (Riso, 2006) siendo un elemento importante en la terapia cognitiva.

En la década de los ochenta surgen diferentes posturas en el entendimiento desde una perspectiva cognitiva. Para Taylor & Crocker (1981) mencionan que en términos más específicos un esquema se refiere a una estructura cognitiva en la cual se representa la información referente a una particular categoría de personas, objetos u eventos.

Hollon & Kriss (1984) refieren que los esquemas pueden ser entendido como una entidad cognitiva y estable, de manera organizada; que contiene el conocimiento propio y del mundo para su estabilidad.

Beck et al. (1985, cit. por Caro, 2013) sistematiza la terapia cognitiva y trata de dar una explicación al funcionamiento de los esquemas, refiriendo que son niveles funcionales activados de manera específica que influyen directamente en el contenido de las percepciones, interpretaciones, asociaciones y memorias o recuerdos de una persona o momento dado, agrupando varios conjuntos de reglas o fórmulas para definir objetos siendo los principales para estos autores los cognitivo - conceptuales, afectivos, fisiológicos, conductuales y motivacionales.

Por otra parte Pozo (2002) afirma que los esquemas serían elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas, conformando un cuerpo de conocimientos que pueden modelar nuestra forma de percibir e interpretar el mundo y a nosotros, en base a estas experiencias sean o no favorables.

De manera un esquema puede ser planteado de manera cómo los sujetos con un estado de ánimo habitual y predominante, presentan un marco generalizado, lo cual es congruente con ese estado de ánimo, este esquema activado codifica de manera selectiva la información (negativa o positiva) que mantienen el estado del individuo (Hunt & Ellis, 2007).

También podríamos denominar esquema a un cuerpo estructurado de conocimientos o grupo de creencias que son utilizados para el procesamiento de información, siendo a su vez representaciones organizadas de la experiencia pasada, estas diferentes experiencias formarían los diversos esquemas (Caro, 2011)

Ahora bien la postura integral de Young es una redirección a la terapia cognitiva de Beck entendiendo que los esquemas (Young, 1990, cit. por Caro, 2011) desarrollo su terapia con la intención de superar las insuficiencias que en su opinión tenían los modelos clásicos de abordaje cognitivo [modelo clásico de Beck] para el tratamiento de los paciente con trastornos de la personalidad, tomando énfasis en los orígenes evolutivos de los problemas psicológicos, en patrones de funcionamiento psicosocial y en temas centrados a la cogniciones y conductas desadaptativos. Estos esquemas disfuncionales tempranos, son caracterizados como verdades a priori, creencias incondicionales y disfuncionales.

2.2.1 Definición conceptual de la variable

Los Esquemas Disfuncionales Temprano son definidos por Young como patrones tanto cognitivos (pensamientos aprendidos desde la infancia) y emocionales contraproducentes (como factores de escape y alivio sobre las situaciones pasadas) que se inician al comienzo de nuestro desarrollo

y van repitiéndose a lo largo de nuestra vida (Young, Klosko y Weishmar, 2013).

Se originan en los primeros años de vida van en desarrollo por la acumulación de interacciones negativas (tempranas) con otras personas significativas con diferentes vínculos (padres, hermanos, miembros de la familia y amigos), pueden estar inactivos durante mucho tiempo y ser activados por eventos estresantes (Young y Klosko., 2001).

Cuando son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, en la mayoría de ocasiones resultan como parte de las distorsiones de pensamiento también suelen ser fuertes respuestas emocionales y conducta problemática (Young et al., 2013).

Una de las características principales de los esquemas disfuncionales es la de interrumpir con la habilidad de adaptación y desenvolvimiento de para lograr alcanzar necesidades básicas de los individuos, tal es así, que la autodeterminación, independencia, relación interpersonal, validación, espontaneidad y límites realistas se ven afectadas (Caro, 2011, Young et a., 2013;). Los esquemas disfuncionales tempranos se mantienen se mantienen rígidamente a través del tiempo, siendo resistentes al cambio, dado que son desarrollados en los primeros años de vida (Young, 1994). Se perpetúan mediante patrones y confirmaciones autodestructivas, y normalmente no son susceptibles de cambio mediante las estrategias cognitivo-conductuales tradicionales. Carecen de la flexibilidad, variabilidad y creatividad necesarias para ser funcionales en su vida actual. Desafiarlos implica inseguridad y peligro, puesto que durante su evolución y maduración natural desde el nacimiento hasta aproximadamente los diez años, implicaron pautas de supervivencia (García, 2008)

Estos aprendizajes que resultaron eficaces y adaptativos en su entorno inicial infantil, para evitar y/o aliviar situaciones de peligro, implicarían generar complejos componentes disfuncionales cognitivos y de comportamiento, en cuestiones cuando este entorno fue por ejemplo

situado en condiciones de indefensión, abandono, exigencias; por lo que estos esquemas persisten a lo largo de la vida sin que el individuo pueda tener conciencia directa de ellos y generan problemáticas adaptativas actuales; que predisponen a la persona a experimentar sentimientos negativos persistentes. Esto lleva al paciente a comportarse de modo contrario a sus propios intereses en forma continua (Keegan, 2004).

De acuerdo a Keegan (2004), que los esquemas desadaptativos se generan en los estadios tempranos de la existencia, tal como lo sostiene teóricamente Young, es congruente con el hecho y la diversa literatura especializada de que una gran proporción de los pacientes con trastorno límite (TLP) ha sufrido maltrato, abuso, o alguna forma de trauma durante la infancia y esto conllevaría en gran medida a la génesis y mantenimiento de EDT en gran medida.

2.2.2 Características de los esquemas disfuncionales tempranos

Dimensiones

Los esquemas de Young cuentan con 5 grandes dimensiones en las cuales son agrupados diferentes esquemas disfuncionales:

Desconexión/Rechazo

Los individuos con esquemas en esta dimensión son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios con otras personas, creen que sus necesidades de seguridad, protección y amor no serán satisfechas (Young et al., 2013), desarrollándose esquemas como:

Abandono/inestabilidad

La percepción de que aquellos que lo rodean son inestables e indignos de confianza como para prodigar apoyo y conexión. Implica la sensación de que las personas significativas no serán capaces de proporcionar apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección, porque son emocionalmente inestables e impredecibles (ejemplo: explosiones de

ira), no son confiables o porque su presencia es ocasional; porque morirán de manera inminente, o porque abandonarán al individuo para favorecer a alguien mejor.

Desconfianza/abuso

La creencia de que los demás perjudicarán, se aprovecharán de él o lo harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras. Normalmente involucra la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada. Puede incluir la sensación de que uno en comparación a los demás siempre termina siendo engañado o "recibe la peor parte".

Privación emocional

La expectativa de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Las tres principales formas de deprivación son: a. Deprivación de cuidados: ausencia de atención, afecto, calidez o compañía. b. Deprivación de Empatía: ausencia de comprensión, escucha, auto-apertura o de intercambio mutuo por parte de los demás. c. Deprivación de Protección: ausencia de fortaleza, dirección o guía.

Imperfección/ vergüenza

El sentimiento de que uno es imperfecto, malo, defectuoso indeseado, inferior o incapaz en aspectos importantes; si fuera puesto hacia los demás. Puede implicar hipersensibilidad a la crítica, al rechazo y la culpa; autoconciencia, comparaciones, e inseguridad con respecto a los demás; o una sensación de vergüenza por los propios defectos. Estas fallas pueden ser privadas (ej. egoísmo, impulsos irascibles, deseos sexuales inaceptables) o públicas (ej. apariencia física indeseable, incomodidad social).

Aislamiento social

El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás personas y no hace parte de ningún grupo o comunidad perpetuando el esquema.

Autonomía deteriorada.

Según Young y Klosko. (2007), los individuos con esquemas en esta dimensión marcan expectativas sobre sí mismo y el contexto que interfieren con la propia capacidad para diferenciarse, sobrevivir, funcionar con independencia o actuar satisfactoriamente, los esquemas presentes son:

Dependencia/ Incompetencia

La creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas de un modo competente sin ayuda considerable de ayuda externa.

Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad

Miedo exagerado a que la catástrofe sobrevenga de un modo inminente en cualquier momento sin ser capaz de controlarlo.

Enmarañamiento

Una excesiva implicación y cercanía emocional con uno o más personas significativos (con frecuencia los padres) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal, conllevando a la idea de que los demás (con los que se siente unido) no podrán sobrevivir sin su apoyo

Fracaso

La creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inherentemente inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro (académico, profesional, deportes, etc.).

Limites deteriorados

Los individuos con esquemas presentes en esta dimensión tienden a tener dificultades para responsabilizarse con los demás, no respeten los derechos ajenos, para cooperar con los demás , para adquirir compromisos o establecer y satisfacer objetivos personales realistas (Young et al., 2013), desarrollándose esquemas como:

Grandiosidad

La creencia de que uno es superior a los demás; de que tiene derechos y privilegios especiales; o de que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social normal. Con frecuencia implica la insistencia en que uno debe ser capaz de hacer o tener lo que quiere, independientemente de ser realista o no sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás; o una concentración exagerada en la superioridad.

Autocontrol insuficiente/autodisciplina

Expresado como dificultades generalizadas o la negación a ejercer un autocontrol y una tolerancia a la frustración suficiente como para lograr las propias metas, o limitar el exceso de expresión de las emociones y los impulsos. En su expresión más leve, toma la forma de un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad: evitando el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

Orientación a los demás

Young et al. (2013) refiere que las personas con esquemas presentes en esta dimensión tienden a tener un exceso de foco en sus deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a costa de las propias necesidades, a fin de obtener amor y aprobación para mantener la propia sensación de unión con los demás o evitar represalias, desarrollándose esquemas como:

Subyugación

Sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono. Existen dos formas principales de subyugación: a) subyugación a las necesidades, suprimiendo las propias preferencias o deseos y b) subyugación de emociones en particular la ira.

Auto sacrificio

Concentración excesiva en la satisfacción de las necesidades de los demás de manera voluntaria, en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción, coincidiendo con lo que se conoce como codependencia.

Vigilancia excesiva

Los individuos con esquemas en esta dimensión ponen énfasis excesivo por suprimir los propios sentimientos, impulsos o alternativas espontáneas o por satisfacer metas y expectativas internas rígidas, sobre la actuación y conducta ética, a menudo a expensas de la felicidad, auto-expresión, amistades próximas o salud (Young et al., 2013), los esquemas presentes en esta dimensión son:

Negatividad/pesimismo

Una atención generalizada y permanente en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, desilusión, conflicto, culpabilidad, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que podrían ir mal etc.), mientras se minimizan o se ignoran los aspectos positivos u optimistas, incluyendo una expectativa exagerada de que todo va a empeorar.

Control excesivo/inhibición emocional

La inhibición excesiva de acciones, sentimientos y de una comunicación espontánea, generalmente para evitar la desaprobación de los demás, sentimientos de vergüenza o la pérdida del control de impulsos. Las

áreas de inhibición más comunes implican: (a) Inhibición de la ira y de la agresión (b) Inhibición de los impulsos positivos (por ejemplo: disfrute, afecto, juego, excitación sexual); (c) Dificultad para expresar vulnerabilidad o comunicar las propias necesidades.

2.2.3. Esquemas condicionales versus incondicionales

Young (2013) refiere que una de las principales diferencias entre los procesos de adaptación y los supuestos cognitivos de Beck eran los esquemas incondicionales. Los esquemas incondicionales son ubicados en el núcleo de las mismas creencias del paciente (son la interpretaciones negativas y saboteadoras de sí mismo así como los acontecimientos relacionados al paciente) esto quiere decir que independientemente de lo que haga el individuo, el resultado será el mismo.

Por contraste existen los llamados esquemas condicionales, estos son de orden secundario, los cuales tendrían la función de aliviar a los esquemas incondicionales, manteniendo la esperanza de cambiar el resultado (Young, 2013).

2.2.4. Biología de los esquemas disfuncionales temprano

La visión biológica de los esquemas disfuncionales tempranos son basadas en los planteamientos de LeDoux (1996), tomando en cuenta las distintas respuestas emocionales como funciones de supervivencia, situadas en investigaciones asociadas con el condicionamiento del miedo y trauma (Young, 2013)

LeDoux (cit. por Young, 2013) refiere que los mecanismos cerebrales registran y establecen recuerdos en consonancia a un suceso traumático, siendo la amígdala la responsable del almacenamiento de la memoria emocional en comparación con el neocórtex o el hipocampo que estarían relacionados a la memoria cognitiva. Dado que estas respuestas pueden producirse sin la participación de procesos superiores complejos, podrían formarse sin ningún registro consiente;

una vez que el individuo es expuesto a un evento que considere peligroso o traumático, la amígdala es la primera en dar la valoración de peligro de manera automática.

Los recuerdos emocionales almacenados pueden mantenerse por el resto de nuestras vidas, puesto que una vez que se encuentre ante un estímulo similar que produjo el trauma, desencadenara una respuesta de miedo, generalmente estas reminiscencias han sido enmarcadas en las primeras etapas de vida como respuesta de escape y alivio (Young, 2013).

2.2.5. Los estilos de afrontamiento disfuncionales en relación al mantenimiento del esquema.

Los organismos ante una amenaza disponen de tres tipos de respuestas: la lucha, huida o inmovilidad, correspondiendo así a los tres estilos de afrontamiento disfuncionales. Estos pueden ser definidos como formas de hacer frente a las necesidades básicas, a los conflictos y a las situaciones estresantes, que refuerzan y mantienen a los esquemas disfuncionales tempranos y que empiezan de manera temprana para permitir mantenimiento a los esquemas, de esta manera el individuo evitaría experimentar las intensas y arrolladoras emociones q (Young et al., 2013).

Sin embargo hay que tener en cuenta que estos estilos de afrontamiento fueron adaptativos y en alguna medida funcional, saludables durante la infancia, sin embargo en la medida que el niño crece se convierten en desadaptativos, ya que estos estilos ahora disfuncionales perpetúan el mantenimiento del esquema, inclusive cuando las situaciones pueden cambiar y se tornan favorables para el individuo (Young y Klosko 2007; Young et al., 2013). Los tres estilos de afrontamiento son:

1. *Rendición.*

Consiste en aceptar plenamente y favorecer el cumplimiento o confirmación del esquema, los pacientes caen rendidos al esquema, aceptándolo como auténtico, actuando de manera confirmatoria de modo que se reafirma el esquema, estos pacientes buscan las relaciones que reiterarán las situaciones generadoras del esquema son desproporcionadas y experimentan sus emociones de manera consiente ante disparadores del esquema. Por ejemplo, conductualmente seleccionan parejas abusivas o descalificadoras o generan reacciones negativas en otros y responden con exacerbado resentimiento o depresión ante esas reacciones.

2. *Evitación.*

Consiste en estrategias emocionales, cognitivas, o conductuales con las cuales el sujeto intenta evitar los pensamientos o las situaciones tratando de organizar sus vidas de manera que el esquema nunca se active, tratando de vivir e interactuar como si el esquema no existiera.

Estos procesos pueden ser automáticos e intencionales, y se van desarrollando a lo largo de la vida del individuo, por ejemplo ante los demás, los individuos con este estilo desadaptativo de afrontamiento parecen ser perfectamente normales. Sin embargo la falta de expresión emocional ante eventos traumáticos, o el “olvido” de elementos significativos, como por ejemplo, malos tratos, abusos sexuales, etcétera es recurrente para aliviar algún tipo de debilidad.

3. *Sobre-compensación*

Hace referencia a un intento parcialmente saludable de luchar contra el esquema, tanto conductas, pensamientos y sentimientos con los que el sujeto intenta superar pero sin embargo el lugar e cambiarlo, perpetua el esquema. Muchas personas que tienen este estilo de sobrecompensar suelen con mucha frecuencia estar atrapadas en el contraataque, siendo su conducta exagerada, insensible e improductiva

Entonces, si una persona fue sometida en la infancia, ahora es desafiante; si fue controlada, desafían toda forma de influencia sobre ellos, si fue sumisa es agresiva. Tener un estilo de vida completamente autosuficiente y aparentando que nunca necesita nada, puede ser un intento de compensar sentimientos y creencias de alienación e incompetencia.

En este sentido las respuestas de afrontamiento disfuncional a las conductas concretas se desarrollan y mantienen de acuerdo a los esquemas y a los estilos de afrontamiento propios de cada paciente siendo el temperamento un factor determinante (Young et al, 2013).

2.2.6 Implicancia de los esquemas disfuncionales tempranos en universitarios

El ámbito universitario es una constante el intercambio de vivencias en donde los procesos de regulación emocional y cognitivo se encuentran en aprendizaje, aún en esta etapa de la vida es donde los esquemas disfuncionales pueden perpetuarse (Young 2013). Ante esta problemática se suman las características personales de cada adolescente ya que ahora la vida universitaria comienza como una etapa de no transición ante un sociedad tecnológica (Llamas, & Morgan, 2012). Siendo los esquemas de en la dimensión de límites deteriorados y la de abandono rechazo una característica de nuestro era (Bahramizadeh y Ehsan, 2013).

Aún no se han evidenciado estudios que confirmen la asociación entre niveles de estudios y esquemas disfuncionales teniendo la característica particular el abandono o inestabilidad en el momento de asumir una carrera profesional (Hatami y Ayvazi, 2013). Otra características de los jóvenes universitarios, es la diferencia marcada en el origen de los esquemas, es decir la diferencia marcada en la mantención del esquemas entre hombres y mujeres, en especial estudiantes universitarios (Yoo, 2014)

La mayoría de estudios con universitarios evalúa las propiedades psicométricas de la escala de esquemas mas no en análisis de la población en si (Castrillón et al., 2005)

2.2.7 Composición Familiar y esquemas disfuncionales Tempranos

Estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres en el seno familiar, como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse, podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir factores problemáticos en la dinámica familiar (Muñoz-Rivas y Graña, (2001).

Así mismo desde la perspectiva sistemas maritales que propone Olson, D., Russell, C. y Sprenkle, D. (1989) la comunicación familiar influye en la distancia emocional entre los miembros y en la flexibilidad de reestructurar la forma en que se organizan.

La relación comunicativa entre padres e hijos (o cuidadores) sufre cambios cuando estos se hallan en la adolescencia. La frecuencia de las conversaciones, las cuales, comparadas con las de la infancia, disminuyen. Cabe mencionar que también platican menos de sus relaciones y actividades diarias y conviven poco tiempo debido a las diversas actividades a realizar por ejemplo, estudios, pareja o trabajo. Ante esto, es probable que aparezcan conflictos constantes que antes carecían de importancia (Pérez y Aguilar, 2008)

Ante esta problemática el propio Young et al., (2013) que en la génesis de sus esquemas disfuncionales existen diversos tipos de interacciones según composición familiar, ahora bien no hay en detalle estudios previos a la composición familiar frente a los esquemas disfuncionales tempranos sin embargo el autor propone las siguientes características según dimensión de estudio:

En la dimensión de desconexión y rechazo el tipo de familia típica es distante, fría, reservada con tendencia al rechazo solitaria explosiva imprevisible o abusiva

En la dimensión de autonomía deteriorada la familia de origen es complicada, debilita la confianza del niño, siendo sobreprotectora o no muestra un refuerzo al niño para que actué completamente fuera de la familia

En la dimensión de límites deteriorados la familia de origen se caracteriza por la permisividad, el exceso de indulgencia la falta de determinación o la sensación de superioridad en lugar de la confrontación adecuada, la disciplina y los límites en relación a la adopción de responsabilidad a la cooperación de un modo recíproco al establecimiento de objetivos. En algunos casos es caracterizado por la falta de tolerancia a ambientes donde se genere incomodidad o falta de supervisión en relación al acatamiento de normas

Para la dimensión de orientación hacia los demás, la familia de origen se basa en la aceptación incondicional: desde infantes han suprimido aspectos importantes de sí mismos, a fin de obtener amor, atención y aprobación, siendo en muchos casos personas con deseos emocionales, de aceptación y estatus social más valorados que las necesidades y sentimientos únicos y propios de cada persona.

La dimensión de vigilancia excesiva es caracterizada por el tipo de familia severa, exigente y en casos punitivos; dado que la ejecución, el deber, el perfeccionismo así como el respeto a las normas, evitación de errores y emociones están sobre el placer. Encontrándose un solapamiento de pesimismo y preocupación relativo a que las cosas no se concretarían si las personas no están atentos y vigilantes.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de la investigación

Por la naturaleza del problema y el objetivo de estudio la investigación es transaccional de tipo descriptivo, señalando que estos mismos estudios no conllevan a hipótesis solo si fuesen con el fin predecir hechos o datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Ato y Benavente, 2013).

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de investigación correspondiente de acuerdo con Kelinger y Lee (2002) al no experimental, debido a que no hay manipulación de la variable, Por lo tanto no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas por el investigador

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

La población son los estudiantes matriculados en el año 2015 en la carrera de Psicología Humana siendo 875 estudiantes de ambos sexos de la carrera de psicología, cuyo rango de edad es de 18 a 30 años que cursan el tercer a octavo ciclo de estudios (solo fueron considerados las aulas que pertenezcan a ciclos donde no haya ningún curso de estudios generales) dividido en nivel básicos del tercer al cuarto ciclo, intermedios del quinto a quinto al sexto ciclo y avanzados todos lo demás ciclos antes del internado, pertenecientes al ciclo de matriculados 2015 I y II como refiere Hernández et al. (2010).

3.3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 295 estudiantes universitarios de una universidad particular de Lima. El tipo de muestra no probabilística es por conveniencia, este tipo de muestreo es ventajoso por ser económico y de rápida recogida de datos brindando información valiosa especialmente cuando no existen razones fundamentales que diferencien a los individuos, en donde se toma aquellos casos disponibles a los cuales tenemos acceso, aquí el procedimiento no es en base en fórmulas de probabilidad, la muestra seleccionada obedece a criterios del investigador (Hernández et al. 2010).

Criterios de inclusión

Los criterios a tomar en cuenta fueron establecidos por el investigador de la siguiente manera:

- 1) Estudiantes de Psicología matriculados en el año 2015
- 2) Estudiantes de tercer al octavo ciclo
- 3) Estudiantes de ambos sexos de la carrera de psicología en los tres turnos.

Criterios de exclusión

- 1) Estudiantes tengan algún curso de estudios generales en su ciclo
- 2) Estudiantes que no pertenezcan al ciclo donde se realizó la evaluación
- 3) Estudiantes de otras carreras profesionales u otra universidad.

En la tabla 1 es descrita la muestra por frecuencias y porcentajes según ciclo de estudios en la escuela de Psicología

Tabla 1.

Muestra de los estudiantes según ciclos de estudios

Ciclos	<i>f</i>	%
Octavo	55	18
Séptimo	33	11.2
sexto	22	7.5
Quinto	45	15.3
Cuarto	41	14
Tercero	99	34
Total	295	100

3.4 Variables, dimensiones e indicadores

Tabla 2.

Esquemas disfunciones tempranos por dimensiones e indicadores

Variable	Dimensiones	Indicadores
Esquemas Disfuncionales Tempranos	Desconexión/Rechazo	Abandono
		Desconfianza
	Autonomía deteriorada	Aislamiento Social
		Inestabilidad
	Limites deteriorados	Dependencia
		Vulnerabilidad al daño o la enfermedad
	Orientación a los demás	Fracaso
Autocontrol Insuficiente		
Vigilancia excesiva	Grandiosidad	
	Subyugación	
	Autosacrificio	
		Búsqueda de aprobación
		Pesimismo
		Control excesivo
		Hipercrítica
		Reglas rígidas

3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

La información fue recolectada a través de evaluaciones psicométricas, las cuales fueron utilizadas para medir o asignar un valor, asimismo son una herramienta para obtener un perfil más detallado de las características de los estudiantes a evaluar. La encuesta fue el técnica más consiste y utilizado para el presente estudio en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias (Tamayo y Tamayo, 1999).

3.5.2 Instrumento

Cuestionario de Esquemas de Young-Forma reducida (Schema Questionnaire- Short Form, Young y Brown, 1994)

Esta escala fue construida por Young y Brown en 1994. El objetivo de esta escala es evaluar quince esquemas disfuncionales, los cuales están organizados en cinco dominios. El YSQ-SF es un cuestionario de 75 ítems, cada uno de los esquemas está formado por 5 ítems y a las personas participantes se les pide que puntúen los ítems usando una escala de 6 puntos (1 = Totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más falso que verdadero, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente). Numerosos estudios han apoyado la validez del Cuestionario de Esquemas, sugiriendo una alta sensibilidad de la prueba para identificar psicopatología (Londoño, et al 2012 cit. por Malacas, 2013).

En cuanto a la estructura del YSQ-SF, en Francia, Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard y Martin (2006, citado por Londoño, et al 2012), mediante análisis factorial exploratorio con 263 participantes, encontraron catorce factores, de los cuales 13 coincidían con los propuestos por Young. Además, hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los esquemas de Límites Insuficientes, Privación Emocional, Desconfianza/Maltrato, con puntuaciones superiores en hombres. La primera publicación que incluyó análisis factorial confirmatorio fue realizada por Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002, citado por Londoño, et al 2012), en población clínica, con 196 pacientes. Se obtuvo una buena consistencia interna del YSQ-SF, con un alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.93 para los 15 componentes. Se identificaron Diferencias significativas en las puntuaciones de hombres y mujeres en los esquemas de Autosacrificio, Apego, Fracaso, Abandono y Defectuosidad, con puntuaciones superiores en mujeres. Ningún esquema de los

dominios Sobrevigilancia y Falta de Límite presentó diferencias significativas.

Un segundo estudio realizado por Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz (2005, citado por Londoño, et al 2012) con estudiantes universitarios españoles, obtuvo confirmación de los quince esquemas propuestos para el cuestionario. Este estudio comparó además diversas estructuras de segundo orden para el YSQSF: los cinco dominios propuestos por Young y tres obtenidos mediante análisis factorial exploratorio. La prueba total alcanzó un nivel de .957 alfa de Cronbach y, para cada uno de los 15 factores analizados, los valores oscilaron entre .74 y .89. De los 15 esquemas, 11 obtuvieron un alfa aproximado o superior a .8. Estos valores son muy similares a los obtenidos en el estudio en Colombia con análisis exploratorio para el YSQ-L2 (Castrillón et al., 2005) y ligeramente superiores.

Cámara y Calvete (2010); encontraron en su estudio adecuados índices de consistencia interna (alpha de Cronbach) para cada dominio: desconexión (.91), autonomía deteriorada (.86), límites inadecuados (.74), orientación a los demás (.77) y vigilancia excesiva (.72). En general, los estudios con el YSQ-SF han mostrado coeficientes alpha adecuados para las subescalas excepto en el estudio de Stopa, Thorne, Waters y Preston (2001) donde el coeficiente alpha fue muy bajo para la subescala de Vulnerabilidad al daño (.07)

A efectos de verificar las cualidades psicométricas del instrumento y constatar la pertinencia de su aplicabilidad en la muestra del presente estudio se han estimado en una muestra de 295 la confiabilidad, validez de constructo y los baremos correspondientes, hallazgos que se describen a continuación:

Confiabilidad

La consistencia interna- Homogeneidad, a través del índice de alfa de Cronbach, para cada esquema brindo resultados que muestran una adecuada confiabilidad para cada esquema; la confiabilidad mínima se encontró en el esquema de Abandono (AB) con un valor de $\alpha = .70$, mientras que la confiabilidad más alta estuvo en el esquema de Fracaso (FR) $\alpha = .97$. En cuanto a Dimensiones, la confiabilidad mínima se encontró en la dimensión Límites inadecuados con un valor de $\alpha = .82$, mientras que la confiabilidad más alta estuvo en la dimensión de Perjuicio en Autonomía y desempeño con un $\alpha = .96$. Los índices de Alpha de Cronbach estimados para este instrumento son elevados porque superan los valores de punto de corte de .70, generalmente aceptado para los instrumentos psicológicos (Young et al., 2013).

El análisis por consistencia interna se utilizó el índice de confiabilidad, a través del coeficiente de Alpha de Crombach (α). En la tabla 3 los resultados muestran una adecuada confiabilidad mayor a .70 los cuales indican una óptima consistencia interna (Hair, Anderson y Tatham, 1999) para cada dimensión. La confiabilidad hallada en la dimensión *Orientación a los demás* con un valor de $\alpha = .80$, mientras que la confiabilidad más alta estuvo en la dimensión de Desconexión / rechazo con un valor $\alpha = .92$. Para obtener un índice de α general de la escala, debe cumplirse el principio de unidimensionalidad y de estructura simple, para esto Arias (2008) recomienda usar el coeficiente de α estratificado (α_{strat}), presentado como una manera de mejora cuando las escalas tienen varios dominios o factores si se pretende sumar las puntuaciones de las sub escalas para tener un puntaje general, de esta manera se puede hallar un mejor valor estimado de la consistencia interna al estratificarla en sub escalas (Oviedo y Campo–Arias, 2005), siendo el valor para la variable a estudiar $\alpha_{\text{strat}} = .84$

Tabla 3

*Confiabilidad del Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF)
por dimensiones*

Dimensiones	α	YSQ	α_{strat}
Desconexión/Rechazo	.92	Total	.84
Autonomía Deteriorada	.91		
Limites Deteriorados	.82		
Orientación hacia los demás	.80		
Vigilancia Excesiva	.83		

Validez

Para la evidencia de validez mediante la estructura interna se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para la evidencia de validez mediante la estructura interna, el análisis previo a la aplicación del AFE indicó una matriz de la determinante de .014, la medida de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkind (KMO) obtuvo un valor de .991 considerado como muy bueno (Pardo & Ruiz, 2002; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999), adicionalmente la prueba de Bartlett también presentó un resultado adecuado para el cuestionario, $\chi^2 (2275) = 13732.575$ $p < .001$, $n = 295$ indicando suficiente intercorrelación de los ítems, siendo coherente la aplicación del análisis factorial en los datos de la muestra, así mismo en la tabla 4 es mostrada la varianza total explicada por los 15 esquemas explicando el 65% de la variable.

Tabla 4

Varianza explicada de los factores agrupados según los esquemas disfuncionales tempranos

Componente	Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	21.574	28.765	28.765
2	4.134	5.512	34.277
3	3.048	4.064	38.34
4	2.652	3.536	41.876
5	2.466	3.288	45.164
6	2.125	2.833	47.997
7	1.955	2.607	50.605
8	1.755	2.34	52.944
9	1.68	2.24	55.184
10	1.545	2.06	57.245
11	1.489	1.986	59.23
12	1.303	1.737	60.968
13	1.198	1.597	62.565
14	1.173	1.564	64.129
15	1.115	1.487	65.615
16			
17			
18			
19			
20			

Nota: A través de un AFE se encontró un 65.6 de la varianza explicada con 15 factores replicando el modelo

Baremación

Las normas fueron establecidas a través de percentiles para interpretar las puntuaciones fueron obtenidas en el *Cuestionario de Esquemas de Young- Forma reducida (YSQ-SF)*. Para identificar los esquemas disfuncionales tempranos en la tabla 5 se sumaron los puntajes brutos de cada esquema y se obtuvieron puntuaciones directas que se convirtieron en percentiles, con lo

cual se estableció como límite para la presencia significativa del esquema el percentil 75, el cual indicaría a aquellos sujetos que se ubican en una posición superior dentro de la curva normal respecto a la población estandarizada, esto se realizó en cada uno de las dimensiones de los esquemas evaluados.

Tabla 5

Baremos de los esquemas disfuncionales Tempranos por dimensiones

Esquemas	M	DE	Pc 75
Desconexion/Rechazo	46.96	17.22	56
Autonomía/ Deteriorada	34.61	13.15	40
Limites Deteriorados	19.33	7.13	24
Orientación hacia los demás	26.37	9.16	31
Vigilancia Excesiva	23.68	8.90	30

3.6 Procedimientos

Se inició la aplicación del cuestionario CEY en población de estudiantes, así mismo, la corrección se realizó manualmente.

Respetando los fines deontológicos, fue conveniente informar de la presente investigación al departamento de Coordinación Académica. Para ello se presentó un consentimiento informado acompañado del cuestionario a evaluar en cada participante, los cuales fueron llenados por los mismos, respetando el anonimato de cada persona.

Luego de obtener las evaluaciones correspondientes de la muestra a investigar, estas respuestas obtenidas fueron convertidas a puntajes generales, teniendo en cuenta la codificación de las pruebas aplicadas, para un mayor control, las pruebas que obtuvieron puntajes en blanco fueron depuradas para lograr una mejor fineza de los resultados, después de este procedimiento se preparó a un formato Excel para ser exportadas al programa estadístico SPSS 21 y FACTOR 10.0 para la aplicación de técnicas descriptivas, estos datos fueron tratados de manera confidencial,

respetando a la vez las respuestas que los estudiantes hayan considerado en los cuestionarios.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de la presencia de esquemas disfuncionales tempranos en estudiantes universitarios

La presencia de los esquemas disfuncionales tempranos según las dimensiones de desconexión rechazo, autonomía deteriorada, límites deteriorados, orientación hacia los demás y vigilancia excesiva, así como las medidas de tendencia central de la variable son abordados en la tabla 6. En esta tabla se observa que los datos tienden a ser homogéneos de acuerdo a la medida de tendencia central (Media) y de dispersión (Desviación estándar).

En cuanto a la presencia de los esquemas disfuncionales tempranos muestra a la dimensión orientación a los demás como la de mayor dominio (24,7%) y vigilancia excesiva con la de menor presencia (22%). No obstante cabe señalar que la diferencia porcentual en la presencia de ambos esquemas es bajo (4.7%) con una muestra de 295.

Tabla 6

Presencia de esquemas disfuncionales tempranos en la muestra de estudiantes universitarios

Esquemas Disfuncionales Tempranos			
	Categorías	<i>f</i>	%
Desconexión/Rechazo	Presencia	70	23,7
	Ausencia	225	76,3
Autonomía Deteriorada	Presencia	71	24,1
	Ausencia	224	75,9
Límites Deteriorados	Presencia	65	22,0
	Ausencia	230	78,0
Orientación hacia los demás	Presencia	73	24,7
	Ausencia	222	75,3
Vigilancia Excesiva	Presencia	65	22,0
	Ausencia	230	78,0

4.1.2 Análisis de la presencia de esquemas disfuncionales tempranos de variables demográficas en estudiantes universitarios

Los esquemas disfuncionales han sido analizados de acuerdo a las diferentes variables demográficas, en el caso del nivel de estudios, en el nivel básico los esquemas que tienen mayor presencia son los de la dimensión de autonomía deteriorada y vigilancia excesiva (27.9%) destacando con mayor presencia en las cinco dimensiones, en contraste con estudiantes de formación avanzada (en más del 80% de los casos) que solo mantienen una mayor presencia en la dimensión de autonomía deteriorada (19.3%), ver tabla 7.

Tabla 7

Presencia de los Esquemas Disfuncionales Tempranos según nivel de estudios en la carrera

Esquemas Disfuncionales Tempranos	Categorías	Nivel de Estudios					
		Básicos		Regulares		Avanzados	
		f	%	f	%	f	%
Desconexión/Rechazo	Presencia	45	32.10%	16	23.90%	9	10.2
	Ausencia	95	67.90%	51	76.10%	79	89.8
Autonomía Deteriorada	Presencia	39	27.90%	15	22.40%	17	19.30%
	Ausencia	101	72.10%	52	77.70%	71	80.70%
Límites Deteriorados	Presencia	35	25.00%	13	19.40%	17	19.30%
	Ausencia	105	75.00%	54	80.60%	71	80.70%
Orientación hacia los demás	Presencia	44	31.4%	13	19.4%	16	18.2%
	Ausencia	96	68.6%	54	80.6%	72	81.8%
Vigilancia Excesiva	Presencia	39	27.90%	13	19%	13	14.80%
	Ausencia	101	72.10%	54	80.6	75	85.2

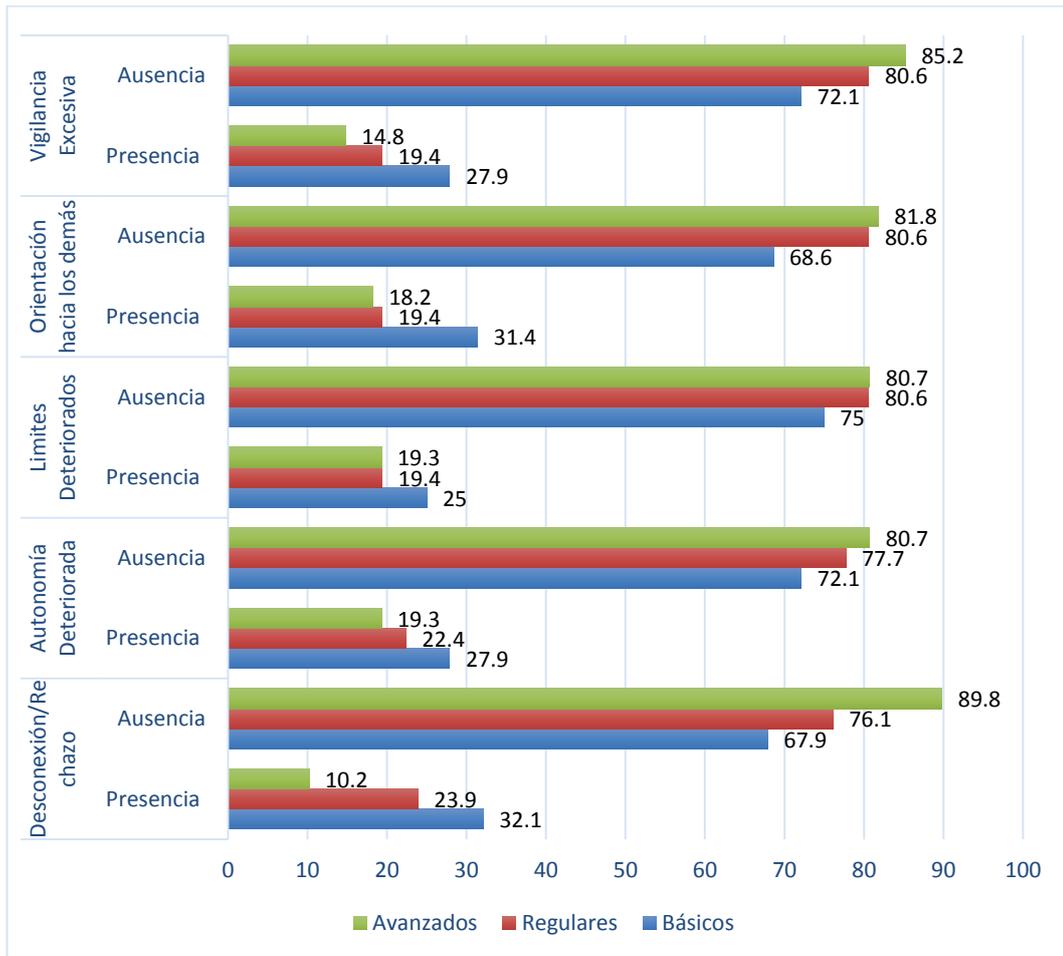


Figura 2. Presencia de esquemas disfuncionales según nivel de estudio

Tabla 8, se analiza la prevalencia de esquemas disfuncionales de acuerdo al sexo (varón y mujer), y se observa que existe una tendencia a presentar esquemas disfuncionales frecuentemente en las mujeres en la mayoría de las dimensiones como desconexión rechazo (25.5%), autonomía deteriorada (27.2%), orientación hacia los demás (25.9%) y vigilancia excesiva (23.8%) en el caso de los varones la mayor presencia de esquemas fue en la dimensión de límites deteriorados (23.2%) siendo en esta dimensión una diferencia con el sexo femenino de 2.4%.

Tabla 8

Presencia de los esquemas disfuncionales tempranos según sexo.

Esquemas Disfuncionales Tempranos		Sexo			
		Masculino		Femenino	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Desconexión/Rechazo	Presencia	9	16.1	61	25.5
	Ausencia	47	83.9	168	74.5
Autonomía Deteriorada	Presencia	6	10.7	65	27.2
	Ausencia	50	89.3	174	72.8
Límites Deteriorados	Presencia	13	23.2	52	21.8
	Ausencia	43	76.8	187	78.2
Orientación hacia los demás	Presencia	11	19.6	62	25.9
	Ausencia	45	80.4	177	74.1
Vigilancia Excesiva	Presencia	8	14.3	57	23.8
	Ausencia	48	85.7	182	76.2

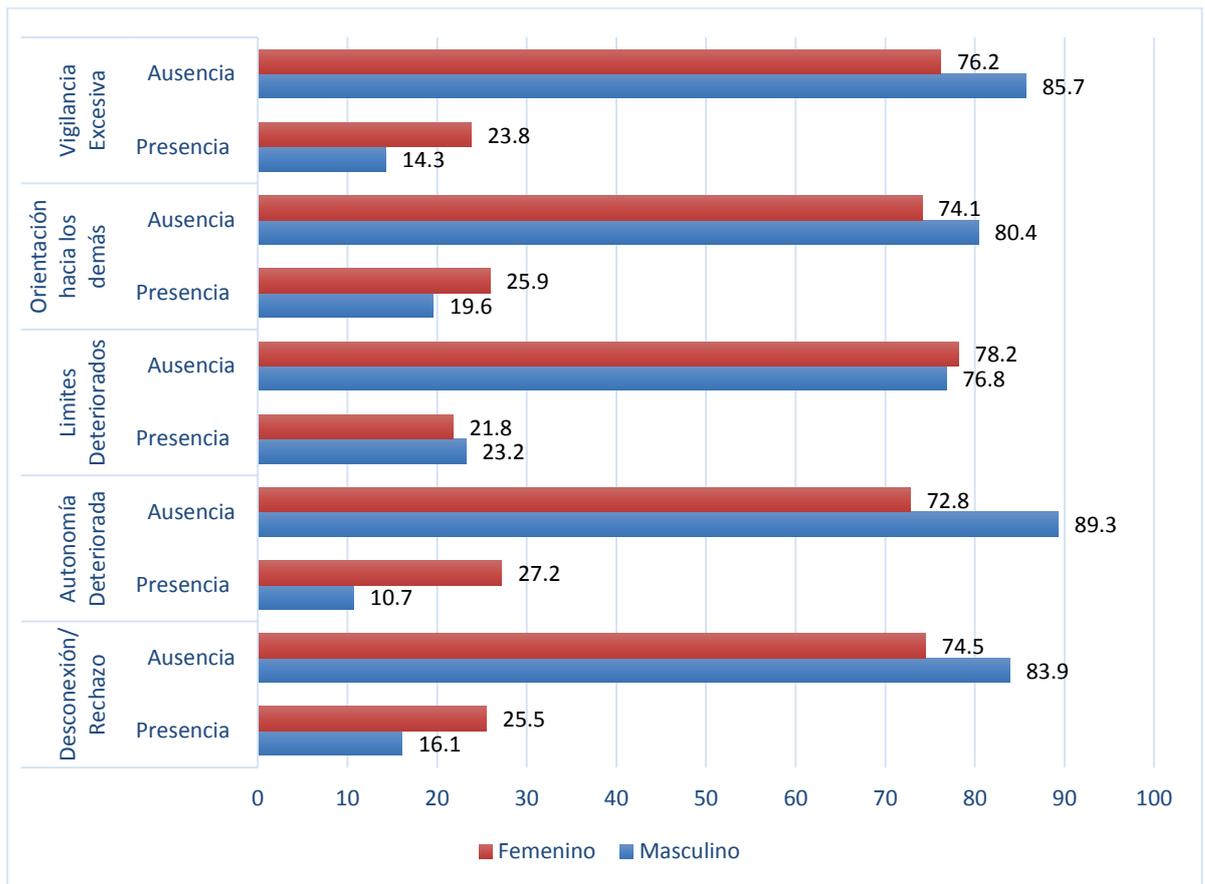


Figura 3. Presencia de esquemas disfuncionales según sexo

Tabla 9, se analiza los esquemas disfuncionales de acuerdo a la composición familiar. Se observa, de manera general, que los participantes presentan esquemas disfuncionales en mayor prevalencia cuando provienen de hogares monoparentales (Solo padre o madre) siendo la mayor presencia de esquemas dimensión de orientación hacia los demás (29.2%).

Tabla 9

Presencia de los esquemas disfuncionales Tempranos según composición familiar

Esquemas Disfuncionales Tempranos		Composición familiar							
		Ambos Padres		Un padrastro o madrastra		Solo padre o madre		Otros familiares	
Categorías		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Desconexión/Rechazo	Presencia	51	22.1	1	16.7	13	27.1	5	50
	Ausencia	180	77.9	5	83.3	35	72.9	5	50
Autonomía Deteriorada	Presencia	54	23.4	1	16.7	11	22.9	5	50
	Ausencia	177	76.6	5	83.3	37	77.1	5	50
Límites Deteriorados	Presencia	49	21.2	1	16.7	9	18.75	6	60
	Ausencia	182	78.8	5	83.3	39	81.25	4	40
Orientación hacia los demás	Presencia	55	23.8	0	0	14	29.2	4	40
	Ausencia	176	76.2	6	100	34	70.8	6	60
Vigilancia Excesiva	Presencia	50	21.6	0	0	11	22.9	4	40
	Ausencia	181	78.4	6	100	37	77.1	6	60

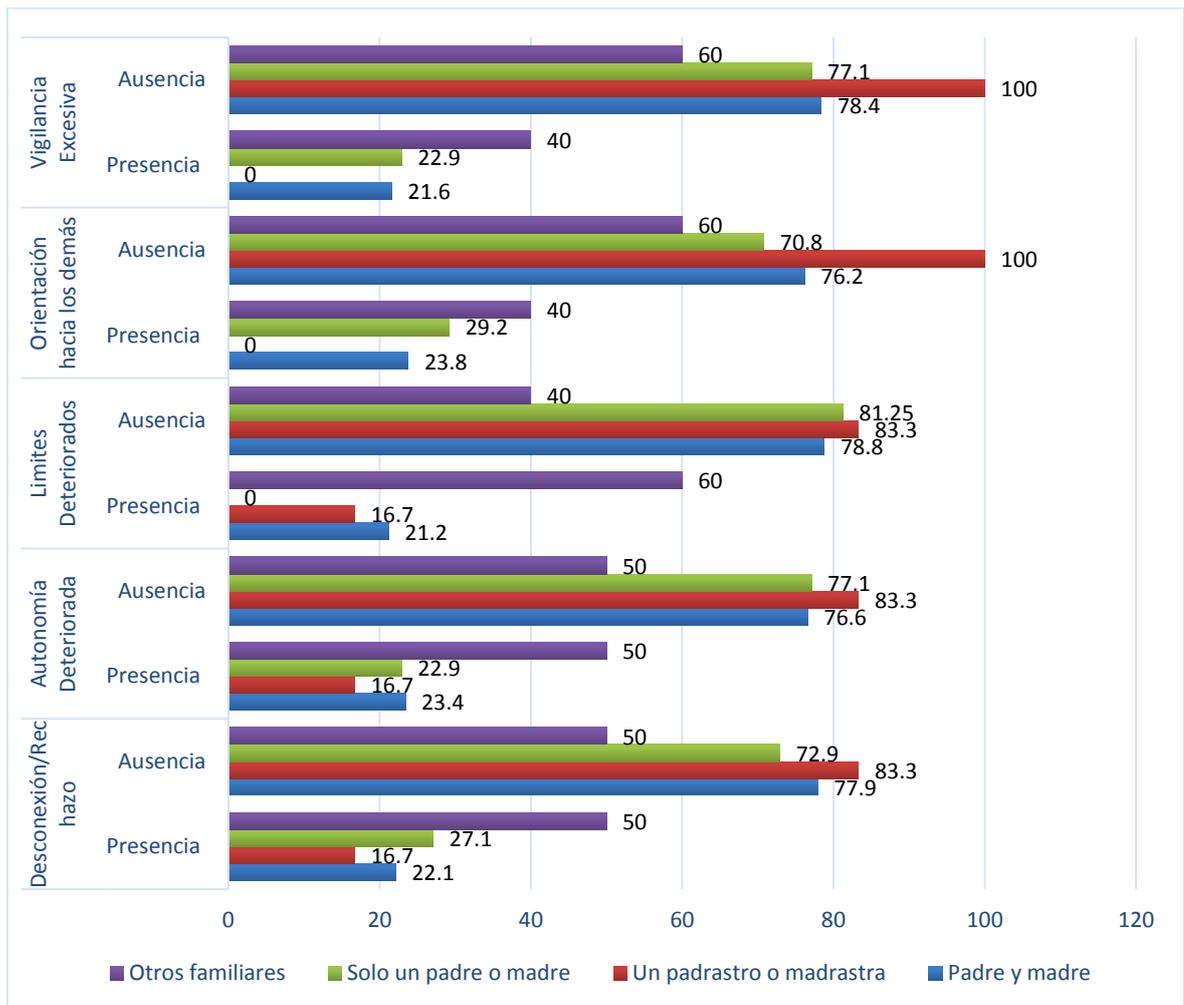


Figura 4. Presencia de esquemas disfuncionales según composición familiar

4.2 Discusión de los resultados.

Una parte fundamental propia del enfoque cognitiva y en la misma terapia cognitiva es identificar las creencias, pensamientos que influyen significativamente en el en la conducta (Young, 2001), siendo uno de los objetivos centrales de esta terapia hacer consciente al paciente sobre la conexión entre estas creencias y las conductas disruptivas (Beck et al., 1999). Hay distintos niveles de creencias dentro del modelo cognitivo, hay una creencia básica y general, que son las creencias nucleares o esquemas nucleares, que ya están presentes en el individuo, estas se han ido constituyendo en su experiencia de vida; son estas mismas estas creencias las

que pueden hacer vulnerable al sujeto a la conducta tener falencias y dificultades en su actuar y más aún en el ámbito universitario formativo, estos esquemas se activan según la naturaleza de la situación o circunstancia en la que se encuentra o se enfrenta el individuo, pues es por una situación o vivencias específicas que se desencadenan dichas creencias o esquemas disfuncionales (Latorre, 2008). Los esquemas, de acuerdo a la experiencia de las personas con el medio, pueden llegar a ser disfuncionales (Young, 2013).

Dado que la muestra es no clínica se esperaría que la presencia de esquemas fuera muy reducida o casi nula, sin embargo un 24.7% de los participantes totales presenta un mantenimiento de los esquemas, teniendo en cuenta que la investigación está centrada en describir los datos e identificar la presencia de los esquemas disfuncionales.

En los resultados sobre niveles de estudio, los procesos adaptativos juegan un papel importante en la regulación de los jóvenes estudiantes (Yoo, 2014), sin embargo existen discrepancias con los resultados hallados por Hatami y Ayzavi (2013) donde no había una diferencia significativa entre los grupos en cuanto al nivel de la educación, aunque para Yoo (2014) refiere que la influencia en el mantenimiento del esquema está relacionada con la conexión entre pares (Bahramizadeh y Ehsan, 2013), siendo proporcional el nivel de estudios a una mayor presencia de esquemas disfuncionales tempranos en todas las dimensiones como en la génesis de diferentes problemáticas emocionales (Mateos-Pérez y Calvete, 2015)

De acuerdo a los resultados hallados por sexo, se reveló diferencias de género en las variables medidas corroborando investigaciones previas (González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Lang, 2015; Shorey, Anderson y Stuart, 2010), solo los varones resaltaban en la dimensión de límites deteriorados con un 23.2 % (Shorey et al., 2010) sin embargo esta diferencia es solo del 2.4 % en esta dimensión, en cambio, las mujeres tienen una diferencia de hasta 16.6 % en autonomía deteriorada , además estos resultados fueron tomados de manera general por tanto muestran que el tener presente un esquema disfuncional temprano se asocia con una mayor probabilidad para la generación de esquemas disfuncionales tempranos adicionales (Shorey et al. 2010)

En el análisis demográfico sobre la composición familiar, la familia de origen tiene un efecto el mantenimiento de los esquemas, con menor proporción a familias monoparentales y los que viven con otros familiares, los resultados del análisis muestran que las familias reconstituidas tienen una menor proporción de presencia de esquemas que los demás categorías con un 83.4% de ausencia de esquemas disfuncionales corroborando que la comunicación es un factor mediador en la funcionalidad familiar como mencionan Yilmaz, Kumcagiz , Balci-Celik y Eren (2011) encontraron que los niveles de capacidad de comunicación de estudiantes universitarios difieren significativamente de acuerdo los esquemas disfuncionales tempranos, además los estudios actuales ponen de relieve la influencia del contexto familiar en el joven universitario el cual es mediado por el factor cultural como es nuestra sociedad Latinoamérica donde los vínculos familiares suelen ser más estrechos (Llamas, & Morgan, 2012). Se encontró que para sus respectivas categorías las familias monoparentales y las que viven con otros familiares presentan mayor cantidad de esquemas disfuncionales en comparación a otras categorías como son las familias nucleares y reconstituidas, tomando como relieve en los participantes que los grupos de familias monoparentales y los que viven con otros podrían aumentar el riesgo en el bienestar psicológico (Barra, 2010), salud mental (Baader 2014), trastornos del ánimo (Caballero, González & Palacio, 2015), factores psicosociales (Becerra-González y Reidl, 2015), entre otros.

Conclusiones

1. Los datos de la investigación corroboran la presencia de esquemas disfuncionales tempranos en nivel básico de estudios en proporción a los demás niveles de estudio
2. En la categoría sexo, las mujeres presentan más esquemas disfuncionales que los hombres en el cual solo en una dimensión tienen un puntaje más alto con una diferencia de 2.6%
3. Las familias nucleares y reconstituidas funcionan como factores protectores para evitar el mantenimiento de esquemas en especial las familias reconstituidas con una ausencia de esquemas disfuncionales del 83.3%

Recomendaciones

- 1.** Los resultados de esta investigación pueden ser útiles para generar un mayor acercamiento y entendimiento sobre la dinámica de los estudiantes por ciclo en las interacciones de conductas positivas o negativas que fueron encontradas de acuerdo a los resultados,
- 2.** Es pertinente retomar los resultados obtenidos en otras investigaciones y realizar un estudio comparativo en todas las categorías según diferencias de género.
- 3.** Realizar talleres en habilidades sociales para reestructurar la formación de esquemas disfuncionales tempranos, así como el involucramiento de los padres o tutores en actividades referentes al ámbito de educación superior, replicar el estudio con una mayor cantidad de muestra para minimizar sesgos de error.

Referencias bibliográficas

- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. Trabajo presentado en *Seminario de Actualización en Investigación sobre Discapacidad (SAID)*. Recuperado de: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/82465/1/VI_SimposioCientificoSaid.pdf#page=76
- Ato, M.; Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Baader M, Tomas, Rojas C, Carmen, Molina F, José Luis, Gotelli V, Marcelo, Alamo P, Catalina, Fierro F, Carlos, Venezian B, Silvia, & Dittus B, Paula. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. doi: 10.4067/S0717-92272014000300004.
- Bahramizadeh, H. y Ehsan, H. (2013). The Evaluation of Prediction Potential Neuroticism and Extraversion According to Early Maladaptive Schemas. *Social and Behavioral Sciences*, 30 (2), 524 – 529
- Becerra-González, C. E., y Reidl, L. M. (2015). Motivación, autoeficacia, estilo atribucional y rendimiento escolar de estudiantes de bachillerato. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 17(3), 79-93.
- Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 28(1), 119-125. doi: 10.4067/S0718-48082010000100011.
- Caballero, C., González, O., & Palacio, J. (2015). Relationship between burnout and engagement, with depression, anxiety and academic performance in university students. *Revista Salud Uninorte*, 31(1), 59-69. .doi: 10.14482/ sun.30.1.4309.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – short form: structure and relationship with automatic

- thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cámara, M. y Calvete, E. (2010). El rol de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Psicología Conductual*, 18 (3), 491-509
- Casquero, M; Mendoza, J y Oré, A. (2009). *Esquemas vitales en usuarios dependientes a sustancias psicoactivas del centro de día de CADES callao*. Lima: CADES CALLAO.
- Castrillón, D., Cheves, L., Londoño, N., Mestre, K., Marín, C y 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
- Cueva, A. (2013). *Esquemas disfuncionales tempranos y estilos de afrontamiento en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Estévez, A & Calvete, E (2007). "Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con las experiencias de crianza" .*Clínica y Salud*, 18 (1), 23-43.
- García, V. *Terapias cognitivas e integrativas para el abordaje de pacientes con trastorno límite de la personalidad: ¿Hacia el sendero de la creatividad y unicidad? Una revisión basada en las propuestas de Jeffrey Young y Marsha Linehan*. (Tesis para optar el grado de Magister) Universidad de Belgrano, Buenos Aires
- González-Jiménez, A. y Hernández-Romera, M. (2014). Early Maladaptive Schemas in adolescence: A quantitative study. *Social and Behavioral Sciences* 132 (2), 504 – 508

- Hair, J., Anderson, F., y Tatham, R. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Pretince Hall
- Hatami, M. y Ayvazi S. (2013). Investigating of personality characteristics (extroversionintroversion) and Early Maladaptive Schemas (EMS) in males and females with Gender Identity Disorder (GID). *Social and Behavioral Sciences*, 84 (2), 1474 – 1480
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ª Ed)*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, M; Pacheco, M, Palomar, J y Zavala, D. (2010) La adicción al Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*, 8 (1), 6-18.
- Hollon, S.D., & Kris, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Hunt, R. y Ellis, C. (2007). *Fundamentos de la psicología cognitiva*. México: Manual Moderno
- Jalali, MR. , Zargar,M. , Salavati,M., & Kakavand,AR. (2011). Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers.Iran. *Jourunal of Psychiatry*. Spring, 6(2), 54-60.
- Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del trastorno límite de la personalidad, *Vertex*, 15 (58), 287-294
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Lang, A. (2015). Machiavellianism and early maladaptive schemas in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 87 (1), 162–165. Doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.039
- Latorre, N. (2008). Esquemas disfuncionales en universitarios de Colombia. *Avances en Psicología*, 12 (1), 255 – 261

- Llamas, J. D. & Morgan, M.(2012) . The Importance of Familia for Latina/o College Students: Examining the Role of Familial Support in Intragroup Marginalization. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(4), 395- 403 doi: 10.1037 / a0029756.
- Londoño, N.; Schnitter, M.; Marín, C.; Calvete, E.; Ferrer, A.; Maestre, K. et al. (2012). Young Schema Questionnaire – Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- Malacas, C. (2013). *Esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Mateos-Pérez, E. y Calvete, E. (2015). Negative inferences as mediators of the Predictive association between early maladaptive schemas and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 34 (3), 259-276
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, *Picothema*, 13(1), 87 – 94
- Olson, D., Russell, C. y Sprenkle, D. (1989). *Cirumplex model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: Haworth Press.
- Oviedo, H., y Campo-Arias, A. (2005). Usos del coeficiente alfa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572 - 580
- Pardo, A & Ruiz, M. (2002). *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. Madrid: Mc Graw – Hill.
- Pérez, M y Aguilar, B. (2008). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud*, 19 (1), 111-120.
- Pozo, J. (2002). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata

- Renner, F., Arntz, A., Frenk P.M.L. Peeters, Lobbestael, J., y Huibers, M. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jbtep.2015.12.001
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma
- Shaghaghay, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., & Soltanynejad, A. (2011). The Relationship of Decision-Making Styles and Attributional Styles in Addicted and Non-addicted Men. *Addict Health. Summer-Autumn*, 3(3-4), 99–104.
- Shorey, R., Anderson, S., & Stuart, G. (2013) Early Maladaptive Schemas of Substance Abusers and their Intimate Partners. *Journal Psychoactive Drugs*, 45 (3), 266–275.
- Shorey, R., Anderson, S., y Stuart, G (2010). Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. *Subst Use Misuse*; 47(1): 108–116. doi:10.3109/10826084.2011.629706
- Soria-Barreto K. y Zúñiga-Jara, S. (2014). Aspectos Determinantes del Éxito Académico de Estudiantes Universitarios, *Formación Universitaria*: 7(5) 41-50 doi: 10.4067/S0718-50062014000500006.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., y Preston, J. (2001). Are the Short and Long Forms of the Young Schema Questionnaire Comparable and How Well Does Each Version Predict Psychopathology Scores?. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15 (3), 253-272.
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación*. México: Limusa
- Taylor, S.E., & Crocker, J. (1981). *Schematic bases of social information processing*. Social cognition: the Ontario symposium on personality and social psychology. Hillsdale: Erlbaum.

- Tobón, N., Cano, V.H., & Londoño, N.H. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 29. 1-24. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1942/194214466007.pdf>.
- Ybarra, Orozco y Valencia (2015). *Intervenciones con apoyo empírico. Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.
- Yilmaz, M., Kumcagiz, H., Balci-Celik, S., y Eren, Z. (2011). *Social and Behavioral Sciences*, 30 (1), 968 – 972
- Yoo, G. (2014). Early maladaptive schemas as predictors of interpersonal orientation and peer connectedness in university students. *Social Behavior and Personality*, 42(8), 1377-1394
- Young, J. & Klosko, J. (2007). *Reinventar tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós
- Young, J. & Klosko, J. (2007). *Terapia de esquemas*. En J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Anexos:

1. Instrumentos.

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-SF)

Instrucciones: En la parte inferior se proporciona una lista de afirmaciones que una persona puede usar para describirse. Por favor, lea cada afirmación y decida cuán bien lo describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que siente emocionalmente, no en lo que piensa que es verdadero. Luego elija un número, de 1 a 6, y escriba este número en el espacio que antecede a cada afirmación.

Escala de evaluación:

1 Completamente falso	2 Mayormente falso	3 Ligeramente más verdadero que falso	4 Moderadamente verdadero	5 Casi siempre verdadero	6 Me describe perfectamente
---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

	Punt.	Descripción
1.		La mayor parte del tiempo, no tuve a alguien que me cuide, que comparta su tiempo conmigo o que prestara atención a todas las cosas que me sucedían.
2.		En general, la gente no ha estado conmigo para proporcionarme protección, sostén y afecto.
3.		Durante la mayor parte de mi vida, no he sentido que haya sido especial para alguien.
4.		En general, no he tenido a alguien que realmente me preste atención, me comprenda o que sintonice con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5.		Raramente he tenido a una persona importante que me brinde buenos consejos o dirección cuando no estaba seguro de lo que tenía que hacer.
6.		Encuentro que me aferro a la gente cercana a mí, porque tengo temor de que me pueda dejar
7.		Necesito a otra gente hasta el punto que me preocupa la posibilidad de perderla
8.		Me preocupa que la gente a la que siento cercana me vaya a dejar o abandonar.
9.		Cuando siento que alguien que me importa, se aleja de mí, llego a desesperarme.
10.		A veces estoy tan preocupado de que la gente me deje que termino alejándola.
11.		Siento que la gente va a sacar ventaja de mí
12.		Siento que no puedo estar con la guardia baja en presencia de otra gente, de lo contrario me puede hacer daño intencionalmente.

13.		Es sólo cuestión de tiempo el hecho de que alguien me engañe
14.		Soy bastante desconfiado de los motivos de otra gente
15.		Usualmente estoy alerta para descubrir los motivos ocultos de la gente
16.		Yo no encajo (en un grupo, en una reunión, etc.).
17.		Soy fundamentalmente diferente de otra gente.
18.		Yo no formo parte de nada; soy un solitario.
19.		Me siento aislado de otra gente.
20.		Siempre me siento fuera o al margen de los grupos.
21.		Ningún hombre/mujer desearía amarme una vez que viera mis defectos
22.		Nadie querría estar cerca de mí si realmente me conociera.
23.		Soy indigno del amor, atención y respeto de otros.
24.		Siento que no soy simpático
25.		Soy inaceptable de muchas fundamentales maneras como para revelarme auténticamente a otra gente
26.		Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en los estudios) es tan bueno como lo que otra gente es capaz de hacer.
27.		Soy incompetente cuando se trata de alcanzar logros o metas.
28.		La mayoría de la gente es más capaz que yo en áreas del trabajo y de los logros.
29.		No soy tan talentoso como lo es la mayoría de la gente en su trabajo.
30.		No soy tan inteligente como la mayor parte de la gente que trabaja (o estudia).
31.		No soy capaz de arreglármelas yo solo en la vida diaria.
32.		Pienso que soy una persona dependiente, cuando veo cómo funciono a diario.
33.		Carezco de sentido común.
34.		No puedo confiar en mi propio juicio para enfrentar las situaciones diarias.
35.		No me siento confiado respecto a mi capacidad para solucionar los problemas que acontecen diariamente
36.		Parece que no puedo escapar del sentimiento de que algo malo está cerca de suceder.
37.		Siento que un desastre (natural, criminal, económico o médico) puede ocurrir en cualquier momento
38.		Me preocupa la posibilidad de ser atacado.
39.		Me preocupa que vaya a perder todo mi dinero y terminar como un indigente.
40.		Me preocupa que esté desarrollando una seria enfermedad, aun cuando nada grave ha sido diagnosticado por el médico
41.		No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otra gente de mi edad parece haberlo hecho
42.		Mis padres y yo tendemos a implicarnos excesivamente en nuestras vidas y problemas.
43.		Es muy difícil para mí y para mis padres mantener en reserva nuestros detalles íntimos, sin sentirnos traicionados o culpables

44.		Con frecuencia siento que mis padres copan toda mi vida – No tengo una vida propia.
45.		Con frecuencia siento que no tengo una identidad separada de mis padres o de mi pareja.
46.		Pienso que si hago lo que yo quiero, sólo estoy buscando problemas.
47.		Siento que no tengo otra elección que aceptar los deseos de otra gente, o de lo contrario se desquitará o me rechazará de alguna manera
48.		En mis relaciones, yo dejo que la otra persona asuma el control.
49.		Siempre he dejado que otra persona elija por mí, de tal manera que realmente no sé qué es lo que quiero en verdad
50.		Tengo muchos problemas para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tomados en cuenta
51.		Soy alguien que finalmente termino haciéndome cargo de la gente que me es cercana
52.		Soy una buena persona porque pienso en los otros más que en mí mismo.
53.		Estoy tan ocupado haciendo algo por la gente que quiero, que tengo poco tiempo para mí mismo
54.		Siempre soy una persona que presta atención a los problemas de todo el mundo.
55.		Otras personas me ven como alguien que hace demasiado por otros y no lo suficiente por mí mismo.
56.		Tengo demasiado autocontrol para demostrar sentimientos positivos a otros (p.e., afecto, demostrar atención)
57.		Siento vergüenza de expresar mis sentimientos a otros.
58.		Me resulta difícil ser cálido y espontaneo
59.		Me controlo tanto que la gente piensa que soy reservado e indiferente.
60.		La gente me ve como emocionalmente rígido.
61.		Debo ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo.
62.		Procuro hacer lo mejor; no me conformo con algo “suficientemente bueno”.
63.		Debo cumplir todas mis responsabilidades.
64.		Siento que hay una presión constante sobre mí para llevar a cabo y lograr que las cosas se hagan.
65.		No puedo dejar de auto culparme o de elaborar excusas por mis errores
66.		Tengo muchos problemas para aceptar como respuesta un “no” cuando quiero alguna cosa de otra gente
67.		Soy alguien especial y no debería tener que aceptar muchas de las restricciones que imponen a otras personas
68.		Odio ser forzado o que me impongan límites para hacer lo que quiero
69.		Siento que no debería tener que seguir las reglas y convenciones normales como lo hace otra gente

70.		Siento que lo que tengo que ofrecer es de mucho más valor que las contribuciones de otros
71.		Parece que no pudiera tener disciplina para cumplir tareas rutinarias o aburridas.
72.		Si no puedo lograr una meta, me llevo a frustrar fácilmente y me doy por vencido.
73.		Tengo mucha dificultad para sacrificar una gratificación inmediata con miras a lograr una meta de mayor nivel
74.		No puedo esforzarme en hacer las cosas que no me agradan, aun cuando sé que es por mi propio bien
75.		Raramente he sido capaz de mantenerme apegado a mis resoluciones.

