



Los Esquemas Maladaptativos Tempranos y su correlación con Depresión y Bipolaridad: una revisión sistemática

Estefanía Aguas Sánchez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Alexander Alvis Rizzo Magíster (MSc) en Educación y Desarrollo Humano

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2022

Cita	(Aguas Sánchez, 2022)
Referencia	Aguas Sánchez, E. (2022). <i>Los Esquemas Maladaptativos Tempranos y su correlación con Depresión y Bipolaridad: una revisión sistemática</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/director: Alba Nelly Gómez García

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

A mi gran asesor Alexander por su carisma y apoyo a lo largo de este proceso investigativo.

Tabla de contenido

Resumen.....	11
Abstract	12
1. Introducción	13
2. Planteamiento del Problema y Justificación	15
3. Objetivos.....	18
3.1. Objetivo general.....	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. Marco teórico	19
4.1. Esquema.....	19
4.2. Esquemas Maladaptativos Tempranos	20
4.2.1. Definición	20
4.2.2. Clasificación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos	22
4.2.2.1. Dominio de Desconexión y Rechazo	22
4.2.2.2. Dominio de Autonomía y Desempeño Deteriorados	22
4.2.2.3. Dominio de Límites insuficientes	23
4.2.2.4. Dominio de Orientación hacia los Otros	23
4.2.2.5. Dominio de Sobrevigilancia e Inhibición	24
4.2.3. Instrumentos de Medición de los Esquemas Maladaptativos Tempranos	24
4.3. Trastornos del Estado de Ánimo	26
4.3.1. Clasificación de los Trastornos Depresivos	26
4.3.1.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.....	26
4.3.1.2. Trastorno depresivo mayor	27
4.3.1.3. Trastorno depresivo persistente (distimia).....	27
4.3.1.4. Trastorno disfórico premenstrual	27
4.3.1.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.....	28
4.3.1.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica	28
4.3.1.7. Otro trastorno depresivo especificado	28
4.3.1.8. Otro trastorno depresivo no especificado	28
4.3.2. Etiología de los Trastornos Depresivos	29
4.3.2.1. Modelos Biológicos	29

4.3.2.2. Modelos Psicodinámicos	29
4.3.2.3. Modelos Conductuales.....	30
4.3.2.4. Modelos Cognitivos.....	31
4.3.3. Clasificación de los Trastornos Bipolares	33
4.3.3.1. Trastorno bipolar I.....	34
4.3.3.2. Trastorno bipolar II.....	34
4.3.3.3. Trastorno ciclotímico.....	34
4.3.3.4. Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos	34
4.3.3.5. Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica	35
4.3.3.6. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado	35
4.3.3.7. Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.....	35
4.3.4. Etiología de los Trastornos Bipolares	35
4.3.4.1. Modelos biológicos	35
4.3.4.2. Modelos Psicológicos	36
5. Metodología	39
5.1. Tipo de Investigación	39
5.2. Diseño de Investigación	40
5.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	41
5.4. Fuentes de Información	41
5.5. Búsqueda y Selección.....	42
5.6. Procedimiento de Análisis.....	42
5.7. Consideraciones Éticas.....	44
6. Resultados	46
6.1. Flujograma de la Revisión	46
6.2. Resultados Bibliográficos	47
6.3. Resultados Checklist.....	49
6.4. Resultados Metodológicos.....	51
6.4.1. Diseños de Investigación	51
6.4.2. Trastornos del Estado de Ánimo	51
6.4.3. Young Schema Questionnaire	53
6.4.4. Otras Variables e Instrumentos.....	53
6.4.5. Participantes.....	54

6.5. Análisis estadísticos..... 56

7. Discusión..... 60

8. Conclusiones..... 63

9. Limitaciones y Recomendaciones 66

Referencias..... 67

Anexos 74

Lista de tablas

Tabla 1 Episodio maníaco vs. Episodio hipomaníaco.....	33
Tabla 2 Checklist de ajuste metodológico.....	43
Tabla 3 Resultados bibliográficos.....	48
Tabla 4 Resultados del checklist de ajuste metodológico	49
Tabla 5 Porcentaje de cumplimiento por ítem del checklist de ajuste metodológico	50
Tabla 6 Instrumentos usados para medir depresión y bipolaridad	52
Tabla 7 Versión del YSQ vs. Trastorno del Estado de Ánimo	53
Tabla 8 Otras variables e instrumentos	54
Tabla 9 Características de las muestras	55
Tabla 10 Tipos de análisis estadísticos.....	56
Tabla 11 Comentarios de los autores sobre los resultados correlativos	59

Lista de figuras

Figura 1 Flujograma.....	46
Figura 2 Correlaciones entre EMT's y trastornos del estado de ánimo	57

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire
APA	American Psychological Association
ASRM	Altman Self-Rating Mania Scale
BDI	Beck Depression Inventory
BDRS	Bipolar Depression Rating Scale
BSSI	Beck Scale for Suicidal Ideation
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEMTN	Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños
EMT	Esquemas Maladaptativos Tempranos
FCSRT	Free and Cued Selective Reminding Test
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
LESS	Leahy Emotional Schemas Scale
LSQ	Life Stress Questionnaire
MADRS	Montgomery Asberg Depression Rating Scale
MAST	Michigan Alcohol Screening Test
MDQ	Mood Disorder Questionnaire
MMSE	Mini-Mental State Examination
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAC	Online Public Access Catalog
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-R
SQAC	Standard Quality Assessment Criteria
SSQ	Social Stress Questionnaire
STAY-Y	State-Trait Anxiety Inventory

TCE	Terapia Centrada en Esquemas
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
YMRS	Young Mania Rating Scale
YPI	Young Parenting Inventory
YSQ-L2	Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition
YSQ-S3	Young Schema Questionnaire Short Form-Third Edition
YSQ-SF	Young Schema Questionnaire Short Form

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue valorar la evidencia científica de la correlación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y los Trastornos del Estado de Ánimo, de acuerdo con los hallazgos presentados en artículos científicos de investigaciones empíricas publicados entre 2011 y 2021. A partir de la búsqueda en las bases de datos Scopus, ScienceDirect, PubMed, Medline Complete y Google Scholar, se llevó a cabo una revisión sistemática con una muestra de 10 artículos de carácter empírico que estudiaron las correlaciones entre los EMT y los trastornos depresivos o los trastornos bipolares. Los resultados de la revisión evidenciaron que la mayoría de EMT's se asociaban positiva y significativamente con alguno de dichos trastornos. Se concluyó que no fue posible identificar un perfil de esquemas específicos para depresión y bipolaridad, sino una activación general de EMT's que ni siquiera distinguía entre pacientes clínicos y muestras no clínicas. La revisión permitió deducir la necesidad de investigar los EMT en pacientes con trastornos anímicos de larga cronicidad, especialmente en trastornos del espectro bipolar, y ofreciendo distinciones por sexo para una mayor comprensión del papel de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en los trastornos del Eje I.

Palabras clave: Esquemas Maladaptativos Tempranos, depresión, bipolaridad, trastornos del estado de ánimo

Abstract

The main objective of this research was to assess the scientific evidence of the correlation between Early Maladaptive Schemas and Mood Disorders, according to the findings presented in scientific articles of empirical research published between 2011 and 2021. Based on a search of Scopus, ScienceDirect, PubMed, Medline Complete, and Google Scholar databases, a systematic review was conducted using a sample of 10 empirical articles that studied correlations between EMS and depressive disorders or bipolar disorders. The results of the review revealed that most EMS were positively and significantly associated with one of these mood disorders. It was concluded that a specific schema profile for depression and bipolarity could not be identified, but rather a general activation of EMS that did not even discriminate between clinical patients and non-clinical samples. The review allowed inferring the need to investigate EMS in patients with long-term mood disorders, especially in bipolar spectrum disorders, and providing gender distinctions for a better understanding of the specific role of Early Maladaptive Schemas in Axis I disorders.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, depression, bipolar, mood disorders

1. Introducción

El modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) fue propuesto por Jeffrey Young a mediados de los 80 's, a modo de una terapia de esquemas. Su interés se basó en la búsqueda de una nueva manera de entender y tratar los trastornos de la personalidad. Sin embargo, estos no constituyen el único problema que actualmente puede ser abordado por la terapia de esquemas. Young et al. (2013) sostienen que desde hace varios años su enfoque ha sido expandido “a una amplia gama de problemas clínicos, poblaciones y trastornos, incluidos, entre otros, la depresión crónica, el trauma infantil, el tratamiento de delincuentes, los trastornos alimentarios, el trabajo con parejas y la prevención de recaídas por abuso de sustancias” (p. 18). Incluso algunos estudios han investigado la terapia de esquemas en casos como el autismo de alto funcionamiento (Oshima et al., 2021) o la regulación emocional y la ansiedad (Rahbar Karbasdehi et al., 2018).

A grandes rasgos, en el libro *Terapia de esquemas: Una guía práctica* (2013) se definen los Esquemas Maladaptativos Tempranos como patrones cognitivos y emocionales cuyo inicio suele darse a raíz de una constante exposición a experiencias adversas o “tóxicas” durante la infancia o adolescencia. Los EMT son mantenidos a lo largo de la vida del individuo y se caracterizan por ser irracionales y disfuncionales en tanto que no solo afectan la percepción que la persona tiene de sí misma y de su relación con los otros, sino que también conllevan conductas desadaptativas en varias áreas de la vida (Young et al.).

Cabe resaltar que desde la década de los 90 's Young et al. (2013) ya habían hipotetizado que los EMT “podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de la personalidad, de los problemas caracterológicos menos severos y en muchos trastornos clínicos del Eje I” (p. 36). A mayo de 2021 existe una gran cantidad de investigaciones empíricas que parten de esta hipótesis para establecer relaciones de diversos tipos entre los EMT y otras variables psicológicas; hay una enorme diversidad en cuanto a temas de interés para los investigadores. Así, pues, se encuentran estudios de cohorte para determinar la diferencia de EMT's entre pacientes con TOC y Trastorno de Pánico (Kwak & Lee, 2015), personas con diferente orientación sexual (Nematy et al., 2014), pacientes suicidas y grupo no clínico (Darvishi et al., 2013), pacientes con Trastorno Bipolar e individuos sanos (Khosravi et al., 2017), etc. También hay estudios que evalúan los EMT como factores mediadores o mediacionales entre la victimización por bullying y síntomas depresivos (Alba et al., 2018), maltrato infantil y angustia psicológica posterior (Gong & Chan, 2018), maltrato emocional y trastornos emocionales (Rafi et al., 2017), la calidad de las relaciones de apego y depresión (Roelofs et al., 2011), severidad del TEPT y uso de sustancias ilícitas (Lecigne & Tapia, 2018),

abuso sexual infantil y síntomas impulsivos (Estévez et al., 2019), etc. No obstante, también existen estudios de un tipo más descriptivo para explorar los EMT en determinado grupo de sujetos, tales como pacientes con trastorno bipolar (Hawke & Provencher, 2012), pacientes con TDAH (Philipsen et al., 2017), pacientes con depresión crónica (Malogiannis et al., 2019), delincuentes sexuales (Carvalho & Nobre, 2014), entre otros.

2. Planteamiento del Problema y Justificación

Cabría esperar que una investigación que pretenda revisar toda la producción científica en torno al modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos tendría que realizar un arduo trabajo digno de un equipo de investigadores. Y, en ese sentido, se hace necesario delimitar el tema de investigación para hacerlo más abordable. Para dicho propósito, la presente investigación fue precedida de una “exploración inicial” superficial de la literatura científica, lo cual permitió obtener una aproximación a los temas de interés más frecuentes alrededor de los EMT publicados en los últimos 10 años: trastornos del estado de ánimo, seguidos de adición/consumo de sustancias y relaciones interpersonales. Con base en esto se decidió inclinarse por los trastornos del estado de ánimo. Dicha categoría incluye a aquellas investigaciones en las cuales se evaluaron los trastornos que el DSM-5 en su sección 2 denomina trastornos depresivos y trastorno bipolar y relacionados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

De acuerdo con el DSM-5 (2013), un trastorno mental se caracteriza por presentar “alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, p. 58). Con base en lo anterior, los trastornos del estado de ánimo consisten en alteraciones principalmente emocionales, en tanto que conllevan periodos prolongados y excesivos de tristeza y/o júbilo (Coryell, 2020). Para el caso concreto de la depresión, se considera que es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes a nivel mundial, con 322 millones de personas padeciéndola en el año 2017 (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Ya desde la década de los 90 's se preveía que para el año 2020 la depresión ocuparía el segundo lugar entre las principales causas de discapacidad en el mundo (Murray & López, 1996, citados en Caballo et al., 2014). Y justamente en la actualidad la Organización Mundial de la Salud (2020) cataloga dicho trastorno como “la principal causa mundial de discapacidad”, añadiendo que, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio, fenómeno cuya frecuencia se estima en 800.000 personas por año. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), en Colombia se calcula que 5,7 de cada 100.000 habitantes murió por suicidio en el año 2016. Para el año 2015 más de 36.000 personas habían sido diagnosticadas con depresión moderada en el país, mientras que más de 11.000 presentaban depresión grave (Ministerio de Salud, 2017).

Por su parte, el trastorno bipolar afecta a más de 45 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2019). Así mismo, se le ha considerado la causa número 17 de discapacidad a nivel mundial (Vigo et al., 2016; citados en Gutiérrez-Rojas et al., 2020). De acuerdo con la revisión de Montoya et al. (2019):

En el mundo, la prevalencia de TAB [trastorno afectivo bipolar] es del 1% (...) y en Estados Unidos se reportan prevalencias de trastorno bipolar I de 0,6% (...), y en América Latina la prevalencia de episodio maniaco [sic] fue de: 1,2% en Colombia; 0,9% en Chile; 1,3% en ciudad de México y 0,5% en Costa Rica (p. 2).

Por otra parte, los trastornos del estado de ánimo pueden coexistir con otros trastornos y enfermedades. En el caso de la depresión existe comorbilidad con abuso de drogas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008; citado en Young et al., 2018) o algún trastorno de ansiedad (Krueger & Markon, 2006; citados en Vázquez & Sanz, 2020). Respecto al trastorno bipolar, este puede presentar comorbilidades con ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastornos por consumo de drogas (Merikangas et al., 2007; citados en Miklowitz, 2018), y algunos trastornos de la personalidad, tales como obsesivo-compulsiva, límite, narcisista y evitativa (McIntyre et al., 2004; citados en Sevillá et al., 2014).

A partir de todo lo anteriormente expuesto, se observa que los trastornos del estado de ánimo, en particular la depresión, constituyen problemas de salud con una alta prevalencia y comorbilidades en la población. Además, como en todo trastorno mental, sus repercusiones trascienden el ámbito personal en tanto no solo implican un vivencia subjetiva de malestar, sino que también ocasionan deterioro a nivel familiar, social y/o académico o laboral. De acuerdo con Young et al. (2018), “el trastorno depresivo mayor se asocia cada año con la pérdida de 27.2 días laborales y el trastorno bipolar (I o II) con 65.5 días laborales por cada trabajador enfermo” (p. 496). Así mismo, los familiares de pacientes bipolares presentan una mayor prevalencia de sobrecarga, estrés y síntomas depresivos (Perlick et al., 2001; citado en Miklowitz, 2018). Por su parte, la depresión es considerada como una fuente de estrés interpersonal en sí misma (por ejemplo, discusiones, rechazo, conductas violentas especialmente en los jóvenes, etc.), lo que a su vez incrementa los síntomas depresivos (Liu & Alloy, 2010; citados en Vázquez & Sanz, 2020).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se decidió enfocar el problema de la presente investigación en los trastornos del estado de ánimo, con la finalidad de identificar hasta qué punto podrían estar correlacionados con los Esquemas Maladaptativos Tempranos. Los motivos para limitar la investigación a las correlaciones residieron en que, principalmente, no se contó con los recursos personales ni temporales suficientes para incluir otro tipo de análisis estadísticos más complejos. No obstante, los análisis correlativos son una herramienta muy útil para determinar el grado o la fuerza de relación existente entre dos variables. Saber hasta qué punto los EMT estarían correlacionados con los trastornos del estado de ánimo puede aportar a la comprensión de estos y, así mismo, contribuir a las razones clínicas para usar la

Terapia de Esquemas de Jeffrey Young como tratamiento psicoterapéutico para dichos trastornos. Del mismo modo, los análisis correlativos permitirían reforzar el modelo teórico al aportar evidencia científica, a la comprobación o falsación de la hipótesis de que los EMT “podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de la personalidad, de los problemas caracterológicos menos severos y en muchos trastornos clínicos del Eje I” (Young et al., 2013, p. 36).

Por otra parte, dado el interés propio de sintetizar los resultados de la literatura científica en relación al tema, se consideró más adecuada la realización de una revisión sistemática, definida como “un proceso de identificar sistemáticamente y evaluar varios estudios del mismo tipo y con un objetivo común; constituye un método científico [reproducible] para resumir la literatura a partir de un protocolo específico que determina los estudios que se incluirán” (Cardona-Arias et al., 2016, p. 19). En esa vía, las revisiones sistemáticas presentan una rigurosidad científica mayor a las revisiones narrativas o los estados del arte. Por lo tanto, la presente revisión no solo permitió identificar tendencias y discrepancias en la literatura científica existente en torno al problema de investigación, sino también generar conocimiento con mayor potencia estadística y mayor validez externa.

En ese orden de ideas, se partió de la pregunta: ¿Cuál es la evidencia científica de la correlación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y los Trastornos del Estado de Ánimo, de acuerdo con los hallazgos presentados en artículos científicos de investigaciones empíricas realizadas en los últimos 10 años?

Se desconoce de otra investigación cuyo interés haya sido el mismo de la presente, puesto que las únicas revisiones sistemáticas halladas en la exploración inicial se interesaron por los EMT en relación con: salud mental (Annemarie et al., 2020), problemas interpersonales (Janovsky et al., 2020), experiencias adversas de la infancia (Pilkington et al., 2021), estilos parentales (Basso et al., 2019), y el trastorno o rasgos de la personalidad límite (Barazandeh et al., 2016). Así, pues, la presente revisión sistemática permitió llenar un vacío en el conocimiento, unir referentes investigativos y brindar una visión sintetizada del estado actual de la investigación en cuanto a los EMT y su relación con los trastornos del estado de ánimo, lo que la consolida como un posible apoyo documental para otros investigadores.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Valorar la evidencia científica de la correlación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y los Trastornos del Estado de Ánimo, de acuerdo con los hallazgos presentados en artículos científicos de investigaciones empíricas publicados entre 2011 y 2021.

3.2. Objetivos específicos

1. Revisar los estudios de carácter empírico y correlacional que se han hecho en torno al modelo de los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo entre 2011 y 2021.
2. Identificar tendencias, acuerdos y discrepancias en los niveles de correlación hallados entre los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo en los artículos revisados.
3. Determinar el grado de ajuste metodológico presente en el conocimiento producido alrededor del tema, de acuerdo con un checklist de elaboración propia.
4. Identificar las limitaciones de los estudios y sus resultados sobre los niveles de correlación hallados entre los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo en los artículos revisados.

4. Marco teórico

El presente marco teórico se estructuró de la siguiente forma: inicialmente se expone el concepto de esquema cognitivo para dar paso al modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos de Jeffrey Young, explicar sus características y exponer la clasificación propuesta por su autor. Así mismo, se brinda una visión general acerca de los instrumentos de medición que se emplean para evaluar los EMT, considerando sus principales versiones. En un tercer apartado se introducen los Trastornos del Estado de Ánimo. Tanto para los Trastornos Depresivos como para los Trastornos Bipolares inicialmente serán expuestos a partir de las clasificaciones y definiciones contempladas en el DSM-5, para posteriormente presentar los principales modelos etiológicos o explicativos que han sido desarrollados desde diferentes perspectivas, entre ellas el modelo de Jeffrey Young.

4.1. Esquema

El concepto de Esquema ha sido ampliamente abordado desde diferentes áreas del conocimiento. En la filosofía griega ya se hablaba de “esquemas inferenciales” para referirse a los principios de la lógica. De acuerdo con Young et al. (2013), el término ha sido empleado también en “la teoría de conjuntos, la geometría algebraica, en educación, en análisis literarios y en programación computacional” (p. 35). Por su parte, en el campo de la psicología el concepto de esquema también ha formado parte de los planteamientos de Piaget, quien desarrolló su teoría del aprendizaje entendiéndolo como un proceso de reestructuración del conocimiento, en tanto que la nueva información que el sujeto va adquiriendo mediante la experiencia modifica sus estructuras mentales preexistentes, es decir, los esquemas, a través de procesos de asimilación y acomodación (Saldarriaga-Zambrano et al., 2016).

Tiempo después, la psicología cognitiva concibe los esquemas como “entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” (Safran et al., 1986; mencionado en Ruiz et al., 2012, p. 368). Aaron Beck, psicólogo cognitivo, fue el primero en emplear el término en una teoría psicopatológica, considerando los esquemas como patrones cognitivos estables que sirven de base para hacer interpretaciones sobre determinadas situaciones; es decir, “un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas” (Beck et al., 2012, p. 21).

Por otro lado, los esquemas pueden volverse disfuncionales cuando, a partir de sus vivencias personales negativas, el sujeto distorsiona el modo en que categoriza o interpreta determinado conjunto de situaciones. De esta manera, “el trastorno psicopatológico se caracteriza por esquemas idiosincráticos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente” (Beck, citado en Castrillón et al., 2005, p. 543). Por esta razón, Beck desarrolló su terapia cognitiva de corta duración para tratar estos esquemas disfuncionales. Su ex compañero de estudios posdoctorales, Jeffrey Young, también compartía la idea de que dichos esquemas podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de la personalidad, trastornos del eje I y problemas leves del carácter. Sin embargo, consideró que la terapia de corta duración de Beck sería insuficiente para ciertos pacientes por varias razones:

1. No todos los pacientes tienen acceso fácil a sentimientos, pensamientos e imágenes.
2. No siempre es posible aislar problemas claros e identificarlos para el tratamiento.
3. A veces el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo esta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos de personalidad.
4. No siempre es fácil desarrollar una relación de colaboración paciente-terapeuta, dificultad que es también muy destacada en pacientes con trastornos de personalidad.
5. En función a lo anterior, podemos considerar que pueden existir, con cierta frecuencia, dificultades en la relación terapéutica con este tipo de pacientes con estos trastornos.
6. No todos los patrones conductuales y cognitivos se pueden cambiar con el análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, etc. (Rodríguez, 2009, p. 60)

4.2. Esquemas Maladaptativos Tempranos

4.2.1. Definición

Young se interesó en desarrollar una terapia que se centrara en los aspectos disfuncionales más profundos de la cognición, y por ello elaboró su teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT). Este modelo se enmarca teóricamente dentro de la psicología cognitiva, aunque Young también acogió los postulados de la teoría del apego y de la Gestalt. Así mismo, al trascender de lo teórico a lo práctico a través de la Terapia Centrada en Esquemas, tal como la nombró Young et al. (2013), sus planteamientos también se extienden al campo de la psicología clínica. López et al. (2011) la definen como “una forma de

psicoterapia integrativa, que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales” (p. 2).

Entonces, según Young et al. (2013), un EMT es un patrón significativamente disfuncional, amplio y generalizado, compuesto de recuerdos, pensamientos, emociones y sensaciones corporales referidos a uno mismo y a las relaciones establecidas con los demás. Este patrón se desarrolla durante la infancia o adolescencia, y es elaborado y mantenido a lo largo de la vida de la persona, sirviéndole como marco referencial para la interpretación de sus experiencias y provocándole conductas disfuncionales que favorecen el mantenimiento del esquema. En conclusión, *esquema* significa patrón cognitivo, *maladaptativo* hace referencia a su contenido disfuncional, y *temprano* alude a la infancia o adolescencia, periodos en los cuales, por lo general, el esquema empieza a desarrollarse.

Así, pues, los Esquemas Maladaptativos Tempranos presentan las siguientes características (Young et al., 2013):

Autoperpetuantes. Debido a que los EMT son desarrollados en etapas tempranas de la vida, es bastante probable que se conviertan en el núcleo del autoconcepto del sujeto y de su concepción del entorno, volviéndose familiares y comunes para él. Por ello, el individuo distorsiona la información para que se adecúe a sus esquemas, consiguiendo así confirmarlos y perpetuarlos para conservar una estabilidad cognitiva.

Disfuncionales. Los EMT acarrear un significativo malestar psicológico para el sujeto. La hipótesis de Young es que pueden llevar a problemas como la depresión, el pánico, la soledad, relaciones destructivas, mal desempeño laboral, adicciones, y problemas psicosomáticos como el insomnio.

Reactivos. Estos esquemas son generalmente activados por situaciones acordes a ellos. Por ejemplo, si un sujeto con un esquema de abandono rompe con su pareja amorosa, el esquema se activa y con ello aparecerán pensamientos como “todas las personas importantes en mi vida me abandonan”, “nadie es estable para mí”. Además, estos pensamientos se acompañan de emociones intensas negativas, como pueden ser la tristeza y la desesperación para el caso del abandono.

Tempranos. Los Esquemas Maladaptativos Tempranos parecen ser el resultado de la interacción entre el temperamento innato del individuo y sus experiencias disfuncionales constantes y repetitivas durante los primeros años de vida, conllevando una insatisfacción de las necesidades nucleares durante la infancia, las cuales son: 1) vínculos seguros con los demás; 2) autonomía, competencia y sentido de identidad; 3) libertad para expresar necesidades y emociones válidas; 4) espontaneidad y juego; y 5) límites realistas y autocontrol.

Dimensionales. Los EMT presentan grados de gravedad. Por lo tanto, entre más grave sea el esquema, mayor será la cantidad de situaciones en las cuales se activará, es decir, mayor grado de generalización tendrá.

4.2.2. Clasificación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

La teoría de esquemas de Young propuso inicialmente 18 Esquemas Maladaptativos Tempranos a su vez clasificados en 5 dominios (Young et al., 2013), tal como se describirá a continuación:

4.2.2.1. Dominio de Desconexión y Rechazo

Referido a la creencia y el sentimiento de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, aceptación, respeto y empatía no serán satisfechas de manera predecible y estable. Se compone de los siguientes esquemas:

Abandono. La creencia de que las personas significativas no estarán disponibles de forma constante para brindar apoyo emocional, conexión y protección, pues se las considera emocionalmente inestables (por ejemplo, tienen estallidos de ira) y no confiables.

Desconfianza. La creencia de que los demás abusarán, lastimarán, engañarán o se aprovecharán de uno mismo.

Privación Emocional. La creencia de que el propio deseo de apoyo emocional (cuidados, empatía o protección) no será satisfecho completamente por nadie.

Defectuosa. La sensación de que uno mismo es inherentemente imperfecto, defectuoso, indeseable, inválido o inferior.

Aislamiento Social. La sensación de ser diferente a los demás y de no encajar en la sociedad o en la propia familia. La persona no siente pertenencia hacia ningún grupo o comunidad.

4.2.2.2. Dominio de Autonomía y Desempeño Deteriorados

Referido a expectativas sobre uno mismo y sobre el mundo que interfieren con la propia capacidad para separarse de las figuras parentales o significativas y sobrevivir de forma independiente.

Dependencia/Incompetencia. La creencia de ser incapaz de asumir responsabilidades cotidianas sin ayuda de alguien más (por ejemplo, administrar su propio dinero, cuidarse a sí mismo, resolver problemas, tomar buenas decisiones, iniciar nuevas tareas, formarse juicios prácticos, etc.).

Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad. La creencia de que en cualquier momento puede ocurrir una catástrofe (médica, emocional o externa) que uno será incapaz de impedir o afrontar.

Entrampamiento Emocional. Conductas de excesiva implicación o fusión con una o más personas significativas (como los padres), en detrimento de la propia individuación y del desarrollo social normal.

Fracaso. La creencia de que uno fallará inevitablemente en términos de logros académicos, deportivos, profesionales u otros.

4.2.2.3. Dominio de Límites insuficientes

Referido a la deficiencia de límites propios adecuados para la relación con los demás y la autodisciplina. La persona presenta problemas para respetar los derechos de los otros, cooperar con los demás, cumplir con compromisos previamente acordados, lograr metas a largo plazo, etc. Puede parecer egoísta, narcisista, malcriada o irresponsable.

Derecho/Grandiosidad. La creencia de que uno es superior al resto y que, por ende, tiene derechos y privilegios especiales.

Autocontrol/Autodisciplina Insuficiente. La evitación de ejercer un autocontrol y tolerar la frustración para alcanzar objetivos personales. La persona no controla sus propios impulsos ni su expresión emocional.

4.2.2.4. Dominio de Orientación hacia los Otros

Referido al énfasis excesivo en satisfacer las necesidades de los demás a expensas de las propias, con el fin de obtener la aprobación, mantener la conexión emocional o evitar represalias. Es frecuente que la persona carezca de conciencia de las propias necesidades y emociones.

Subyugación. La sensación de estar obligado a rendirse, sin oposición, al control de los demás, pues se cree que las propias necesidades y sentimientos no son válidos ni importantes.

Autosacrificio. Hipersensibilidad al sufrimiento ajeno por concebir a los demás como necesitados. La persona satisface voluntariamente las necesidades de otros a fin de evitarles dolor, evitar sentirse culpable, lograr una mayor autoestima o mantener algún vínculo emocional.

Búsqueda de Aprobación. Atribución excesiva de importancia a la obtención de aprobación, reconocimiento y atención por parte de los demás, a costa de tomar decisiones que no son auténticas ni satisfactorias para uno mismo.

4.2.2.5. Dominio de Sobrevigilancia e Inhibición

Referido a la supresión de los propios sentimientos e impulsos espontáneos. La persona se impone reglas internas rígidas que debe satisfacer a expensas de la felicidad, autoexpresión, relajación, intimidad con otros o buena salud.

Negatividad/Pesimismo. La creencia exagerada de que todas las cosas van a empeorar eventualmente, por ejemplo, en el ámbito laboral, financiero o interpersonal.

Inhibición Emocional. La inhibición excesiva de acciones, sentimientos y comunicación espontáneos, con el propósito de evitar la crítica o perder el control de los impulsos.

Estándares Inflexibles. La creencia de que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de comportamiento y desempeño para evitar la desaprobación y la vergüenza. Puede haber perfeccionismo, reglas rígidas y preocupación por el tiempo y la eficiencia.

Castigo. La creencia de que los demás deben ser reprendidos con dureza por cometer fallos. La persona tiende a ser de mal carácter, punitiva e intolerante con quienes no comparten sus propios estándares.

4.2.3. Instrumentos de Medición de los Esquemas Maladaptativos Tempranos

En la tercera edición de su libro *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (1999, mencionado en Castrillón et al., 2005), Young publicó una versión de su cuestionario para evaluar los Esquemas Maladaptativos Tempranos, en la cual incluyó 15 de los 18 anteriormente expuestos, dejando por fuera los esquemas de Búsqueda de Aprobación, de Negatividad/Pesimismo y de Castigo, e incluyendo un nuevo esquema llamado Indeseabilidad Social. Esta nueva versión del cuestionario, el *Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition* (YSQ-L2), está compuesta de 205 afirmaciones o ítems con opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 6, con el propósito de medir el grado de identificación del evaluado con cada enunciado.

Por otro lado, Young (1998, citado en Londoño et al., 2012) también publicó una versión corta del cuestionario, el *Young Schema Questionnaire-Short Form* (YSQ-SF). Para esta prueba, Young seleccionó

“los 5 ítems con mayor peso de cada uno de los componentes del cuestionario original” (p. 149). Así que consta de solo 75 ítems y evalúa todos los esquemas del YSQ-L2, exceptuando el de Indeseabilidad Social.

Haciendo una comparación, es evidente que el YSQ-SF es mucho más rápido de administrar por tener solo el 36,6 % del número de ítems presentes en la versión larga del cuestionario. Pero cabe aclarar que el YSQ-L2 es más recomendable para fines clínicos porque contiene ítems que reflejan matices más sutiles de cada esquema, es más fiable y por ello es más usado en las investigaciones (Schema Therapy, s.f.). En contraste, Londoño et al. (2012), afirman que “a pesar de la validez del cuestionario de esquemas [YSQ-L2], el elevado número de ítems que lo componen hacen de este un instrumento largo y en ocasiones pesado de contestar, especialmente cuando se utiliza con población clínica” (p. 149).

Sin embargo, el YSQ-SF ha tenido más modificaciones. A la fecha se encuentra en su tercera versión, el YSQ-S3. Con este instrumento se volvió al modelo de los 18 esquemas que originalmente propusieron Young et al. (2013), y además está conformado por 90 ítems (Cid et al., 2018). En la vía de lo que afirman Castrillón et al. (2005), todas las modificaciones que le han sido realizadas al modelo de los EMT hacen pensar en la posibilidad de que futuramente se publiquen nuevas versiones del YSQ.

Es importante mencionar que el cuestionario YSQ-L2 ya fue validado en población colombiana mediante un análisis factorial (Castrillón et al., 2005). No obstante, solo se obtuvieron 11 factores o esquemas de los 16 propuestos inicialmente por Young. Los autores del estudio concluyeron que la ausencia de los otros esquemas podría explicarse por el hecho de que la muestra, estudiantes universitarios, estaba inmersa en un ambiente académico, el cual promueve la flexibilidad cognitiva y las oportunidades sociales. Del mismo modo, el YSQ-SF también fue validado en Colombia (Londoño et al., 2012), mediante un estudio de comprobación de las propiedades psicométricas del cuestionario, en donde se obtuvo como resultado la confirmación de la existencia de los 15 factores o esquemas que evalúa. Por su parte, el YSQ-S3 ya ha sido adaptado a varios idiomas: español, rumano, portugués, finés, turco, francés, alemán, griego, danés, coreano y polaco (Cid et al., 2018).

En otro orden de ideas, también existe la validación mexicana de un cuestionario que pretende medir los EMT en niños: la *Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños* (EEMTN), compuesta de 97 ítems que evalúan 17 esquemas de los 5 dominios propuestos por Young (Pedroza, 2014; mencionado en Pedroza et al., 2019).

Por último, cabe resaltar que los planteamientos de Young incluyen otros constructos importantes tales como las estrategias de afrontamiento (rendición, evitación y compensación) y los modos de esquemas. No obstante, en este trabajo no se tuvieron en cuenta porque el interés recayó en determinar

de qué manera los Esquemas Maladaptativos Tempranos estarían correlacionados con los trastornos del estado de ánimo.

4.3. Trastornos del Estado de Ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por presentar alteraciones de tipo emocional que pueden variar desde una tristeza excesiva hasta un estado de manía incontrolable. En sus estados menos graves, dichas emociones pueden cumplir con funciones adaptativas, por ejemplo recibir la atención y cuidado de los demás o incluso conservar “energía” para poder afrontar otras situaciones (Badcock et al., 2017; mencionado en Vázquez & Sanz, 2020). Por lo tanto, los trastornos del estado de ánimo se diferencian de la tristeza o la alegría que comúnmente experimentamos, en términos de frecuencia, intensidad e incapacidad para el individuo.

4.3.1. Clasificación de los Trastornos Depresivos

De acuerdo con el DSM-5 (2013), los trastornos depresivos se clasifican en ocho: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado, y otro trastorno depresivo no especificado. A continuación, se expondrán los principales aspectos de dichos trastornos. Para más información sobre sus criterios diagnósticos, consultar el DSM-5 (2013).

4.3.1.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

Este trastorno se caracteriza por episodios intensos y frecuentes de cólera, mínimo 3 veces por semana y desde hace al menos 12 meses, considerados desproporcionados para la situación y para el nivel de desarrollo del individuo. Además, es importante señalar que entre cada episodio de cólera se presenta un estado de ánimo irritable durante la mayor parte del día. Como criterio temporal, dichos episodios deben darse antes de los 10 años y el diagnóstico debe ser realizado entre los 6 y 18 años del individuo.

4.3.1.2. Trastorno depresivo mayor

La característica principal de este trastorno reside en la presencia de, bien sea, un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y casi todos los días, o de anhedonia, entendida como la incapacidad para disfrutar de actividades que anteriormente sí generaban placer en el individuo. Todos los demás signos y síntomas que se presentan en este trastorno tienen una frecuencia casi diaria. Tal es el caso de problemas como pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación motora o letargo, dificultades para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, y pensar o desear la propia muerte. Por otro lado, respecto a la temporalidad, el trastorno debe haber estado presente durante mínimo 2 semanas, siendo posible diferenciarlo del funcionamiento previo del individuo.

4.3.1.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)

En esta categoría se agrupa el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-4. Al igual que el trastorno depresivo mayor, la distimia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido casi a diario. En cuanto a la sintomatología, este trastorno también puede venir acompañado de disminución o exceso de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza. No obstante, una diferencia fundamental con el trastorno depresivo mayor radica en los 2 años que, como mínimo, la distimia debe haber estado presente para ser diagnosticada. Aunque en los niños y adolescentes es suficiente con solo 1 año. Por lo tanto, lo diferenciador de este trastorno es su larga persistencia temporal.

4.3.1.4. Trastorno disfórico premenstrual

Su principal característica radica en que se presenta desde la semana previa al inicio de la menstruación, disminuyendo progresivamente a lo largo de esta y desapareciendo en la semana inmediatamente posterior a su finalización. Esta dinámica de ocurrencia del trastorno debe haberse dado durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Respecto a los síntomas que lo componen, pueden presentarse, por un lado, labilidad afectiva, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza o menosprecio, y ansiedad o preocupación; por el otro lado, también puede haber anhedonia, problemas de concentración, fatiga, variación en el apetito, insomnio o hipersomnia,

sensación de agobio, síntomas físicos tales como dolor mamario, articular o muscular, y sensación de “hinchazón” corporal.

4.3.1.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Tal como su nombre indica, este trastorno es causado por una sustancia o medicamento que el individuo ha consumido o del cual ha permanecido en abstinencia. Se le considera un trastorno depresivo por compartir sintomatología con los anteriores trastornos ya expuestos, tales como estado de ánimo deprimido o falta de interés o placer por actividades que anteriormente se disfrutaba hacer.

4.3.1.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Este trastorno también presenta como sintomatología un estado de ánimo depresivo de forma persistente y/o anhedonia. Pero su factor diferenciador está en su etiología, pues es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

4.3.1.7. Otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica cuando existe un cuadro clínico que cumple con la sintomatología principal de los trastornos depresivos, pero que no cumple con todos los criterios diagnósticos necesarios para alguno de ellos. Para el diagnóstico de este cuadro el clínico especifica si el motivo de incumplimiento de los criterios se debe a depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración (4–13 días), o episodio depresivo con síntomas insuficientes. Consultar el DSM-5 (2013) para mayor claridad sobre estos motivos.

4.3.1.8. Otro trastorno depresivo no especificado

Con esta categoría sucede lo mismo que con la anterior, con la diferencia de que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios.

4.3.2. Etiología de los Trastornos Depresivos

4.3.2.1. Modelos Biológicos

Dentro de los modelos biológicos están las teorías genéticas, las cuales contemplan la posibilidad de una heredabilidad de la depresión. Según Carrobles (2014), un metaanálisis que analizó varios estudios genéticos determinó que su tasa de heredabilidad era del 37%, con independencia de si se trataba de depresión en sus formas moderadas o en sus formas graves. No obstante, el autor también señala que este tipo de hallazgos constituyen por sí mismos solo indicios de correlaciones, puesto que no son suficientes para hablar de causalidad.

Por otra parte, existe un grupo de teorías que consideran que la depresión estaría asociada a una secreción excesiva y continuada de cortisol en la glándula suprarrenal, puesto que esta hormona se relaciona con estados de ánimo melancólicos (Carrobles, 2014). Tal hipótesis iría en la vía de quienes afirman que la mayoría de los trastornos depresivos son producidos por desequilibrios de neurotransmisores tales como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. De acuerdo con Vázquez & Sanz (2020), estos desequilibrios serían “el resultado de algún tipo de disfunción en los procesos de síntesis, almacenamiento o liberación de esos neurotransmisores, o de anomalías en los receptores presinápticos y postsinápticos” (p. 215).

Así mismo, es importante mencionar los ya de sobra conocidos síntomas depresivos que presentan los pacientes con hipotiroidismo, así como los síntomas maníacos en aquellos con hipertiroidismo. Para ambos casos, la regulación de la secreción de hormonas tiroideas constituye una ayuda para tratar dichos síntomas (Carrobles, 2014).

4.3.2.2. Modelos Psicodinámicos

Las primeras formulaciones psicológicas sobre la depresión fueron realizadas desde un enfoque psicoanalítico. Pese a que en Freud, ya en 1893, propuso sus propias teorías sobre la melancolía, fue su discípulo Karl Abraham quien desarrolló por primera vez una teoría psicodinámica para la depresión, considerando que en esta existiría una asociación permanente entre los deseos libidinales y los deseos hostiles hacia el objeto amado, el cual en realidad ha sido interiorizado, por lo que las tendencias hostiles y destructivas terminan dirigiéndose hacia el propio yo (Sanz & Vázquez, 2009). De ahí el sentimiento de

culpabilidad característico de la depresión. Estas elucubraciones de Abraham fueron tomadas por Freud para desarrollar lo que tiempo después conformaría el núcleo del modelo psicodinámico como tal.

De acuerdo con Carrobles (2014), “aunque el concepto de «ira interiorizada» no se mantiene en la actualidad por parte de los teóricos psicodinámicos, sí se sustenta el concepto fundamental de la importancia concedida a las pérdidas afectivas en la edad temprana o en la infancia” (p. 357). De esta manera, las personas depresivas presentarían una alta sensibilidad a la sensación de abandono, producto de la pérdida pasada de un objeto amado ya sea por muerte, separación o rechazo. Estas formulaciones sobre el origen de la depresión coinciden con los planteamientos de la teoría del apego desarrollada por Bowlby (1983, citado en Carrobles, 2014). Para este autor habría dos tipos de depresión: la anaclítica, caracterizada por una dependencia excesiva hacia los demás, y la introyectiva, en la cual existen altos niveles de autocrítica y estándares difíciles de alcanzar, lo que explicaría los típicos sentimientos de fracaso, culpabilidad e inutilidad presentes en la depresión.

4.3.2.3. Modelos Conductuales

Los enfoques conductuales parten de la premisa fundamental de que “la depresión se asocia con relaciones particulares entre conducta y ambiente que evolucionan a lo largo del tiempo en la vida de una persona” (Dimidjian et al., 2018, p. 629). Por lo tanto, es común que muchas de las conductas actualmente disfuncionales del repertorio conductual de la persona hayan tenido alguna funcionalidad importante en el pasado. Además, los modelos conductuales de la depresión ponen un énfasis notorio en las denominadas relaciones de contingencias entre las conductas y el entorno en el que se emiten. Y, en ese orden de ideas, la depresión sería una respuesta ante la falta o pérdida de refuerzos positivos:

Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión, tales como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión. (Lewinsohn, 1974; citado en Sanz & Vázquez, 2009, p. 276)

De acuerdo con Ferster (1965; citado en Sanz & Vázquez, 2009), considerado uno de los primeros psicólogos que estudiaron la depresión de manera clínica y experimental, la falta de reforzamiento implicaría a su vez la pérdida del control del medio y, en su lugar, se producirían conductas de evitación ante cualquier estímulo aversivo. Esto explicaría por qué muchos pacientes con depresión evaden realizar sus tareas cotidianas y, en cambio, prefieren pasar casi todo el día en la cama.

Entonces, de todo lo anterior se desprende lógicamente que la explicación conductual para la depresión estaría basada en el principio básico del aprendizaje postulado por los autores del condicionamiento operante, entre ellos Skinner. Dicha regla contempla que la emisión de una conducta depende de sus consecuencias. Así que cuando estas no existen o son negativas el sujeto simplemente dejará de emitir tal conducta debido a la falta de reforzamiento, la cual, para el caso de la depresión, puede tener su origen en factores ambientales y personales tales como enviudamiento, problemas económicos, deterioro en la salud, problemas de habilidades sociales, etc. (Carrobles, 2014).

4.3.2.4. Modelos Cognitivos

Según Young et al. (2018), los modelos cognitivos destacan la importancia del procesamiento de la información en el origen y mantenimiento de la depresión. Una de las teorías más destacadas al respecto es la llamada tríada cognitiva, formulada por Beck et al. (2012). Esta plantea que existen tres patrones cognitivos nucleares en todo el cuadro depresivo: 1) una visión negativa de sí mismo, 2) una visión negativa del mundo y 3) una visión negativa del futuro. De este modo, los individuos deprimidos se consideran a sí mismos como desgraciados, torpes, inadecuados y deficientes, percepción que se acompaña de la creencia de que el entorno presenta unos obstáculos o exigencias insuperables que llevarán inevitablemente al fracaso. De igual forma, existe la idea de que el futuro es oscuro y desesperanzador en tanto que se considera que los propios esfuerzos jamás conseguirán cambiar el curso desgraciado de la propia vida.

Por lo tanto, las creencias irracionales constituyen un factor causante de la depresión, ya que quienes la padecen tienden a interpretar negativamente la mayoría de los acontecimientos de su vida cotidiana. De acuerdo con Vázquez & Sanz (2020), dado que estas creencias producen sesgos en el procesamiento de la información, aquellos estímulos que son consistentes con ellas son asimilados y, a su vez, refuerzan a las mismas, mientras que la información inconsistente es ignorada. De este modo, se produce un ciclo de mantenimiento y refuerzo de la depresión. Tal como afirman Young et al. (2018), los patrones cognitivos en los trastornos depresivos no solo influyen en el estado anímico, sino también en la conducta e incluso en la bioquímica del propio individuo.

También cabe destacar la teoría de la indefensión o desesperanza aprendida de Seligman (1975; citado en Carrobles, 2014). Aplicada a la depresión, esta teoría establece que dicho trastorno se produce cuando existe una vivencia de experiencias negativas o aversivas constantes antes las cuales el individuo termina desarrollando la creencia de “falta de control”:

(...) la pérdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontabilidad (es decir, el aprendizaje por parte del individuo de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores: a) una historia de fracasos en el manejo de situaciones, y b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente. (Sanz & Vázquez, 2009, p. 281-282)

Finalmente, se abordará el modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos. De acuerdo con Young et al. (2018), la depresión podría tener una asociación con los EMT a modo de un modelo de generación de estrés, en tanto que dichos esquemas resultarían “fundamentales en la creación de condiciones estresantes que pueden aumentar la depresión” (p. 521). Se sugiere que los principales dominios involucrados serían Desconexión y rechazo, Autonomía y desempeño deteriorados, y Orientación hacia los otros. Además, Young et al. (2013) señalan que, aunque la terapia cognitivo-conductual tradicional de corta duración logre producir una disminución significativa de los síntomas anímicos en pacientes deprimidos, los esquemas podrían seguir presentando problemas caracterológicos (de la personalidad) procedentes de esquemas rígidos. Por ejemplo, el esquema de Imperfección mantendría los problemas de autoestima del paciente después del tratamiento.

También resulta interesante mencionar el trabajo de López et al. (2011), quienes desarrollaron guías esquematizadas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad a partir del modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos. Pese a que no abordan la depresión, sí proponen un plan de tratamiento para el Trastorno de la Personalidad Depresivo, partiendo del supuesto de que en el núcleo de este se encontrarían los esquemas de Desconfianza/abuso, Aislamiento social, Imperfección, Fracaso, Vulnerabilidad al daño y Subyugación.

En conclusión, los Esquemas Maladaptativos Tempranos podrían estar en el centro de los trastornos depresivos más crónicos y generalizados (Hawke & Provencher, 2011; citados en Young et al., 2018), tales como la distimia, siendo la Terapia Centrada en Esquemas un tratamiento eficaz para ellos.

4.3.3. Clasificación de los Trastornos Bipolares

De acuerdo con el DSM-5 (2013), los trastornos bipolares se clasifican en siete: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado. Al igual que con los trastornos depresivos, a continuación, se dará una exposición general de cada trastorno bipolar con base en el DSM-5. Por ello, se recomienda consultar dicho manual directamente para una información más detallada.

Inicialmente, es necesario hacer unas distinciones previas para diferenciar entre episodio maníaco y episodio hipomaníaco, de acuerdo con las descripciones del DSM-5 (2013). Para tal fin, se realizó el siguiente cuadro comparativo:

Tabla 1

Episodio maníaco vs. Episodio hipomaníaco

Característica	Episodio maníaco	Episodio hipomaníaco
Duración mínima	1 semana	4 días
Aumento de autoestima	Sí	Sí
Disminución de la necesidad de dormir	Sí	Sí
Más hablador de lo habitual	Sí	Sí
Fuga de ideas	Sí	Sí
Fácil distracción	Sí	Sí
Aumento de actividad o agitación psicomotora	Sí	Sí
Participación en actividades riesgosas*	Sí	Sí
Deterioro en el funcionamiento social o laboral	Sí	No
No atribuible a efectos de alguna sustancia**	Sí	Sí

*Por ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, fiestas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero.

**Por ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento.

Fuente. (Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

4.3.3.1. Trastorno bipolar I

Este trastorno se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maníacos, los cuales pudieron o no haber sido precedidos o procedidos de episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. Es decir, para realizar el diagnóstico solo es importante la existencia de al menos un episodio maníaco, ya sea actual o reciente. Para más detalles sobre el episodio depresivo mayor, se remite al lector a consultar nuevamente la descripción del trastorno depresivo mayor expuesta en el apartado anterior, pues sus criterios diagnósticos en el DSM-5 (2013) son exactamente iguales.

4.3.3.2. Trastorno bipolar II

En este trastorno se presenta al menos un episodio hipomaníaco actual o reciente. A diferencia del trastorno bipolar I, en el tipo II sí ha existido al menos un episodio de depresión mayor y, además, jamás ha ocurrido un episodio maníaco.

4.3.3.3. Trastorno ciclotímico

Este cuadro clínico se caracteriza por la presencia de numerosos períodos con síntomas hipomaníacos/maníacos y numerosos períodos con síntomas depresivos. La diferencia fundamental con los trastornos bipolares anteriores radica en que los períodos de sintomatología no cumplen con los criterios suficientes para ser considerados episodios hipomaníacos/maníacos ni episodios depresivos, respectivamente. Por otra parte, ambos tipos de períodos de sintomatología se presentan durante al menos 2 años en adultos y 1 año en niños y adolescentes.

4.3.3.4. Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

Como su nombre lo indica, este cuadro clínico se caracteriza por ser causado por una sustancia o medicamento que el individuo ha consumido o del cual ha permanecido en abstinencia. Su sintomatología incluye principalmente un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, y puede estar acompañado o no de un estado de ánimo deprimido o anhedonia.

4.3.3.5. Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

Este trastorno se da como consecuencia de la preexistencia de otra afección médica. En cuanto a su sintomatología, se presenta al menos un período importante y persistente de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal de la actividad o la energía. En ese sentido, el DSM-5 no menciona que sea necesaria la presencia de algún período de síntomas depresivos.

4.3.3.6. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado

Esta categoría se caracteriza por la presencia de síntomas característicos de un trastorno bipolar o relacionado, pero sin llegar a cumplir con los criterios suficientes para su diagnóstico. Además, el clínico decide referir el motivo específico de incumplimiento de los criterios, por ejemplo, episodios hipomaníacos de corta duración (2–3 días) y episodios de depresión mayor, episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor, episodio hipomaníaco sin episodio previo de depresión mayor, o ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses). Para más detalles sobre estos motivos consultar el DSM-5 (2013).

4.3.3.7. Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Con esta categoría sucede lo mismo que con la anterior, con la diferencia de que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios.

4.3.4. Etiología de los Trastornos Bipolares

4.3.4.1. Modelos biológicos

De acuerdo con Sevillá (2014), no existe un consenso sobre la etiología de los trastornos bipolares, pero la mayoría de los teóricos concuerdan con que los episodios depresivos se relacionarían con déficits de noradrenalina, mientras que los maníacos con un exceso de dopamina. Así mismo, según el autor, “los datos existentes indican la posibilidad de una cierta heredabilidad de los trastornos del estado de ánimo, especialmente en el caso de los trastornos bipolares, cuyas cifras casi duplican a las de los trastornos unipolares o sólo depresivos.” (Sevillá, 2014, p. 355).

Al respecto, se considera que en los trastornos bipolares se presenta la mayor influencia genética en comparación a otros cuadros clínicos, dando lugar a que, por ejemplo, los familiares de primer grado de pacientes con el trastorno tengan hasta un 10% de riesgo de desarrollarlo también. Y esta cifra, aunque aparentemente mínima, en realidad es siete veces mayor al riesgo que tiene la población general (Craddock & Jones, 1999; citados en Gutiérrez-Rojas et al., 2020).

Por otra parte, debido al rol tan importante de los factores biológicos, el curso del trastorno puede ser mejorado gracias al uso de estabilizadores del estado de ánimo, como lo son “el carbonato de litio, los anticonvulsivos (p. ej., divalproex sódico, lamotrigina y otros agentes) y los antipsicóticos atípicos (p. ej., olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona o aripiprazol)” (Miklowitz, 2018, p. 828).

4.3.4.2. Modelos Psicológicos

Inicialmente, resulta interesante el hecho de que en la actualidad apenas existen teorías psicológicas acerca de los trastornos bipolares. Tal y como afirman Gutiérrez-Rojas et al. (2020), la razón podría deberse a que, primero, en estos trastornos el papel principal lo juegan factores biológicos o genéticos, y, segundo, los trastornos bipolares constituyen apenas el 10% del total de los trastornos del estado de ánimo.

Así, pues, los episodios depresivos de la bipolaridad suelen ser explicados mediante las mismas teorías que son usadas para comprender los trastornos depresivos (ver el apartado de *Etiología de los Trastornos Depresivos*). Por su parte, muchos de los modelos etiológicos sobre los episodios maníacos provienen del psicoanálisis, como es el caso de los planteamientos de Lewin (1950; citados en Sanz & Vázquez, 2009), quien concebía la manía como la negación o enajenación inconsciente de una realidad externa o psíquica dolorosa, como es el caso de la depresión. Dicha negación estaría dada frente a acontecimientos que se hallan asociados inconscientemente a conflictos infantiles, igualmente inconscientes.

En otro orden de ideas, la hipótesis de la estabilidad del ritmo social a partir de la teoría de los ritmos circadianos sostiene que:

(...) en los trastornos del estado de ánimo los sucesos de la vida provocan una alteración de los ritmos cotidianos (es decir, cuándo paseamos, comemos, hacemos ejercicio, socializamos, trabajamos y dormimos). Dichos sucesos pueden actuar como *zeitstorer*s (destructores del tiempo) que interrumpen los ritmos sociales y circadianos establecidos (p. ej., la secreción

neuroendocrina como función de la hora del día). (Ehlers et al., 1993; citados en Miklowitz, 2018, p. 832)

Por lo tanto, los pacientes con trastorno bipolar serían extremadamente sensibles a cambios en sus hábitos de sueño-vigilia (por ej., cuando se realiza un viaje aéreo a un destino con hora local diferente). De manera que dichos cambios podrían precipitar con frecuencia episodios maníacos.

Por otra parte, también existe la teoría de que las personas con historia de manía presentan una sensibilidad excesiva a la recompensa. Dicha predisposición ocasiona, entonces, que se exacerbe la reactividad ante la recompensa o los éxitos, “por lo que los síntomas maníacos [sic] serían más probables después de sucesos que involucran la obtención de metas (p. ej., obtener una promoción)” (Johnson, 2000; citado en Miklowitz, 2018, p. 833).

También es importante señalar la propuesta de Beck (1976; citado en Gutiérrez-Rojas et al., 2020), que extendió su teoría cognitiva para la depresión al problema de la manía a modo de otra triada cognitiva. Según esta, el paciente maníaco se considera alguien extremadamente atractivo y capaz de hacer cualquier cosa, a la vez que percibe el mundo como ausente de obstáculos y lleno de estímulos positivos. Así mismo, estos individuos predicen un futuro abundante en maravillosas posibilidades. En palabras de Gutiérrez-Rojas et al. (2020), “Beck afirma que los individuos maníacos presentan también reglas vitales o actitudes disfuncionales que, como en la depresión, son rígidas y poco realistas, pero en este caso su contenido exagera los aspectos positivos y eleva la autoestima” (p. 248).

Para finalizar, con relación al modelo de los Esquemas Maladaptativos Tempranos, hasta la fecha se desconoce de algún planteamiento realizado por su propio autor para comprender o explicar los trastornos bipolares. No obstante, se ha encontrado que las personas con riesgo de trastorno bipolar presentarían un perfil cognitivo compuesto por la presencia de los esquemas del dominio Límites Insuficientes (Derecho/grandiosidad y Autocontrol/autodisciplina insuficiente), así como de la ausencia del esquema Inhibición Emocional (Hawke et al., 2011; citado en Hawke et al., 2013). De tal modo que la combinación de estos esquemas podría explicar los síntomas tan característicos de los episodios maníacos: elevado nivel de autoestima, actitud dominante y competitiva, tendencia a involucrarse en actividades riesgosas, dificultad para contener las emociones y concentrarse, etc. Por lo tanto, los EMT desempeñarían un papel importante en la incidencia de los trastornos bipolares (Khosravi et al., 2017).

En adición, pese la gran influencia de la genética en los trastornos bipolares, se ha propuesto un modelo de vulnerabilidad-estrés a partir de los Esquemas Maladaptativos Tempranos, el cual plantea que estos constituirían una vulnerabilidad cognitiva que, al interactuar con la genética y eventos vitales

estresantes, desencadenan síntomas bipolares (Ball et al., 2003; citado en Munuera et al., 2020). Al respecto, Nilsson (2012) sostiene que la presencia de traumas infantiles junto con la desregulación temperamental en los pacientes con trastornos bipolares habrían sido factores de riesgo para el desarrollo de EMT's. En ese sentido, la Terapia Centrada en Esquemas (TCE) de Young podría ser eficaz para los trastornos bipolares (Hawke et al., 2013), en tanto que estos se caracterizan por: 1) una historia de experiencias adversas en la infancia, 2) una forma disfuncional de evaluar e interpretar las situaciones de la vida cotidiana, y 3) varias similitudes con el trastorno límite de la personalidad (por ej., irritabilidad, conductas riesgosas, impulsividad, desregulación emocional, etc.), para el cual ya se ha demostrado la eficacia de la TCE.

5. Metodología

5.1. Tipo de Investigación

La presente investigación correspondió a una revisión sistemática. De acuerdo con Cardona-Arias et al. (2016), dicho tipo de investigación consiste en una revisión exhaustiva de la literatura a partir de estudios científicos que previamente han pasado unos filtros de inclusión y exclusión con base en unos criterios preestablecidos según los intereses de los investigadores. Así mismo, en la revisión sistemática se lleva a cabo una evaluación de sesgos en los estudios individuales, de la mano con una medición de su calidad metodológica.

Por otra parte, las revisiones sistemáticas pueden ir acompañadas de metaanálisis, entendiendo este como “un análisis estadístico de los resultados independientes de los estudios primarios, el cual permite obtener una medida de resumen y evaluar la heterogeneidad entre los resultados de los estudios” (Egger et al., 2001; citados en Cardona-Arias et al., 2016, p. 20). En el caso de la presente investigación, no se incluyeron análisis estadísticos propios de los metaanálisis.

Las revisiones sistemáticas, tanto si tienen metaanálisis como si no, requieren de las siguiente cuatro etapas para ser ejecutadas (Cardona-Arias et al., 2016):

1. Identificación. Inicialmente, se define la estrategia que servirá para realizar la búsqueda de los estudios, teniendo en cuenta el establecimiento de las fuentes de información que se emplearán (por ej., bases de datos), así como las palabras de búsqueda a utilizar en ellas. Esta primera etapa de la revisión sistemática les permitirá a los investigadores “disponer de una cifra de artículos publicados en relación con la pregunta de investigación, es decir, (...) obtener una cifra que se asemeje a lo que en un estudio original sería el tamaño de la población de estudio” (Cardona-Arias et al., 2016, p. 30).

2. Tamización. En esta segunda fase se aplican los criterios de inclusión a los estudios que se identificaron en la etapa anterior. Pueden ser *criterios operativos* basados en los filtros propios de las bases de datos, por ejemplo que ciertas palabras clave aparezcan en el título o resumen, que hayan sido publicados dentro de cierto rango de tiempo, que pertenezcan a determinado tipo de estudio, etc. También se pueden aplicar *criterios conceptuales* referidos a las características de la población utilizada en los estudios, las formas de medición de las variables, el tipo de tratamiento o exposición, entre otros. Finalmente, se eliminan duplicados.

3. Elección. El objetivo de esta etapa es excluir de la investigación aquellos estudios que puedan generar sesgos en los resultados. Por ello, Cardona-Arias et al. (2016) afirman que “es frecuente que esta

etapa se denomine evaluación de la calidad metodológica de los estudios, la cual debería incluir un análisis de la confiabilidad de las mediciones y la validez de los resultados” (p. 32). Para analizar estos elementos se puede recurrir a instrumentos que permitan evaluar la calidad metodológica de cada estudio incluido.

4. Inclusión. Finalmente, es posible determinar el número exacto de estudios que serán objeto de la revisión sistemática y a los cuales se les realizarán los respectivos análisis cualitativos o cuantitativos. Es importante presentar un diagrama de flujo que dé cuenta del proceso de selección y exclusión de las investigaciones a lo largo de cada fase, brindando cifras exactas de la cantidad de estudios en cada momento.

5.2. Diseño de Investigación

Como revisión sistemática, la presente investigación se enmarcó en un diseño de tipo documental en tanto hace parte de las técnicas de “revisión cuidadosa y sistemática de estudios, informes de investigación, estadísticas, literatura y, en general, documentos con el fin de contextualizarlos, y «estar al día» sobre lo que circula en el medio académico con relación al tema que se pretende estudiar” (Galeano, 2004, p. 113).

Igualmente, en la vía de lo planteado por Hernández-Sampieri et al. (2014), el diseño fue de tipo no experimental, ya que no se manipularon variables de forma intencional para ver su efecto sobre otras, sino que se realizó un análisis de los fenómenos de interés a partir de la observación en su contexto natural. Adicionalmente, la presente investigación fue de corte transversal en la medida que no se pretendió recolectar información en más de una ocasión, sino que el propósito fue describir y analizar las variables de interés en un momento único.

Por otra parte, los diseños transversales se subdividen en exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales (Hernández-Sampieri et al., 2014). En ese sentido, la presente investigación tuvo un alcance tanto exploratorio como descriptivo. Fue exploratoria porque tuvo la intencionalidad de averiguar el estado de la investigación con relación a un tema de interés nuevo, sin antecedentes identificados: los Esquemas Maladaptativos Tempranos y su correlación con los Trastornos del Estado de Ánimo de acuerdo con lo hallado en la literatura científica de carácter empírico. Así mismo, su alcance abarcó un nivel de profundidad descriptivo dado que permitió indagar en características, propiedades y tendencias del problema de investigación.

5.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Para la *tamización* de los estudios inicialmente identificados en las bases de datos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de publicación: Artículo de revista.
- Rango de tiempo: 2011-2021.
- Tema de investigación: Que incluya los EMT dentro de su título o resumen.

En cuanto a la exclusión de artículos que pasaron los criterios de inclusión, se les aplicaron los siguientes criterios:

- Idioma: Diferente a inglés o español.
- Tipo de investigación: Teórica (sin trabajo de campo).
- Tema de investigación: No evaluar los EMT o no evaluar algún trastorno del estado de ánimo.
- Alcance de la investigación: No presentar índices de correlación entre los EMT individuales (no por dominios) y algún trastorno del estado de ánimo.
- Instrumentos: No usar alguna versión estandarizada del YSQ o no usar instrumentos que hayan sido diseñados para medir depresión y/o manía (por ej., se excluyeron los estudios que emplearon subescalas de otro instrumento).

5.4. Fuentes de Información

Inicialmente, se revisaron las bases de datos digitales disponibles en el OPAC del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia, lo cual permitió acceder a mayor cantidad de textos completos de investigaciones alojadas en cuatro reconocidas bases de datos: Scopus, ScienceDirect, PubMed y Medline Complete. Estas fueron complementadas con el buscador académico Google Scholar para tener mayor acceso a artículos en idioma español, dado que en otras bases de datos no se encontraron suficientes resultados con los términos de búsqueda de la presente investigación.

5.5. Búsqueda y Selección

Para las bases de datos Scopus, ScienceDirect, PubMed y Medline Complete se emplearon los términos de búsqueda *“early maladaptive schemas” AND “Young”*. En estas bases de datos se pretendió encontrar las investigaciones que estuvieran en idioma inglés. Mientras que en Google Scholar, dadas las varias formas encontradas para referirse a los EMT en español, se realizó la búsqueda con los siguientes términos: *“esquemas maladaptativos tempranos” OR “esquemas desadaptativos tempranos” OR “esquemas disfuncionales tempranos” AND “Young”*.

Ya que las cuatro bases de datos usadas para encontrar las investigaciones en idioma inglés permiten exportar los resultados a un gestor de referencias, se recurrió a MendeleyDesktop en su versión 1.19.8.0 para facilitar la tarea de remoción de duplicados, lectura de títulos y resúmenes, descarte de artículos en otros idiomas que aparentaban estar en inglés, organización de artículos a lo largo de la aplicación de los criterios de exclusión, etc. Igualmente desarrolló una base de datos en Excel para digitar los principales datos bibliográficos y metodológicos de los artículos, para facilitar la organización y el análisis de estos.

5.6. Procedimiento de Análisis

El análisis de los artículos seleccionados comenzó por una primera lectura de cada uno de ellos para tener una visión general de las investigaciones realizadas. Posteriormente, se llevó a cabo la creación de la base de datos en Excel a partir de una segunda lectura de cada artículo, pero esta vez más rigurosa y detenida.

En un segundo momento, casi en paralelo con la creación de la base de datos, se realizó la aplicación de un checklist propio a cada uno de los artículos para determinar su grado de ajuste (%) a los intereses investigativos de la presente revisión. A continuación, en la **Tabla 2** se presentan los ítems que componen dicho instrumento, teniendo en cuenta que su calificación es dicotómica (sí/no) y que algunos de ellos no aplicaron para todas las investigaciones (por ejemplo, el ítem 17 no aplica para aquellos estudios que no emplearon muestra clínicas), lo cual se tuvo en cuenta al momento de calcular los porcentajes de ajuste.

Tabla 2*Checklist de ajuste metodológico*

Categoría	N°	Ítem
Autores	1	Se indican sus nombres y apellidos
	2	Se indica la afiliación institucional de cada uno
	3	Se brindan datos de contacto
Resumen	4	Presenta el objetivo general de la investigación
	5	Describe brevemente la metodología
	6	Menciona principales resultados
Introducción	7	Expone claramente el problema de investigación
	8	Presentación de antecedentes del problema de investigación
	9	Se explicita la relevancia y justificación del estudio
Objetivos	10	Están redactados con claridad (poseen un verbo en infinitivo, objeto, sujeto y contexto del estudio)
	11	Son relevantes y se relacionan con el problema de investigación y la justificación expuestos
Hipótesis	12	Se plantean hipótesis con relación a los resultados esperados del estudio
Participantes	13	Se brindan datos cuantitativos y/o cualitativos de la población objeto de estudio
	14	Se menciona el procedimiento de muestreo (cómo se llegó a ese tamaño muestral)
	15	Se presentan criterios de inclusión y de exclusión
	16	Es claro el tamaño muestral
	17	Para las muestras clínicas se especifica el criterio clínico empleado para clasificar a los participantes como tal
	18	Se brindan datos sociodemográficos (sexo y edad por lo menos)
Instrumentos	19	Se indican explícitamente sus autores
	20	Se brindan datos cuantitativos de validez y confiabilidad
	21	Para los estudios con grupos se explicita el procedimiento de aplicación del YSQ y del instrumento para el TEA, aclarando si se aplicaron a toda la muestra o solo a un grupo
Análisis estadísticos	22	Se brinda al menos un párrafo que introduzca de forma clara y explícita cuáles fueron los análisis estadísticos realizados en el estudio, antes de pasar a mostrar resultados
	23	Se especifica el tipo de análisis de correlación (por ej., Pearson)
Resultados	24	Los resultados cuantitativos del análisis correlativo se presentan en una tabla
	25	Se presentan los índices de correlación obtenidos para cada uno de los EMT de la versión del YSQ usada

	26	Se presentan los niveles de significación estadística para la mayoría de los índices de correlación mostrados
	27	Se explicita si las correlaciones se realizaron con toda la muestra o solo con uno de los grupos
Aplicaciones	28	Se describen posibles aplicaciones prácticas del estudio
Limitaciones	29	Los autores declaran las limitaciones de la investigación
Recomendaciones	30	Se brindan recomendaciones para futuros estudios

Nota. Adaptado de la guía PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010) y la escala SQAC (Kmet, Lee y Cook, 2004).

Luego de lo anterior, se analizó la base de datos para identificar tendencias, discrepancias y demás datos relevantes entre los estudios revisados. Para ello, se observaron principalmente aspectos tales como trastornos del estado de ánimo evaluados, tipos de muestras utilizadas, versiones del YSQ, índices de correlación hallados, entre otras variables de interés para la presente investigación.

Finalmente, se revisaron los apartados de conclusiones, discusión, recomendaciones y limitaciones para apreciar las consideraciones, hipótesis y recomendaciones de carácter cualitativo planteadas por los autores alrededor de los resultados cuantitativos hallados en sus investigaciones.

5.7. Consideraciones Éticas

De acuerdo con la Ley 1090 de 2006 (Colombia, Congreso de la República, 2006), dentro de lo que se considera ejercicio de la profesión del psicólogo se incluye toda actividad de “diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional (...)”. Por lo tanto, la presente revisión sistemática se ciñe a las consideraciones éticas que son dictadas en el Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de la Psicología en Colombia, consignado en el Título VII de la Ley 1090 (Colombia, Congreso de la República, 2006). Revisando el Capítulo VII de dicho Código, dirigido a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, se encuentran indicados los siguientes artículos:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (...)

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores. (Colombia, Congreso de la República, 2006)

En adición, Galeano (2004) afirma que aunque en las investigaciones de tipo documental no existe la preocupación con controlar los efectos del investigador en el “mundo” que estudia, ya que este no reacciona ante su presencia, “las técnicas y métodos deben ser confiables, es decir, garantizar que los resultados representen algo real e inequívoco” (p. 136). Por ello, se espera que los criterios empleados para conducir una revisión sistemática sean explícitos para que la investigación pueda ser reproducible por otros investigadores que apliquen la misma técnica a los mismos datos y en distintos momentos. Esto recibe el nombre de confiabilidad. Así mismo, la autora menciona que la investigación documental debe presentar coherencia interna, entendida como la congruencia en el análisis del material bibliográfico revisado, es decir, los argumentos y las conclusiones construidas a partir de este.

En ese sentido, la presente revisión sistemática se llevó a cabo con toda la rigurosidad posible en términos de calidad metodológica, de objetividad y coherencia en los análisis, y de respeto por la propiedad intelectual de absolutamente todo el material bibliográfico empleado como soporte.

6. Resultados

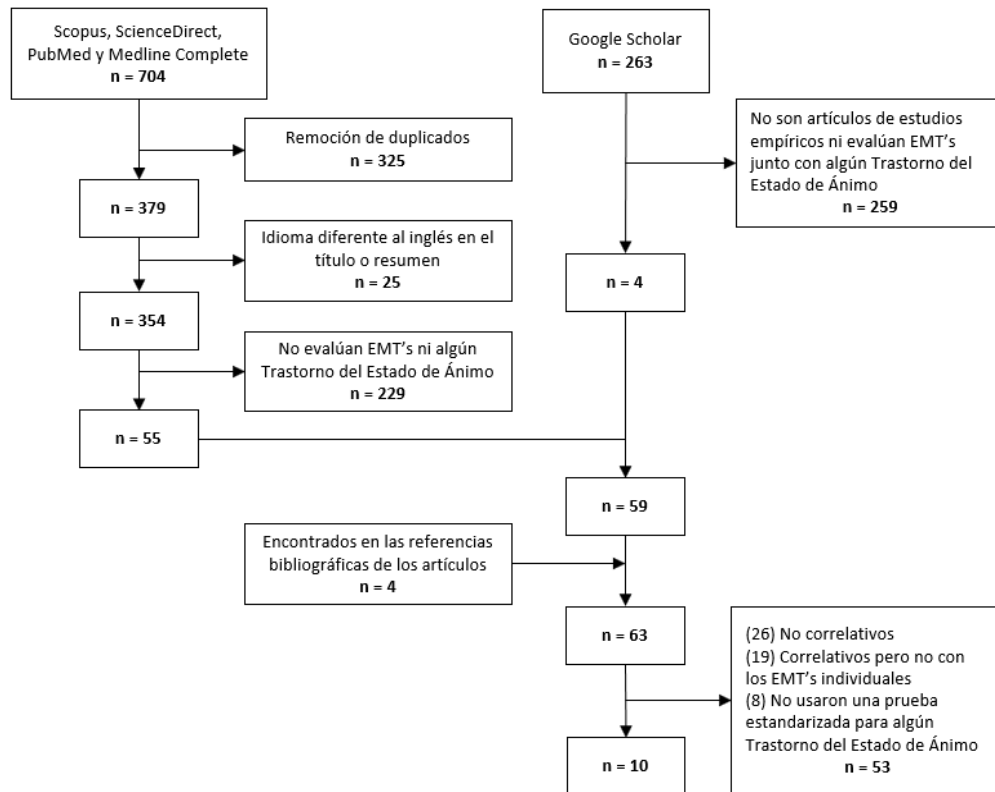
Este apartado comprende todos los resultados obtenidos a lo largo de la presente revisión sistemática de los 10 artículos incluidos en la investigación. Inicialmente, se presentará el flujograma de la revisión, seguido de un subapartado referido a los principales datos bibliográficos de los artículos, así como de otro compuesto por varios resultados metodológicos de interés para la investigación. Finalmente, se exponen los resultados dirigidos a los análisis correlativos realizados en cada artículo.

6.1. Flujograma de la Revisión

A continuación, se presenta el diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos revisados en la presente investigación:

Figura 1

Flujograma



La búsqueda inicial en las bases de datos usadas arrojó un total de 967 entradas. Finalmente, luego de la aplicación de varios filtros se llegó a una cantidad de 10 artículos de investigación para ser revisados. Es importante señalar que todos se encontraron en la base de datos Scopus.

6.2. Resultados Bibliográficos

En la **Tabla 3** se condensan los principales datos bibliográficos de los 10 artículos revisados. Realizando un análisis de frecuencia al respecto, no se aprecia predominancia de ningún autor, ya que cada artículo tiene autores únicos. En cuanto al año de publicación, primeramente, se encuentra 2011 con un 30% de artículos publicados, seguido de 2017 (20%). Por otra parte, Irán figura como el país de publicación más frecuente (40%), sin observarse alguna otra predominancia en los demás países del resto de artículos, pues cada uno de estos pertenece a un territorio diferente. Finalmente, es importante resaltar que todos los 10 artículos revisados están en idioma inglés.

Tabla 3*Resultados bibliográficos*

Título	Autores	Año	País	Revista
1. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder	Hawke, L. D. Provencher, M. D.	2011	Canadá	Journal of Affective Disorders
2. Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts	Jabłoński, M. Chodkiewicz, J.	2017	Polonia	Psychiatria i Psychologia Kliniczna
3. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder	Khosravani, V. Mohammadzadeh, A. Sharifi, F. Amirinezhad, A. Amini, M.	2019	Irán	Psychiatry Research
4. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students	Cámara, M. Calvete, E.	2011	España	Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment
5. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder	Davoodi, E. Wen, A. Dobson, K. S. Noorbala, A. A. Mohammadi, A. Farahmand, Z.	2018	Irán	Journal of Affective Disorders
6. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India	Khajouei, M. Sovani, A. Sarami, G. R.	2014	Irán	Iranian Red Crescent Medical Journal
7. Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline	Tandetnik, C. Hergueta, T. Bonnet, P. Dubois, B. Bungener, C.	2017	Francia	International Psychogeriatrics
8. Prediction of depression through early maladaptive schemas	Fouladi, M.	2015	India	Mediterranean Journal of Social Sciences
9. The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents	Roelofs, J. Lee, C. Ruijten, T. Lobbestael, J.	2011	Países Bajos	Behavioral and Cognitive Psychotherapy
10. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling	Rezaei, M. Ghazanfari, F. Rezaee, F.	2016	Irán	Psychiatry Research

6.3. Resultados Checklist

En la **Tabla 4** se presentan los porcentajes de ajuste que obtuvo cada uno de los artículos luego de la aplicación del checklist de ajuste metodológico de elaboración propia. El menor ajuste fue de 66,67%, mientras que el mayor fue de 89,29%, teniendo un promedio de 78,87% de ajuste. Para información más detallada, el **Anexo 1** contiene las calificaciones individuales obtenidas en cada uno de los ítems del checklist.

Tabla 4

Resultados del checklist de ajuste metodológico

Artículo	% ajuste
1. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder	83,33%
2. Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts	71,43%
3. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder	85,71%
4. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students	66,67%
5. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder	86,67%
6. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India	76,67%
7. Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline	85,19%
8. Prediction of depression through early maladaptive schemas	73,33%
9. The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents	70,37%
10. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling	89,29%

La **Tabla 5** muestra los porcentajes generales de cumplimiento en cada uno de los 30 ítems que componen el checklist de ajuste metodológico. En ella se puede apreciar que en varios ítems se dio un alto grado de incumplimiento de estos, es decir, cierto porcentaje de artículos obtuvo un “NO” como calificación. Así, pues, el 90% de estudios revisados carecieron de objetivos cuya redacción comenzara por un verbo en infinitivo seguido de objeto, sujeto y contexto bien definidos (ítem 10). En segundo lugar, los ítems 13 y 14 presentaron un grado de incumplimiento del 80%, lo que se traduce en una gran mayoría de artículos que no brindaron información cualitativa y/o cuantitativa de la población de referencia ni que

tampoco mencionaron cuál fue el procedimiento de muestreo usado. Igualmente, es relevante el hecho de que el 60% de artículos no explicitaron los criterios de inclusión y de exclusión que fueron usados por los investigadores para seleccionar a los participantes de su estudio.

Tabla 5

Porcentaje de cumplimiento por ítem del checklist de ajuste metodológico

Categoría	N°	Ítem	%
Autores	1	Se indican sus nombres y apellidos	100%
	2	Se indica la afiliación institucional de cada uno	100%
	3	Se brindan datos de contacto	100%
Resumen	4	Presenta el objetivo general de la investigación	90%
	5	Describe brevemente la metodología	80%
	6	Menciona principales resultados	100%
Introducción	7	Expone claramente el problema de investigación	100%
	8	Presentación de antecedentes del problema de investigación	100%
	9	Se explicita la relevancia y justificación del estudio	70%
Objetivos	10	Están redactados con claridad (poseen un verbo en infinitivo, objeto, sujeto y contexto del estudio)	10%
	11	Son relevantes y se relacionan con el problema de investigación y la justificación expuestos	100%
Hipótesis	12	Se plantean hipótesis con relación a los resultados esperados del estudio	70%
Participantes	13	Se brindan datos cuantitativos y/o cualitativos de la población objeto de estudio	20%
	14	Se menciona el procedimiento de muestreo (cómo se llegó a ese tamaño muestral)	20%
	15	Se presentan criterios de inclusión y de exclusión	40%
	16	Es claro el tamaño muestral	90%
	17	Para las muestras clínicas se especifica el criterio clínico empleado para clasificar a los participantes como tal	100%
	18	Se brindan datos sociodemográficos (sexo y edad por lo menos)	100%
Instrumentos	19	Se indican explícitamente sus autores	80%
	20	Se brindan datos cuantitativos de validez y confiabilidad	60%
	21	Para los estudios con grupos se explicita el procedimiento de aplicación del YSQ y del instrumento para el TEA, aclarando si se aplicaron a toda la muestra o solo a un grupo	100%

Análisis estadísticos	22	Se brinda al menos un párrafo que introduzca de forma clara y explícita cuáles fueron los análisis estadísticos realizados en el estudio, antes de pasar a mostrar resultados	60%
	23	Se especifica el tipo de análisis de correlación (por ej., Pearson)	70%
Resultados	24	Los resultados cuantitativos del análisis correlativo se presentan en una tabla	100%
	25	Se presentan los índices de correlación obtenidos para cada uno de los EMT de la versión del YSQ usada	70%
	26	Se presentan los niveles de significación estadística para la mayoría de los índices de correlación mostrados	100%
Aplicaciones	27	Se explicita si las correlaciones se realizaron con toda la muestra o solo con uno de los grupos	90%
	28	Se describen posibles aplicaciones prácticas del estudio	90%
Limitaciones	29	Los autores declaran las limitaciones de la investigación	100%
Recomendaciones	30	Se brindan recomendaciones para futuros estudios	90%

6.4. Resultados Metodológicos

En este subapartado de resultados se exponen aquellos datos metodológicos que fueron de interés para la investigación.

6.4.1. Diseños de Investigación

Inicialmente, todos los 10 artículos revisados corresponden a investigaciones de tipo cuantitativo. Debido a que no se manipuló ninguna variable para observar su efecto en otras, el 100% de los estudios fueron no experimentales. Es importante resaltar que solo 1 de las investigaciones tuvo corte longitudinal, mientras que el 90% restante fueron de tipo transversal.

6.4.2. Trastornos del Estado de Ánimo

En la mayoría (80%) de los estudios revisados predominó el interés por investigar la depresión, mientras que en el resto se examinó el trastorno bipolar. A continuación, se presentan los trastornos del estado de ánimo estudiados en cada investigación, junto con los correspondientes instrumentos empleados para su medición, así como breve información de cada uno de estos:

Tabla 6*Instrumentos usados para medir depresión y bipolaridad*

Art	Trastorno	Instrumento	Qué mide	Autores
1	Trastorno bipolar (TB)	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996 (citado en Hawke & Provencher, 2011)
		ASRM	Síntomas maníacos o hipomaníacos	Altman et al., 1997 (citado en Hawke & Provencher, 2011)
2	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996 (citado en Jabłoński & Chodkiewicz, 2017)
3	Trastorno bipolar	BDRS	Severidad del episodio depresivo en TB	Berk et al., 2007 (citado en Khosravani, 2019)
		YMRS	Síntomas maníacos	Young et al., 1978 (citado en Khosravani, 2019)
4	Trastorno depresivo	CES-D	Síntomas depresivos	Radloff, 1977 (citado en Cámara & Calvete, 2011)
5	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996 (citado en Davoodi et al., 2018)
6	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Sin referencia en el artículo (Khajouei et al., 2014)
7	Trastorno depresivo	MADRS	Severidad de los síntomas depresivos	Montgomery & Asberg, 1979 (citado en Tandetnik et al., 2017)
8	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996 (citado en Fouladi, 2015)
9	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 1996 (citado en Roelofs et al., 2011)
10	Trastorno depresivo	BDI-II	Gravedad de síntomas depresivos	Beck et al., 2000 (citado en Rezaei et al., 2016)

Puede apreciarse que el BDI-II fue el instrumento más frecuentemente utilizado para evaluar depresión en las investigaciones revisadas. Cabe resaltar que en los 2 únicos estudios que se interesaron por el trastorno bipolar la técnica de medición para este trastorno consistió en un instrumento que midiera sintomatología depresiva y otro que evaluara síntomas maníacos, de manera que los posteriores análisis correlativos realizados por los autores de ambos estudios incluyeron índices de correlación tanto para los EMT con depresión, así como con manía.

6.4.3. *Young Schema Questionnaire*

Resulta interesante que la gran mayoría (70%) de las investigaciones revisadas emplearon el YSQ en su versión corta (Young, 1998), la cual mide 15 Esquemas Maladaptativos Tempranos, en comparación con el YSQ-S3, usado en el 30% restante de estudios y encargado de medir 18 EMT's.

Tabla 7

Versión del YSQ vs Trastorno del estado de ánimo

Versión YSQ	Trastorno depresivo	Trastorno bipolar
YSQ-SF	60%	10%
YSQ-S3	10%	20%

En la tabla anterior se puede apreciar que el YSQ-SF fue más frecuentemente usado en aquellas investigaciones interesadas en el trastorno depresivo, mientras que el YSQ-S3 fue principalmente utilizado en las que estudiaron bipolaridad. En general, todas las 10 investigaciones emplearon el YSQ en alguna de sus versiones cortas dado que así es mucho más rápido de administrar debido a su menor número de ítems en comparación a la versión larga del instrumento, la cual a pesar de su mayor validez y capacidad para reflejar matices más sutiles de cada esquema (Schema Therapy, s.f.), en ocasiones podría ser más pesada de contestar cuando se les administra a pacientes clínicos (Londoño et al., 2012).

6.4.4. *Otras Variables e Instrumentos*

La mayoría de los artículos revisados para la presente investigación evidenciaron intereses adicionales a los EMT y los trastornos del estado de ánimo. En la **Tabla 8** se presentan otras variables que fueron de interés para cada investigación, junto con los respectivos instrumentos empleados para su medición.

Tabla 8*Otras variables e instrumentos*

Art	Otras variables	Otros instrumentos
1	NO	MINI (Sheehan et al., 1998; citado en Hawke & Provencher, 2011) MDQ (Hirschfeld et al., 2000; citado en Hawke & Provencher, 2011)
2	Grado de dependencia al alcohol	MAST (Falicki et al., 1986; citado en Jabłoński & Chodkiewicz, 2017)
3	Ideación suicida	BSSI (Beck et al., 1979; citado en Khosravani et al., 2019)
4	Eventos estresantes Ansiedad	LSQ (Wadsworth et al., 2005; citado en Cámara & Calvete, 2011) SSQ (Connor-Smith & Compas, 2002; citado en Cámara & Calvete, 2011) SCL-90-R (Derogatis, 2002; citado en Cámara & Calvete, 2011)
5	Trastorno de somatización	SCID-I (First et al., 1996; citado en Davoodi et al., 2018)
6	Estilos de crianza	YPI (sin referencia en el artículo de Khajouei et al., (2014))
7	Deterioro cognitivo subjetivo Habilidades cognitivas Memoria episódica Ansiedad	MMSE (Folstein et al., 1975; citado en Tandetnik et al., 2017) FCSRT (Buschke et al., 1999; citado en Tandetnik et al., 2017) Escala McNair & Kahn (1983; citado en Tandetnik et al., 2017) HADS (Zigmond & Snaith, 1983; citado en Tandetnik et al., 2017) STAI-Y (Spielberger et al., 1983; citado en Tandetnik et al., 2017)
8	NO	NO
9	Calidad del vínculo	IPPA (Armsden & Greenberg, 1987; citado en Roelofs et al., 2011)
10	Trauma infantil Esquemas emocionales Evitación experiencial	CTQ (Bernstein et al., 2003; citado en Rezaei et al., 2016) LESS (Leahy, 2002; citado en Rezaei et al., 2016) AAQ-II (Bond et al., 2011; citado en Rezaei et al., 2016)

6.4.5. Participantes

Respecto a la población de referencia empleada en los estudios revisados, únicamente 2 (20%) de ellos la describieron, 1 de forma cualitativa y 1 cuantitativamente. Ya pasando a hablar de las muestras usadas, se encontró un promedio muestral de 195,2 por estudio. En el 80% de las investigaciones las muestras estuvieron compuestas mayoritariamente por mujeres. A pesar de que el 100% de los artículos indicó la media de edad de los participantes, solo el 60% reportó el rango de edad.

Por otra parte, el 70% de las investigaciones emplearon muestras clínicas. Como criterios para clasificar a dichas muestras como tales, la técnica diagnóstica principalmente utilizada fue la entrevista, destacando la Entrevista clínica estructurada SCID-I del DSM-IV en primer lugar, seguida de la Entrevista MINI. En la siguiente tabla se presentan varios datos interesantes acerca de los participantes de cada estudio.

Tabla 9*Características de las muestras*

Art	Muestra	Tipo de muestra	Criterios clínicos	Fuente	Características
1	173	Clínica con Trastorno Bipolar (TB) (n=74) Control clínico con Ansiedad o Depresión (n=99)	Clínica con TB = Diagnóstico de un médico (para remitidos), Entrevista o MDQ (para no remitidos) Control clínico = Entrevista MINI	Clínica con TB = Hospital psiquiátrico, Centro comunitario de salud mental, Remisión de psiquiatras, Organizaciones de apoyo comunitario Control clínico = Hospital psiquiátrico, Clínica universitaria	Clínica (M = 43 años, 65% F, 35% M) Control (M = 37 años, 70% F, 30% M)
2	77	Clínica con alcoholismo	Diagnóstico de adicción al alcohol con CIE-10	Centro de tratamiento de adicciones, Centro de prevención y educación	M = 43 años, 25% F, 75% M
3	100	Clínica con TB en remisión	TB = Entrevista clínica estructurada SCID-I. Remisión = puntaje ≤ 12 en la escala YMRS	Centro de internación psiquiátrica	M = 37 años, 19-57, 43% F, 57% M
4	510	No clínica (estudiantes)	N/A	2 universidades	M = 19 años, T1 = 65% F, 35% M, T2 = 67% F, 33% M
5	59	Clínica con depresión (n=29), Clínica con somatización (n=30)	Entrevista clínica estructurada SCID-I, BDI puntuaciones moderadas a graves (depresión) y leves (somatización)	Hospital, Clínica psiquiátrica	M = 39 años, 64% F, 36% M
6	200	Clínica con depresión de India (n=100) y de Irán (n=100)	BDI puntajes leve a moderado	"Hospitales y clínicas"	India (M = 30 años, 100% F), Irán (M = 32 años, 100% F), 16-60 años
7	76	No clínica (voluntarios)	N/A	Anuncio	M = 69 años, 50-85, 83% F, 17% M
8	96	Clínica con depresión (n=47), Grupo control (n=49)	Entrevista clínica estructurada SCID-I y BDI-II (no se indican puntuaciones mínimas)	"Centros de tratamiento y consultorios"	M = 30 años, 20-40, 56% F, 44% M
9	222	No clínica (estudiantes)	N/A	3 escuelas secundarias	M = 15 años, 12-18, 60% F, 40% M
10	439	Clínica con depresión	Entrevista clínica estructurada SCID-I	1 universidad (datos de otro estudio)	M = 22 años, 19-43, 100% F

6.5. Análisis estadísticos

Inicialmente, es importante señalar que todos los artículos revisados realizaron más análisis estadísticos a parte de los correlativos, y en la mayoría de ellos estos últimos no fueron los principales, sino que el objetivo de la investigación iba más allá de la sola correlación entre variables. La **Tabla 10** evidencia que en el 100% de los estudios se llevaron a cabo análisis descriptivos y correlativos, seguidos de los análisis de varianza (40%) y los análisis de regresión jerárquica (30%).

Tabla 10

Tipos de análisis estadísticos

Análisis	%
Análisis correlativos	100%
Análisis descriptivos	100%
Análisis de varianza	40%
Análisis de regresión jerárquica	30%
Análisis de mediación	20%
Análisis de regresión logística	20%
Análisis de covarianza	10%
Análisis de regresión lineal	10%
Análisis post hoc	10%

En cuanto a los análisis correlativos, propios del interés de la presente investigación, es importante señalar que el estadístico Pearson se empleó el 70% de las veces, teniendo en cuenta que el resto de los artículos no reportó el estadístico usado. A continuación, se presentan los índices de correlación que son expuestos en cada uno de los artículos, junto con sus correspondientes niveles de significancia cuando también fueron reportados:

Figura 2*Correlaciones entre EMT's y trastornos del estado de ánimo*

Artículo	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
Versión YSQ	YSQ-S3		YSQ-S3		YSQ-SF		YSQ-SF		YSQ-SF		YSQ-S3		YSQ-SF		YSQ-SF		YSQ-SF		YSQ-SF		
Muestra usada	Clínica TB		Clínica Alcoholismo		Clínica TB		No clínica		Clínica DM y TS		Clínica Depresión		No clínica		Clínica y control		No clínica		Clínica Depresión		
Instrumentos TEA	BDI-II	ASRM	BDI-II	BDRS	YMRS	CES-D (T1)	CES-D (T2)	BDI-II	BDI-II (Irán)	BDI-II (India)	MADRS	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II	
Abandono	0,51 <.01	-0,03 >.10	0,35 <.01	0,56 <.01	0,22 <.01	0,44 <.01	0,44 <.01	0,52 <.01	0,31 <.05	0,25 <.01	0,17	0,14	0,17	0,39 <.01	0,45 <.01						
Desconfianza	0,55 <.01	-0,01 >.10	0,35 <.01	0,66 <.01	0,25 <.05	0,47 <.01	0,4 <.01	0,55 <.01	0,44 <.05	0,24 <.01	0,21	0,42	0,00	0,53 <.01	0,47 <.01						
Privación emocional	0,41 <.01	0,04 >.10	0,51 <.01	0,54 <.01	0,22 <.05	0,47 <.01	0,43 <.01	0,62 <.01	0,31 <.05	0,25 <.01	0,28 <.05	0,49	0,00	0,33 <.01	0,48 <.01						
Defectuosidad	0,59 <.01	-0,05 >.10	0,48 <.01	0,53 <.01	0,32 <.01	0,47 <.01	0,42 <.01	0,68 <.01	0,43 <.05	0,24 <.01	0,52 <.01	0,48	0,00	0,52 <.01	0,44 <.01						
Aislamiento social	0,55 <.01	-0,05 >.10	0,51 <.01	0,61 <.01	0,33 <.01			0,77 <.01			0,37 <.01	0,51	0,00	0,57 <.01	0,49 <.01						
Dependencia/incompetencia	0,58 <.01	-0,03 >.10	0,38 <.01	0,63 <.01	0,41 <.01			0,64 <.01	0,30 <.05	0,28 <.05	0,25 <.05	0,11	0,30	0,46 <.01							
Vulnerabilidad al daño	0,56 <.01	0,06 >.10	0,44 <.01	0,61 <.01	0,39 <.01	0,43 <.01	0,39 <.01	0,63 <.01	0,27 <.01	0,24 <.01	0,38 <.01	0,59	0,00	0,48 <.01							
Entrampamiento emocional	0,29 <.05	0,04 >.10	0,24 <.05	0,66 <.01	0,23 <.05	0,39 <.01	0,33 <.01	0,11	0,23 <.01	0,24 <.01	0,32 <.01	0,11	0,28	0,32 <.01							
Fracaso	0,53 <.01	-0,22 .06	0,46 <.01	0,56 <.01	0,3 <.01			0,66 <.01	0,33 <.05	0,24 <.01	0,36 <.01	0,45	0,00	0,47 <.01							
Derecho/grandiosidad	0,45 <.01	0,17 >.10	0,25 <.05	0,58 <.01	0,2 <.01			0,4 <.01	0,23 <.05	0,24 <.01	0,03	0,13	0,22	0,37 <.01							
Autocontrol insuficiente	0,42 <.01	0,03 >.10	0,31 <.01	0,58 <.01	0,18 <.01			0,65 <.01	0,31 <.05	0,27 <.01	0,35 <.01	0,48	0,00	0,44 <.01							
Subyugación	0,57 <.01	-0,12 >.10	0,51 <.01	0,48 <.01	0,23 <.05			0,54 <.01	0,40 <.05	0,23 <.01	0,29 <.05	0,41	0,00	0,53 <.01							
Autosacrificio	0,38 <.01	0,16 >.10	0,16	0,57 <.01	0,13			-0,21	0,22 <.01	0,29 <.01	0,23 <.05	0,3	0,00	0,33 <.01							
Búsqueda de aprobación	0,45 <.01	0,06 >.10	0,07						0,29 <.05	0,21											
Negativismo/pesimismo	0,58 <.01	-0,01 >.10	0,39 <.01						0,33 <.05	0,22 <.01											
Inhibición emocional	0,47 <.01	0,05 >.10	0,46 <.01	0,51 <.01	0,25 <.01			0,38 <.01	0,33 <.05	0,25 <.01	0,41 <.01	0,52	0,00	0,49 <.01							
Estándares inflexibles	0,40 <.01	0,05 >.10	0,28 <.05	0,53 <.01	0,13			0,19	0,33 <.05	0,24 <.01	0,32 <.01	0,14	0,17	0,26 <.01							
Castigo	0,40 <.01	-0,1 >.10	0,34 <.01						0,32 <.05	0,31 <.05											
YSQ	0,68 <.01	-0,01 >.10	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R

Como puede apreciarse en la **Figura 2** en algunos de los estudios revisados (30%) no se presentaron los índices de correlación para cada uno de los EMT que evalúa la versión del YSQ empleada. Así mismo, incluso en aquellos que expusieron índices para todos los EMT, no se presentaron todos sus correspondientes niveles de significancia (40%). Únicamente el 30% de artículos mostró los índices de correlación para todos los EMT evaluados con el YSQ usado, así como todos sus respectivos niveles de significancia.

Por otra parte, también es posible observar que en muchos de los estudios con grupos no se realizaron distinciones al momento de llevar a cabo el análisis correlativo. Por ejemplo, el artículo 5 evidencia una correlación del 0,77 ($p < .01$) entre el esquema de Aislamiento Social y las puntuaciones del BDI-II, pero teniendo en cuenta que la muestra con la que se realizó este análisis estuvo compuesta por pacientes con depresión y pacientes con somatización. Es interesante aclarar que esta además fue la correlación más fuerte de todos los estudios y que ninguna superó el índice de 0,80. Únicamente el estudio 1 encontró correlaciones de carácter negativo, concretamente entre los EMT y el instrumento para medir manía (ASRM), aunque ninguna fue mínimamente moderada ($>0.4 - 0.6$) o significativa ($p < .01$)

En cuanto a las investigaciones que se interesaron por estudiar el trastorno bipolar (20%), se aprecia que en una de ellas la mayor correlación entre EMT's y depresión se dio con el esquema de Defectuosidad (0,59 $p < .01$), mientras que en el otro estudio fue con los esquemas de Desconfianza (0,66 $p < .01$) y Entrampamiento Emocional (0,66 $p < .01$). Para la manía, todas las correlaciones del estudio 1

fueron débiles, siendo la mayor de ellas de 0,17 pero con un nivel de significancia $> .10$. Por su parte, en el estudio 2 se encontró una correlación más fuerte (0,41 $p < .01$).

También es interesante recoger lo que mencionan los propios autores de cada artículo respecto a únicamente los resultados correlativos que hallaron, lo cual se presenta en la **Tabla 11**. Dado que el interés de la gran mayoría de investigaciones revisadas fue más allá de realizar análisis correlativos, es comprensible que en los artículos no se les dé a estos tanta relevancia para abordar la discusión de los resultados, sino que esta se centre en los hallazgos obtenidos mediante la realización de análisis estadísticos más complejos que permiten observar fenómenos como causalidad o mediación. Aun así, es posible apreciar que en casi todos los casos se alude al hecho de haber encontrado correlaciones significativas entre el trastorno de ánimo estudiado y prácticamente todos los Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Tabla 11*Comentarios de los autores sobre los resultados correlativos*

Artículo	Comentarios
1. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder	Los 18 EMT y la puntuación total del YSQ-S3 se correlacionaron significativamente con la depresión del BDI-II. Por el contrario, ni la puntuación total de YSQ-S3 ni ninguno de los 18 EMT se correlacionaron significativamente con la manía de ASRM (Hawke & Provencher, 2011).
2. Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts	Según los resultados obtenidos, 16 de los 18 esquemas se asocian positiva y estadísticamente con la depresión. Las relaciones más fuertes se observaron en el caso de la Privación emocional, el Aislamiento social y la Subyugación Jabłoński & Chodkiewicz, 2017).
3. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder	Sin comentarios específicos.
4. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students	Como se puede observar, varias correlaciones entre EMT's y síntomas son significativas (Cámara & Calvete (2011).
5. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder	Se observaron asociaciones significativas entre las puntuaciones del BDI y las puntuaciones en todos los dominios y los EMT individuales, con la excepción de Estándares inflexibles, Autosacrificio y Entrampamiento emocional (Davoodi et al., 2018)
6. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India	Los resultados demostraron las siguientes correlaciones más altas con el BDI: Desconfianza/abuso y Defectuosiad en la muestra iraní (Khajouei, et al., 2014)
7. Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline	Sin comentarios específicos.
8. Prediction of depression through early maladaptive schemas	10 de los 15 esquemas tienen correlaciones positivas y significativas con los síntomas de depresión ($p < 0,05$); los esquemas de Abandono, Dependencia, Entrampamiento emocional, Derecho y Estándares inflexibles no mostraron ninguna correlación significativa y positiva con los síntomas de depresión (Fouladi, 2015).
9. The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents	Todos los EMT mostraron asociaciones significativas con síntomas de depresión (Roelofs et al., 2011).
10. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling	Sin comentarios específicos.

7. Discusión

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo valorar la evidencia científica de la correlación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y los Trastornos del Estado de Ánimo, de acuerdo con los hallazgos presentados en artículos científicos de investigaciones empíricas publicados entre 2011 y 2021.

La **Figura 2** se encarga de condensar los principales resultados de la investigación. Inicialmente no es posible apreciar a simple vista diferencias significativas en la gravedad de los EMT entre pacientes clínicos y muestras no clínicas. De todos modos, esto es algo que no se podría haber analizado a profundidad dado que la presente investigación no incluyó análisis estadísticos con los resultados cuantitativos hallados por no ser de carácter meta-analítico. Por su parte, la revisión de Hawke & Provencher (2011), cuyo objetivo fue estudiar la teoría de esquemas y la terapia de esquemas en los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, evidenció lo contrario: en general, las personas con estos trastornos tienden a tener puntajes más altos en la mayoría o en todos los EMT en comparación a pacientes sanos. Igualmente, uno de los artículos que revisaron indicó que aquellos individuos con depresión crónica obtienen puntajes más altos que aquellos con depresión no crónica (Riso et al., 2003; citado en Hawke & Provencher, 2011).

Por otra parte, en el Marco Teórico del presente documento ya se había expuesto que pareciera haber poco interés científico en la comprensión de los trastornos bipolares desde teorías psicológicas, y con la presente investigación se pudo evidenciar esto en cierta medida, ya que solo 2 de los 10 artículos incluidos abordaron la bipolaridad. Curiosamente, Hawke & Provencher (2011) en su revisión sistemática también se encontraron con la dificultad de disponer de 1 solo artículo que hubiera examinado los EMT en los trastornos del espectro bipolar (Nilsson et al., 2010; citado en Hawke & Provencher, 2011). Siendo así, también mencionan que este trastorno debería ser objeto de un mayor análisis por parte de la investigación empírica.

Así mismo, contrario a lo que se esperaba desde el inicio, los resultados de la presente revisión no evidenciaron claras tendencias en los índices de correlación entre EMT's y trastornos del estado de ánimo; no se identificaron EMT's principales que correlacionaran con depresión o bipolaridad, sino una activación general de esquemas junto con la mayoría de las correlaciones siendo significativas ($p < .01$). Estos hallazgos concuerdan con la revisión de Hawke & Provencher (2011), quienes observaron que todos los EMT se presentaban de manera elevada en la depresión. Igualmente, los resultados del metaanálisis de Bishop et al. (2022), quienes investigaron los EMT y la depresión en adultos, mostraron que todos los 18 esquemas se correlacionaron positivamente con este trastorno. Siendo así, pareciera ser que no existen

esquemas específicos o un patrón de esquemas lo suficientemente claro para los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, se requiere más investigación al respecto.

En adición, es interesante mencionar los hallazgos del reciente metaanálisis de Tariq et al. (2021). Su revisión indicó que ni la edad ni el género tendrían alguna influencia significativa en la gravedad de los EMT en pacientes con síntomas depresivos. En la presente revisión sistemática ninguno de los artículos expuso resultados correlativos diferenciados por sexo. Por otro lado, a partir de los resultados de las investigación de Tariq et al. (2021), los autores señalan la necesidad de identificar cuáles serían los EMT que contribuyen en el desarrollo de dichos síntomas, lo cual les permitiría a los clínicos tener una mejor comprensión de los procesos cognitivos subyacentes a este trastorno y, a su vez, promover la salud mental.

El hecho de que aparentemente no sea posible determinar Esquemas Maladaptativos Tempranos específicos en los trastornos del estado de ánimo podría ser analizado a partir de los fundamentos teóricos mismos de la terapia de esquemas. Jeffrey Young desarrolló su psicoterapia con el propósito fundamental de “tratar a pacientes con problemas caracterológicos crónicos que no estaban siendo debidamente ayudados por la terapia cognitivo-conductual tradicional: los «fracasos terapéuticos»” (Young et al., 2013, p. 33). Aquí es importante advertir que la teoría de los EMT “no pretende competir con la teoría tradicional de Beck, sino extenderla a la clientela resistente al tratamiento, cuyos problemas psicológicos se cree que son mantenidos por fundamentos caracterológicos complejos. Por ello enfatiza en los orígenes en el desarrollo de la psicopatología severa” (Hawke & Provencher, 2011; como se citó en Young et al., 2018, p. 511).

Los pacientes con problemas caracterológicos presentarían características psicológicas que los diferencian de la sintomatología típica de los trastornos del Eje I y los convierten en difíciles de tratar por la terapia cognitivo-conductual de corta duración: pueden carecer de motivación para mejorarse, parecen estar desconectados de sus cogniciones y emociones debido al uso de estrategias de evitación, presentan pensamientos distorsionados y conductas contraproducentes extremadamente rígidas y resistentes a técnicas exclusivamente cognitivo-conductuales, sus problemas caracterológicos son egosintónicos y centrales a su sentido de la identidad, les cuesta establecer la alianza terapéutica, y suelen presentar problemas que son vagos, crónicos y generalizados (Young et al., 2013). Todas estas características son distintivas de los trastornos de personalidad, incluidos en el Eje II.

Así mismo, la terapia de esquemas habría sido diseñada para abordar aquellos aspectos caracterológicos crónicos de trastornos y no síntomas psiquiátricos agudos (por ej., una crisis depresiva o trastornos de ansiedad recurrentes), mientras que los Esquemas Maladaptativos Tempranos “podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de personalidad, de los problemas caracterológicos menos

severos y en muchos trastornos crónicos del Eje I” (Young et al., p. 36, 2013). En el caso de los trastornos del estado de ánimo, estos hacen parte del Eje I y sus criterios diagnósticos no necesariamente implican una duración crónica. Por ejemplo, el diagnóstico del trastorno bipolar en términos de temporalidad podría realizarse cumpliendo con al menos un episodio hipomaniaco de 4 días y un episodio de depresión mayor a 2 semanas.

En ese sentido, los trastornos del estado de ánimo harían parte de aquellos problemas psicológicos menos crónicos. Hawke & Provencher (2011; mencionados en Young et al., 2018) sostienen que los EMT podrían residir en el centro de los trastornos depresivos más crónicos y generalizados. Solamente el trastorno depresivo persistente (distimia) y el trastorno ciclotímico parecieran ser de una relativa larga cronicidad (2 años en adultos y 1 en niños y adolescentes como mínimo). En la presente revisión sistemática ninguno de los 10 artículos revisados mencionó el empleo de muestras clínicas compuestas por pacientes diagnosticados con distimia o trastorno ciclotímico. Por lo tanto, teniendo en cuenta que aparentemente no es plausible hablar de algún patrón de EMT’s específicos en aquellos trastornos del estado de ánimo más episódicos o de corta duración, surge la necesidad de investigar los EMT con pacientes que presenten trastornos del estado de ánimo de larga cronicidad.

8. Conclusiones

Este apartado presenta una estructura basada en los objetivos inicialmente planteados para la investigación, con el fin de exponer con mayor claridad las conclusiones obtenidas a partir de los hallazgos encontrados.

1. Revisar los estudios de carácter empírico y correlacional que se han hecho en torno al modelo de los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo entre 2011 y 2021. La teoría de esquemas de Jeffrey Young ha sido ampliamente estudiada en gran diversidad de temas psicológicos y con variadas metodologías (Kwak & Lee, 2015; Khosravi et al., 2017; Alba et al., 2018; Gong & Chan, 2018; Lecigne & Tapia, 2018; Hawke & Provencher, 2012; entre muchos otros). Dada esta vastedad en la literatura, la presente revisión sistemática recogió y analizó la principal evidencia científica en relación a los Esquemas Maladaptativos Tempranos y su asociación con los trastornos depresivos y los trastornos bipolares, pues se esperaba identificar tendencias evidentes en cuanto a estas correlaciones, teniendo en cuenta además que tales hallazgos ampliarían la comprensión de los trastornos del estado de ánimo y aportarían a las razones clínicas para las aplicación de la terapia de esquemas en su tratamiento.

2. Identificar tendencias, acuerdos y discrepancias en los niveles de correlación hallados entre los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo en los artículos revisados. A raíz del análisis riguroso de cada uno de los 10 artículos incluidos en la presente investigación, se identifica que en la comunidad científica dedicada al estudio de los EMT con relación a los trastornos del estado de ánimo existe un claro interés por abordar el tema no solo a nivel descriptivo y correlacional, sino también en un sentido causal-explicativo. Sin embargo, los resultados de las 10 investigaciones revisadas demuestran una activación general de los EMT, sin claras tendencias o acuerdos que permitan sugerir la existencia de un perfil de esquemas específicos en la depresión y la bipolaridad. Así mismo, inclusive se pueden apreciar contradicciones entre los niveles de correlación de algunos estudios. De todos modos, respecto a esto hay que tener en cuenta la diversidad sociodemográfica de las muestras empleadas.

Partiendo de los fundamentos teóricos del modelo de esquemas de Young, el cual establece que los EMT se encontrarían principalmente en aquellos trastornos psicológicos más crónicos, es necesario investigar en pacientes que presenten trastornos del estado de ánimo de larga duración, partiendo del supuesto de que esto podría dar más luces acerca del papel específico de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en dichos trastornos.

3. Determinar el grado de ajuste metodológico presente en el conocimiento producido alrededor del tema, de acuerdo con un checklist de elaboración propia. Más que evaluar la calidad metodológica general de los artículos, la aplicación de un checklist de elaboración propia permitió determinar el grado de ajuste metodológico de la literatura revisada a los intereses propios y específicos de la presente investigación. Pese a que ninguno obtuvo un ajuste del 100%, fue posible apreciar tendencias y diferencias significativas para brindar sugerencias a futuras investigaciones.

4. Identificar las limitaciones de los estudios y sus resultados sobre los niveles de correlación hallados entre los EMT y los Trastornos del Estado de Ánimo en los artículos revisados. A continuación, se retoman y enuncian las principales limitaciones encontradas en los estudios revisados, mencionando seguidamente una posible recomendación para cada una.

- Calidad de los artículos: La mayoría de los documentos revisados no presentaron objetivos adecuadamente redactados, no brindaron información cualitativa y/o cuantitativa sobre la población de referencia, no mencionaron el procedimiento de muestreo ni indicaron los criterios de inclusión y exclusión usados. Se recomienda tener en cuenta estos y otros aspectos importantes para la ejecución rigurosa de futuras investigaciones y la posterior elaboración de artículos científicos que presenten la suficiente rigurosidad para los lectores.
- Solo un 20% de los artículos incluidos en la revisión se interesaron por estudiar bipolaridad en relación con los EMT. Se recomienda dirigir una mayor atención científica a los trastornos bipolares desde la teoría de esquemas, lo que contribuiría a una mayor comprensión de dichos trastornos desde modelos psicológicos, dado que actualmente predominan los modelos explicativos de carácter genético-biológico.
- El 100% de las investigaciones emplearon el YSQ en alguna de sus versiones cortas como instrumento de medición de los EMT. Dado que el YSQ en su versión larga podría tener más exactitud para determinar la prevalencia de cada esquema, se recomienda incluirlo en futuras investigaciones en la medida de que los recursos lo permitan, dado que es un instrumento que requiere más tiempo para ser diligenciado.
- Pese a que el 70% de investigaciones emplearon muestras clínicas, ninguno de los artículos indicó que presentaban trastornos del estado de ánimo de larga cronicidad. Se sugiere investigar en pacientes con trastornos de este tipo para ir más acorde a los supuestos teóricos del modelo de esquemas de Young.

- En el 80% de los estudios revisados los participantes fueron mayoritariamente mujeres. Se recomienda el empleo de muestras más equitativas en términos de sexo. Así mismo, puede ser más esclarecedor ofrecer resultados discriminados por sexo para mayor especificidad.

9. Limitaciones y Recomendaciones

La presente revisión sistemática también presentó algunas falencias que limitaron el alcance de la investigación. A continuación, se enlistan estas junto con posibles sugerencias para futuras revisiones:

- No se llevó a cabo un metaanálisis con los datos cuantitativos extraídos de las investigaciones. Se sugiere realizar una revisión metaanalítica que permita llevar a cabo análisis estadísticos de mayor complejidad.
- La presente investigación centró su interés en los resultados de los análisis correlativos, por lo que dejó por fuera otro tipo de análisis que posiblemente habrían aportado a la comprensión del problema de investigación. Se recomienda que futuras investigaciones lleven a cabo una revisión completa de todos los procedimientos metodológicos llevados a cabo por los artículos estudiados.
- El presente estudio limitó su capacidad idiomática a artículos en español o inglés. Sería interesante realizar una revisión que incluyese literatura científica elaborada en otros idiomas para tener un mayor alcance investigativo.

Referencias

- Alba, J., Calvete, E., Wante, L., Van Beveren, M. L., & Braet, C. (2018). Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42 (1), 24–35. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9874-5>
- Annemarie, N., Mark, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D., (2020). The relationship between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 715-751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. APA
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130–139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021>
- Basso, L. A., Fortes, A. B., Maia, C. P., Steinhorst, E., & Wainer, R. (2019). The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, 41 (3), 301-313. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0118>
- Beck, A. T., Emery, G., Rush, A. J., & Shaw, B. F. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (Ed. 20). Desclée de Brouwer
- Bishop, A., Younan, R., Low J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29 (1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34 (1), 58–68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Cardona-Arias, J. A., Higuera-Gutiérrez, L. F., & Ríos-Osorio, L. A. (2016). *Revisiones sistemáticas de la literatura científica: La investigación teórica como principio para el desarrollo de la ciencia básica y aplicada*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia
- Carrobbles, J. A. (2014). Trastornos depresivos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobbles (eds). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (339-368). Ediciones Pirámide
- Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2014). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37 (2), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.007>

- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 541-560. ISSN: 0120-0534
- Cid, J., Florenzano, R., Melipillán, R., Quiñones, A., Ramírez, P., & Ugarte, C. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica*, 36 (3), 144-155. ISSN: 0718-4808
- Colombia. Congreso de la República. (2006). Ley 1090 de 2006 (septiembre 6): *por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Coryell, W. (2020, marzo). *Generalidades sobre los trastornos del estado de ánimo*. Manual MSD. <https://msdmnls.co/3x5hrm8>
- Darvishi, F., Rahmani, M., Akbari, B., & Rahbar, M. (2013). A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1072–1077. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.702>
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of Affective Disorders*, 235, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.017>
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubley, S. (2018). Activación conductual para la depresión. En D. H. Barlow (ed), *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso* (627-695). Manual Moderno
- Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34 (4), 763–784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>
- Fouladi, M. (2015). Prediction of depression through early maladaptive schemas. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6 (1S1), 602–611. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n1s1p602>
- Galeano, M. E. (2004). Investigación documental: La construcción de conocimiento desde la cultura material. En *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro de la mirada* (113-114). La Carreta Editores
- Gong, J., & Chan, R. C. K. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493–500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019>

- Gutiérrez-Rojas, L., García-Jiménez, J., & González, P. (2020). *Trastornos bipolares*. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds), *Manual de psicopatología* (Ed. 3, Vol. 2) (233-258). McGraw-Hill Interamericana Editores
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders, 148* (1), 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 136* (3), 803–811. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.036>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En *Metodología de la investigación* (Ed. 6) (126-169). McGraw-Hill Interamericana Editores
- Jabłoński, M., & Chodkiewicz, J. (2017). Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 17* (3), 165–171. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2017.0018>
- Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., & Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 27* (3), 408-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
- Khajouei Nia, M., Sovani, A., & Sarami Forooshani, G. R. (2014). Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 16* (12). <https://doi.org/10.5812/ircmj.17492>
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Sharifi Bastan, F., Amirinezhad, A., & Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research, 271*, 351–359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.067>
- Khosravi, S., Ebrahimi, M. I., Shayan, A., Reza Havasian, M., & Jamshidi, F. (2017). Investigation of early maladaptive schemas in patients with Bipolar Disorder compared to healthy individuals. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research, 9* (6), 771–774. <https://bit.ly/3rxOP5T>
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. AHFMR.

- Kwak, K. H., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research, 230* (3), 757–762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- Lecigne, M., & Tapia, G. (2018). The mediating role of early maladaptive schemas on relations between post-traumatic stress disorder symptom severity and illicit substance use disorder. *Journal of Substance Use, 23* (6), 634–639. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1489005>
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves, L., & Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica, 11* (1), 147-164. ISSN: 2011-2777
- López, A. F., Cid, J., Obst, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko & Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas, (1)*, 83-115. ISSN: 1688-4221
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45* (3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>
- Miklowitz, D. J. (2018). Trastorno bipolar. En D. H. Barlow (ed), *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso* (820-894). Manual Moderno
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, marzo). *Depresión* [boletín N° 1]. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. <https://bit.ly/3iOaa5c>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, marzo). *Análisis de indicadores de salud mental por territorio* [boletín N° 5]. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. <https://bit.ly/3i1KMtt>
- Montoya, C. P., Pérez, M., Rendón, K. J., Quintero, A. A., Urrego, I. C., & Álvarez, M. L. (2019). Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 21* (1), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.cdsn>
- Munuera, C., Roux, P., Weil, F., Passerieux, C., & M'Bailara, K. (2020). Determinants of the remission heterogeneity in bipolar disorders: The importance of early maladaptive schemas (EMS). *Journal of Affective Disorders, 277*, 857–868. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.079>
- Nematy, A., Fattahi, K., Khosravi, Z., & Khodabakhsh, R. (2014). A comparison of early maladaptive schemata among homosexual, bisexual and heterosexual people in Iran. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 18* (4), 361–374. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.908334>

- Nilsson, K. K. (2012). Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (4), 1104–1108. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.05.005>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 28 de noviembre). *Trastornos mentales*. <https://bit.ly/3eUHMgR>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 30 de enero). *Depresión*. <https://bit.ly/3BCHaG9>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://bit.ly/2WjzecR>
- Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, 14 (1), 158. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05556-1>
- Pedroza, M., Andrade P., & Calleja, N. (2019). Validación de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños. *Acta Investigación Psicológica*, 9 (1), 32-47. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.04>
- Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Lücke, C., Müller, H. H., & Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9 (2), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8>
- Pilkington, P. D., Bishop, A., & Youtan, R. (2020). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Special Issue: Virtual Reality in Clinical Practice*, 28 (3), 569-584. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
- Rafi, M. A., Adibsereshki, N., & Aval, M. H. (2017). The mediating role of early maladaptive schemas in relationships of emotional maltreatment and emotional disorders. *European Journal of Mental Health*, 12 (1), 104–115. <https://doi.org/10.5708/EJMH.12.2017.1.7>
- Rahbar Karbasdehi, E., Abolghasemi, A., & Rahbar Karbasdehi, F. (2018). The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48 (4), 233–239. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9390-2>
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in

- adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (4), 471–479. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000117>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., Villalobos, A., & Paz, M. (2012). Terapia cognitiva. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz & A. Villalobos (eds), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (363-409). Desclée de Brouwer
- Saldarriaga-Zambrano, P. J., Bravo-Cedeño, G. R., & Looor-Rivadeneira, M. R. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2 (3), 127-137. <https://dx.doi.org/10.23857/dc.v2i3%20Especial.298>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds), *Manual de psicopatología* (Ed. 2, Vol. 2) (271-298). McGraw-Hill Interamericana Editores
- Sevillá, J., Pastor, C., & Ruiz, L. (2014). Trastorno bipolar y trastornos relacionados. En V. E. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobbles (eds). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (369-394). Ediciones Pirámide
- Tandetnik, C., Hergueta, T., Bonnet, P., Dubois, B., & Bungener, C. (2017). Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline. *International Psychogeriatrics*, 29 (10), 1657–1667. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001119>
- Tariq, A., Reid, C., & Chan S. W. Y (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 51, 1233–1248. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001458>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135 (11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Vázquez, C., & Sanz, J. (2020). Trastornos depresivos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds), *Manual de psicopatología* (Ed. 3, Vol. 2) (199-232). McGraw-Hill Interamericana Editores
- Young Schema Questionnaire: Long & Short Forms (s.f.). *Schema Therapy* [Terapia de Esquemas]. <https://bit.ly/2WSzkXe>
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas: Una guía práctica*. Editorial Desclée de Brouwer

Young, J. E., Ryhg, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2018). Terapia cognitiva para la depresión. En D. H. Barlow (ed), *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso* (495-586). Manual Moderno

Anexos

Anexo 1. Calificaciones individuales del checklist de ajuste metodológico

Categoría	N°	Ítem	Artículos										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autores	1	Se indican sus nombres y apellidos	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	2	Se indica la afiliación institucional de cada uno	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	3	Se brindan datos de contacto	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Resumen	4	Presenta el objetivo general de la investigación	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	5	Describe brevemente la metodología	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí
	6	Menciona principales resultados	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Introducción	7	Expone claramente el problema de investigación	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	8	Presentación de antecedentes del problema de investigación	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	9	Se explicita la relevancia y justificación del estudio	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	no	no	sí	sí
Objetivos	10	Están redactados con claridad (poseen un verbo en infinitivo, objeto, sujeto y contexto del estudio)	no	no	no	no	no	sí	no	no	no	no	no
	11	Son relevantes y se relacionan con el problema de investigación y la justificación expuestos	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Hipótesis	12	Se plantean hipótesis con relación a los resultados esperados del estudio	sí	no	sí	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	sí
Participantes	13	Se brindan datos cuantitativos y/o cualitativos de la población objeto de estudio	no	no	no	no	no	no	no	sí	no	sí	sí
	14	Se menciona el procedimiento de muestreo (cómo se llegó a ese tamaño muestral)	no	no	no	no	no	sí	sí	no	no	no	no
	15	Se presentan criterios de inclusión y de exclusión	sí	no	no	no	sí	no	sí	no	no	sí	sí
	16	Es claro el tamaño muestral	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
	17	Para las muestras clínicas se especifica el criterio clínico empleado para clasificar a los participantes como tal	sí	sí	sí	n/a	sí	sí	n/a	sí	n/a	sí	sí
	18	Se brindan datos sociodemográficos (sexo y edad por lo menos)	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Instrumentos	19	Se indican explícitamente sus autores	sí	no	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí
	20	Se brindan datos cuantitativos de validez y confiabilidad	sí	no	sí	no	sí	sí	no	sí	no	sí	sí
	21	Para los estudios con grupos se explicita el procedimiento de aplicación del YSQ y del instrumento para el TEA, aclarando si se aplicaron a toda la muestra o solo a un grupo	sí	n/a	n/a	n/a	sí	sí	n/a	sí	n/a	n/a	n/a
Análisis estadísticos	22	Se brinda al menos un párrafo que introduzca de forma clara y explícita cuáles fueron los análisis estadísticos realizados en el estudio, antes de pasar a mostrar resultados	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	sí	sí
	23	Se especifica el tipo de análisis de correlación (por ej., Pearson)	sí	sí	sí	no	sí	no	sí	sí	no	sí	sí

Resultados	24	Los resultados cuantitativos del análisis correlativo se presentan en una tabla	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	Sí
	25	Se presentan los índices de correlación obtenidos para cada uno de los EMT de la versión del YSQ usada	sí	sí	sí	no	sí	no	sí	sí	sí	sí	No
	26	Se presentan los niveles de significación estadística para la mayoría de los índices de correlación mostrados	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	Sí
	27	Se explicita si las correlaciones se realizaron con toda la muestra o solo con uno de los grupos	sí	n/a	n/a	n/a	sí	sí	n/a	no	n/a	n/a	n/a
Aplicaciones	28	Se describen posibles aplicaciones prácticas del estudio	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	Sí	
Limitaciones	29	Los autores declaran las limitaciones de la investigación	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	Sí	
Recomendaciones	30	Se brindan recomendaciones para futuros estudios	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	Sí	
Porcentaje de ajuste metodológico			83,33%	71,43%	85,71%	66,67%	86,67%	76,67%	85,19%	73,33%	70,37%	89,29%	