



ORIGINAL

Validación de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños

Validation of the Scale of Early Maladaptive Schemes for Children

Marcela Pedroza Atitlán¹, Patricia Andrade Palos, y Nazira Calleja

Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido el 28 de junio de 2018, aceptado el 7 de febrero de 2019

Resumen

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos son patrones emocionales y cognitivos que alteran de manera negativa el procesamiento de la información y modifican la percepción de uno mismo y de las relaciones interpersonales (Young et al., 2003). Puesto que el único instrumento en español que evalúa esquemas maladaptativos tempranos en niños cuenta únicamente con análisis exploratorios, los objetivos de este estudio fueron confirmar la estructura de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños de 8 a 12 años de edad (Pedroza, 2014) y obtener la validez de criterio y la confiabilidad de la escala. Se seleccionó una muestra no probabilística de 421 estudiantes de primarias particulares de la ciudad de Cancún, el 59.9% fueron niñas y el 40.1% niños, con una media de edad (de 9.8 años). Los resultados obtenidos en los análisis factoriales confirmatorios efectuados indicaron que los datos se ajustan al modelo teórico cuando se analizan por separado cada uno de los dominios. En relación a la validez de criterio, los resultados obtenidos mostraron correlaciones significativas de todos los esquemas con los factores de las escalas de depresión y de ansiedad. Los índices de confiabilidad fueron entre $\alpha = .73$ a $\alpha = .87$ para las dimensiones y de $\alpha = 0.94$ para la escala total. Se concluye que este instrumento puede ser válido y confiable para la evaluación de Esquemas maladaptativo en niños.

Palabras Clave: Niños, Esquemas Maladaptativos Tempranos, Análisis Factorial Confirmatorio, Validación, Evaluación

Abstract

Early Maladaptive Schemas are emotional and cognitive patterns that alter the negative way of processing information and modify the perception of oneself and interpersonal relationships (Young et al., 2003). Since the only instrument in Spanish that evaluates early maladaptive schemes in children has only exploratory analyzes, the objectives of this study were to confirm the structure of the Early Maladaptive Scheme Scale for children from 8 to 12 years of age (Pedroza, 2014) and obtain the criterion validity and reliability of the scale. A non-probabilistic sample of 421 elementary school students from the city of Cancún were selected, 59.9% were girls and 40.1% boys, with a mean age of 9.8 years. The results obtained in the confirmatory factor analysis indicated that when each of the domains is analyzed separately the data confirm to the theoretical model. In relation to the criterion validity, the results obtained found significant correlations of all the schemas with the factors of the depression and anxiety scales. Reliability indices ranged from $\alpha = .73$ to $\alpha = .87$ for the dimensions and $\alpha = 0.94$ for the full scale. It is concluded that this instrument can be valid and reliable for the evaluation of maladaptive schemas in children.

Keywords: Children, Early Maladaptive Schemas, Confirmatory Factor analysis, Validation, Assessment

¹ Contacto: Marcela Pedroza Atitlán, marce.pedroza@hotmail.com

Los esquemas cognitivos son definidos como patrones de pensamientos asociados a necesidades no cubiertas en la infancia, los cuales están encargados de guiar la búsqueda, codificación, organización, recuperación y almacenaje de la información (Beck, 1983). La terapia cognitiva (Beck & Freeman, 1990) centra sus intervenciones en la identificación y cambio de pensamientos, creencias o esquemas distorsionados acerca de uno mismo y los demás pudiendo así dar tratamiento a distintos padecimientos psicológicos. Dentro de este conjunto de intervenciones, la focalización en los esquemas cognitivos es de gran relevancia ya que se consideran una parte esencial de lo que forma y mantiene la psicopatología en los adultos (Beck, 1987; Young, 1990, 1999; Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

Young (1990) denomina a estos patrones de pensamiento como esquemas maladaptativos tempranos (EMT), los cuales se refieren al nivel más profundo de las estructuras cognitivas y se definen como patrones emocionales y cognitivos que alteran de manera negativa el procesamiento de la información y modifican la percepción de uno mismo y de las relaciones interpersonales. Se forman a partir de las primeras experiencias en el desarrollo en donde no se satisfacen las necesidades emocionales con relación a las figuras de apego. Estos esquemas son significativamente disfuncionales, duraderos y extremadamente estables y sirven como marco para el procesamiento de experiencias posteriores (Young et al., 2003).

Young et al. (2003) proponen que las estructuras cognitivas más profundas denominadas creencias o esquemas están íntimamente relacionadas con la formación y mantenimiento de la psicopatología, la terapia de los esquemas de Young postula que los EMT juegan un papel causal en el desarrollo posterior de psicopatología (Stein & Young, 1992). Young et al. (2003) agrupan a los EMT en cinco grandes dominios que a su vez contienen esquemas, que en total son 18. A continuación se enlista cada dominio con sus esquemas:

1. El dominio de desconexión y rechazo está relacionado con la expectativa de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidado, empatía, intercambio de sentimientos, aceptación y respeto no se cumplirán de una manera predecible.

Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

1.1. Abandono: falta de fiabilidad o inestabilidad percibida de aquello que está disponible como apoyo o relación.

Implica la sensación de que las personas significativas para uno no podrán seguir siendo un apoyo emocional, relación, fortaleza o protección, ya que son emocionalmente inestables o impredecibles, porque van a morir de forma inminente, o porque van a abandonar al individuo por alguien mejor.

1.2. Desconfianza: es la expectativa de que los demás harán daño, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán, o se aprovecharán de uno. Por lo general consiste en la percepción de que el daño es intencional o el resultado es negligencia injustificada y extrema.

1.3. Privación emocional: es la expectativa de que el deseo de un grado normal de apoyo emocional no se logrará adecuadamente. Las tres formas principales de la privación son:

1.3.1. Privación de cuidados: ausencia de atención, afecto, calor o compañerismo.

1.3.2. Privación de la empatía: ausencia de la comprensión, escucha o intercambio mutuo de los sentimientos de los demás.

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

1.4. Defectuosidad: sentimiento de que uno es defectuoso, indeseado, inferior o no es digno de ser amado por otras personas importantes para él. Puede involucrar hipersensibilidad a la crítica, sentimiento de rechazo, culpa y comparación insegura en torno a los demás o sentimientos de vergüenza con respecto a los defectos percibidos por uno mismo.

1.5. Aislamiento social: es la sensación de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y no pertenece a ningún grupo o comunidad.

2. El dominio de deterioro de la autonomía y ejecución está relacionado con las expectativas de uno mismo y del medio ambiente acerca de cómo se percibe la propia capacidad de sobrevivir y funcionar de manera independiente con éxito en cualquier cosa de la vida cotidiana.

Dentro de este dominio se agrupan los siguientes esquemas:

2.1 Dependencia: es la creencia de que uno es incapaz de manejar las responsabilidades del día a día de manera competente sin la ayuda de otros. Es común que se presente como una creencia de desamparo.

2.2. Vulnerabilidad al daño: miedo exagerado de que una inminente catástrofe sucederá en cualquier momento y el individuo no será capaz de prevenirla.

2.3. Apego confuso: es la implicación emocional excesiva y cercanía con una o más personas significativas a expensas de la individuación completa o desarrollo social normal. A menudo consiste en la creencia de que no se puede ser feliz o sobrevivir sin el apoyo constante de otros.

2.4. Fracaso: es la creencia de que uno ha fracasado, fracasará o es fundamentalmente inadecuado en comparación con los otros en cualquier área que involucre logro.

3. El dominio de límites insuficientes está relacionado con la dificultad para respetar los derechos de los demás y cooperar con los otros, lo que hace difícil la realización de metas realistas o compromiso en las actividades diarias.

Dentro de este dominio se agrupan los siguientes esquemas:

3.1. Grandiosidad: es la creencia de que uno es superior a los demás, con derecho a tener privilegios especiales y en donde las reglas comunes no aplican para él.

3.2. Insuficiente autocontrol: dificultad recurrente para controlarse o tolerar la frustración para lograr metas o para restringir la expresión emocional y de los impulsos de manera exagerada.

4. El dominio de orientación hacia los otros se relaciona con un enfoque excesivo en los deseos, sentimientos y reacciones de los demás a costa de las propias necesidades, con el fin de ganar amor y aprobación, así como mantener el sentido de conexión con los otros y evitar represalias.

Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

4.1. Autosacrificio: se refiere a la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás a expensas de la propia gratificación.

4.2. Búsqueda de aprobación: es el énfasis excesivo en obtener la aprobación, reconocimiento o atención de los demás a expensas del desarrollo del sentido de seguridad y valía de uno mismo.

4.3. Subyugación: es la rendición excesiva del control propio para evitar ira, venganza o abandono de los demás. La subyugación puede ser de las necesidades o de las emociones.

5. El dominio de sobrevigilancia e inhibición tiene que ver con el énfasis excesivo en la supresión de los sentimientos espontáneos, impulsos y decisiones o en el cumplimiento extremo de reglas y expectativas rígidas internalizadas

acerca del rendimiento y comportamiento ético, a menudo a expensas de la felicidad, autoexpresión y relajación.

Dentro de este dominio se encuentran los siguientes esquemas:

5.1. Negatividad: es el enfoque de manera dominante en todos los aspectos negativos de la vida, que reduce al mínimo o deja de lado lo positivo o los aspectos optimistas.

5.2. Castigo: es la creencia de que las personas deberían ser severamente castigadas cuando cometen errores. Involucra la tendencia hacia la intolerancia, punitividad, impaciencia y enojo hacia las personas que no cumplen con las expectativas o estándares planteados.

5.3. Metas inalcanzables: es la creencia de que uno debe lograr estándares internalizados muy elevados en el comportamiento y el desempeño de todo, generalmente para evitar la crítica.

5.4. Inhibición emocional: se refiere a la excesiva inhibición de las acciones, emociones o comunicación espontánea, generalmente para evitar la desaprobación de los otros, el sentimiento de vergüenza o el control de los propios impulsos.

Diversos estudios con adultos y adolescentes mencionan que los esquemas maladaptativos tempranos se relacionan con algunos trastornos psicológicos como la depresión (Aftab, Klibert, Holtzman, Qadeer, & Aftab, 2017; Haugh, Micheli, & DeLorme, 2017), ansiedad (Drummond & Gatt, 2017; Zadahmad & Torkan, 2016), consumo de sustancias (Straver, 2017) o trastornos alimentarios (Da Luz et al., 2017). A pesar de que existe evidencia de la importancia de los EMT en los trastornos psicológicos y que éstos se forman en la infancia, existen pocos estudios que reporten casos con población infantil, por ejemplo, Montazeri et al. (2013) y Rijkeboer y Boo (2010) reportan correlaciones significativas entre los esquemas de defectuosidad, desconfianza, fracaso, estándares irreales, soledad y vulnerabilidad y depresión. Por otro lado, Stallard (2005) reporta que los niños que puntúan altos en ansiedad son los que presentan puntajes elevados de esquemas. En México, Sánchez-Aguilar, Andrade-Palos y Lucio (en prensa) reportaron relaciones positivas entre los niveles de ansiedad y los esquemas maladaptativos. Además los esquemas de vulnerabilidad al daño, inhibición emocional, abandono y defectuosidad explicaron el 54.8% de la varianza de la ansiedad de los niños que participaron en el estudio.

Para evaluar los EMT, Young (1999) elaboró el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (YSQ, por

sus siglas en inglés) del cual existen varias versiones, la más reciente (YSQ-S3; Young, 2005) evalúa 18 esquemas divididos en cinco dominios y consta de 90 reactivos. Los EMT han sido ampliamente estudiados en población adulta utilizando el cuestionario de esquemas de Young en sus distintas versiones y en diversas poblaciones y países como Estados Unidos (Cecero, Nelson, & Gillie, 2004; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995), Australia (Lee, Taylor, & Dunn, 1999), Canadá (Hawke & Provencher, 2012; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002), España (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, & Ruiz, 2005), Colombia (Castrillon et al., 2005; Londoño et al., 2012), Francia (Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard, & Martin, 2006), Holanda (Rijkeboer & Bergh, 2006), Noruega (Hoffart et al., 2006), China (Cui, Lin, & Oei, 2010), Rumania (Dindelegan & Bîrle, 2012; Trip, 2006) y Bélgica (Pauwels et al., 2012).

La escala original de Young no está hecha para población adolescente o infantil, sin embargo existen algunos estudios en donde se utilizan estas escalas en población adolescente ya sea haciendo una adecuación al vocabulario empleado (Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Stallard & Rayner, 2005; Van Vlierberghe & Braet, 2007; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010) o utilizando las escalas de los adultos (Khorramdel, Abolghasemi, Rakhshani, Nikdast, & Raiabi, 2013; Lawrence, Allen, & Chanen, 2011).

Por último, para población infantil existen únicamente tres escalas que evalúan los esquemas maladaptativos en niños. El Cuestionario de Esquemas para Niños (Schema Questionnaire for Children, SQC), elaborada en Inglaterra por Stallard y Rayner (2005), evalúa 15 esquemas con un reactivo por cada esquema. Se aplicó en conjunto con el cuestionario de Young versión YSQ-S2 para analizar su validez concurrente con niños de 11 a 16 años de edad. Presentó una consistencia interna total de $\alpha=0.82$.

El Schema Inventory for Children (Rijkeboer & Boo, 2010), este cuestionario se diseñó con niños holandeses de 8 a 13 años de edad y evalúa once esquemas (desconfianza, defectuosidad, fracaso, metas inalcanzables, auto-sacrificio, apego confuso, grandiosidad, insuficiente auto-control) ocho de los 15 esquemas originales propuestos por Young y tres esquemas nuevos que contienen combinaciones teóricas de dos o tres esquemas originales. Los autores explican estos nuevos factores integrando los

esquemas de privación emocional y aislamiento social en un nuevo factor al que llamaron “soledad”; vulnerabilidad al daño o la enfermedad y abandono lo incluyeron en un nuevo factor de “vulnerabilidad”; y por último inhibición emocional, subyugación y dependencia se englobaron en un nuevo factor llamado “sumisión”.

La Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños (EEMTN), fue elaborada en México por Pedroza (2014) y validada en una muestra de 444 estudiantes de escuelas primarias y secundarias particulares de México (49% niñas, 51% niños) con una media de edad de 10.4 años ($DE=1.5$), los participantes cursaban entre tercero de primaria y primero de secundaria. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y alfa de Cronbach, la confiabilidad interna total de la escala fue de $\alpha=.94$. La escala se conforma de 92 reactivos que evalúa 17 EMT de los cinco dominios que propone Young, los esquemas que incluye son: abandono, desconfianza, privación emocional, defectuosidad, aislamiento social, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, grandiosidad, insuficiente autocontrol, autosacrificio, búsqueda de aprobación, subyugación, castigo, negatividad, metas inalcanzables e inhibición emocional. Los reactivos se construyeron usando frases que pudieran representar las definiciones teóricas de los esquemas abarcando situaciones y entornos típicos de los niños.

Aunque los EMT se han identificado como aspectos importantes para la aparición y mantenimiento de psicopatología y que éstos se forman en la infancia, es poca la investigación que se ha realizado en niños, además de que solo se cuenta con un instrumento en español que los evalúa y del que solo reporta un análisis factorial exploratorio y no se reporta otro análisis que proporcione evidencia de la validez del instrumento, por lo que los objetivos de este estudio fueron confirmar la estructura de la escala y obtener la validez de criterio y la confiabilidad de la EEMTN (Pedroza, 2014).

Método

Participantes

La muestra se conformó de 421 estudiantes de cuatro primarias particulares de la ciudad de Cancún, Quintana Roo, 40.1% niños y 59.9% niñas, de tercero (21.4%), cuarto (27.3%), quinto (22.5%) y sexto (28.7%) grados de educación primaria, el rango de edad fue de 8 a 12 años, con

una media de 9.8 años ($de = 1.41$), de éstos el 19.1% tenía ocho años, 26.3% nueve años, 22.2% diez años, 18.8% once años y 13.5% doce años. El muestreo utilizado fue no probabilístico.

Instrumentos

Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños (EEMTN) (Pedroza, 2014).

Es una escala de 92 reactivos que evalúa 17 esquemas maladaptativos tempranos de los cinco dominios que propone Young et al. (2003). Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo en los esquemas de Privación Emocional y Defectuosidad, y de Nunca a Siempre en los otros 15 esquemas. Los EMT que evalúa son: abandono: 6 reactivos, $\alpha = .73$; desconfianza: 3 reactivos, $\alpha = .47$; privación emocional: 13 reactivos, $\alpha = .82$; defectuosidad: 6 reactivos, $\alpha = .78$; aislamiento social: 3 reactivos, $\alpha = .63$; fracaso: 6 reactivos, $\alpha = .75$; dependencia: 5 reactivos, $\alpha = .57$; vulnerabilidad al daño: 8 reactivos, $\alpha = .64$; grandiosidad: 7 reactivos, $\alpha = .64$; insuficiente autocontrol: 4 reactivos, $\alpha = .61$; autosacrificio: 4 reactivos, $\alpha = .58$; búsqueda de aprobación: 8 reactivos, $\alpha = .66$; subyugación: 4 reactivos, $\alpha = .54$; castigo: 4 reactivos, $\alpha = .35$; negatividad: 4 reactivos, $\alpha = .71$; metas inalcanzables: 4 reactivos, $\alpha = .62$; por último, inhibición emocional: 4 reactivos, $\alpha = .71$.

Inventario de Depresión en Niños (CDI). Para medir síntomas depresivos en niños se utilizó el Inventario de Depresión en Niños (CDI) (Kovacs, 1992), que mide la presencia de síntomas depresivos en niños y adolescentes. El instrumento está integrado por 27 reactivos con tres opciones de respuesta, que van de "Ausencia de síntoma" a "Síntoma severo". Barrio y Carrasco (2004) reportan un índice de confiabilidad para la escala total $\alpha = .799$, en esta investigación es de $\alpha = .853$. Consta de dos escalas: Disforia: visión negativa de sí mismo (15 reactivos, $\alpha = .751$; en este estudio $\alpha = .769$); y Autoestima negativa: visión negativa del medio y del futuro (11 reactivos, $\alpha = .66$; en este estudio $\alpha = .673$).

Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Para medir síntomas de ansiedad en niños se utilizó la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997), que mide la presencia de síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. En la validación de Hernández-Guzmán et al. (2009) se reporta un índice de confiabilidad para la escala

total $\alpha = .88$; en esta investigación se obtuvo $\alpha = .925$. El instrumento consta de 38 reactivos, con cuatro opciones de respuesta, de Nunca a Siempre, divididos en seis factores: Ataque de Pánico/Agorafobia: 9 reactivos, $\alpha = .81$; en este estudio $\alpha = .833$; Ansiedad de Separación: 6 reactivos; $\alpha = .74$, para este estudio $\alpha = .724$; Fobia Social: 6 reactivos; $\alpha = .71$, en este estudio $\alpha = .668$; Miedo al Daño Físico: 5 reactivos; $\alpha = .75$, en este estudio $\alpha = .537$; Trastornos Obsesivo-Compulsivo: 6 reactivos; $\alpha = .77$, en este estudio $\alpha = .723$; Ansiedad Generalizada: 6 reactivos; $\alpha = .72$, en este estudio $\alpha = .735$.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en cuatro escuelas privadas de educación primaria de Cancún, Quintana Roo, con previa autorización por escrito de los directivos de las escuelas y de los padres de familia, a quienes se les entregó una carta de consentimiento informado en donde se explicaba el motivo y el procedimiento de la investigación, además se aseguraba que los datos iban a ser utilizados solo por el equipo de investigadores y que se usarían solo para fines académicos y de investigación. A los niños se les explicó el motivo de la investigación, su participación fue voluntaria y los cuestionarios fueron anónimos. La aplicación de los instrumentos fue de manera colectiva en cada grupo y siempre en presencia del (la) profesor(a), que estaba enterado(a) del procedimiento a seguir y de la finalidad del estudio. Se explicaron las instrucciones de los cuestionarios de la misma forma en cada grupo y cada niño respondió individualmente en una sola sesión.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con la versión 20 de los programas SPSS y Amos. Para confirmar empíricamente la estructura conceptual de la EEMTN (Pedroza, 2014), se realizaron análisis factoriales confirmatorios (ML máxima verosimilitud) para cada uno de los cinco dominios de la escala. La bondad del ajuste de los modelos se probó a través de diversos índices: junto con el estadístico χ^2 , se calculó la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste comparativo (GFI) y el índice de ajuste incremental (IFI). Con base en la solución final, se obtuvo el índice de consistencia interna, mediante la fórmula de alfa de Cronbach.

Resultados

Análisis Factorial Confirmatorio

Como se observa en la Tabla 1, los índices obtenidos mostraron valores de ajuste adecuado en todos los dominios. Los valores de RMSEA fueron <0.05 y los de GFI $>.90$; los coeficientes CFI y IFI también indicaron buen ajuste con valores $>.90$.

El análisis individual de los reactivos mostró que sus pesos factoriales resultaron estadísticamente significativos ($p<.001$), por arriba del valor de $\lambda=.40$, con excepción de los reactivos 10, 21 y 47 (Tabla 2).

Confiabilidad

Con base en la solución final se obtuvieron los valores de consistencia interna alfa de Cronbach para la escala total, para cada dimensión y para cada factor. En la Tabla 3 se observa que casi todos los dominios, con excepción de Límites Insuficientes, tienen índices de consistencia interna aceptables (de .73 a .87) y la consistencia interna de la escala total se considera buena ($\alpha= 0.94$).

Validez de criterio

Con el propósito de analizar la validez de criterio de los esquemas maladaptativos tempranos se realizaron dos grupos de correlaciones: uno con los factores de la Escala de Ansiedad para Niños (Tabla 4) y otro con los de la Escala de Depresión para Niños (Tabla 5). Se encontró que todos los esquemas correlacionaron de manera significativa y positiva tanto con los síntomas ansiosos como con los síntomas depresivos, con excepción del esquema

de Grandiosidad con la subescala de Trastorno Obsesivo Compulsivo perteneciente a la Escala de Ansiedad. Sin embargo, las únicas correlaciones de moderado a fuerte ($>.50$) (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez, & Cánovas, 2009) fueron para los esquemas de: Defectuosidad, Fracaso, Privación emocional y Negatividad con los síntomas depresivos; Defectuosidad y Vulnerabilidad al daño para la subescala de pánico, abandono y vulnerabilidad al daño para la escala de separación y vulnerabilidad al daño para ansiedad generalizada.

Para las subescalas de ansiedad, las correlaciones más elevadas se observaron con los esquemas de Defectuosidad y Vulnerabilidad al daño; la escala de Ansiedad por separación correlacionó fuertemente con los esquemas de Abandono y Vulnerabilidad al daño y la subescala de Ansiedad generalizada con el esquema de Vulnerabilidad al daño.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue confirmar la estructura de la EMMTN y obtener la validez de criterio y la confiabilidad de la escala en población mexicana, que se conforma por 17 esquemas. Los resultados obtenidos en el análisis factorial confirmatorio se ajustan al modelo teórico cuando se analizan cada uno de los dominios por separado. Las cargas de los reactivos, fueron de .27 a .79 de manera general podemos decir que fueron de moderadas a buenas (Osborne & Costello, 2004). Se puede concluir que los datos de la muestra se ajustan bien al modelo hipotético de cada dominio.

Tabla 1
Índices de Ajuste para la EEMTN

Dominio	X ²	gl	X ² /gl	RMSEA (IC 90%)	CFI	GFI	IFI
Desconexión y Rechazo	658.938	354	1.861	0.045 (0.040- 0.051)	0.914	0.904	0.916
Deterioro de la Autonomía	172.362	100	1.724	0.042 (0.031 - 0.052)	0.941	0.951	0.942
Límites Insuficientes	26.285	13	2.022	0.049 (0.021 - 0.077)	0.949	0.983	0.950
Orientación hacia los Otros	99.153	49	2.024	0.049 (0.039 - 0.063)	0.923	0.961	0.925
Sobrevigilancia e Inhibición	121.907	71	1.717	0.041 (0.029 - 0.054)	0.952	0.960	0.953

Tabla 2

Pesos factoriales de los reactivos por factor (λ)
con error estándar (SE) para la EEMTN

Dominio	Esquema	Reactivo	λ (SE)
Desconexión y Rechazo	Abandono	1	0.49 (0.05)
		27	0.59 (0.08)
		48	0.63 (0.08)
		49	0.57 (0.07)
		62	0.56 (0.09)
	Defectuosidad	76	0.62 (0.03)
		78	0.59 (0.04)
		83	0.56 (0.04)
		86	0.67 (0.04)
		88	0.51 (0.04)
	Privación emocional	91	0.65 (0.03)
		73	0.55 (0.03)
		74	0.51 (0.03)
		75	0.49 (0.02)
		77	0.52 (0.03)
		79	0.64 (0.03)
		80	0.58 (0.03)
		82	0.63 (0.04)
		84	0.40 (0.02)
		85	0.48 (0.03)
Desconexión y Rechazo	Privación emocional	87	0.52 (0.03)
		89	0.54 (0.03)
	Desconfianza	90	0.62 (0.02)
		13	0.51 (0.05)
		14	0.55 (0.04)
	Aislamiento social	28	0.42 (0.06)
		40	0.66 (0.05)
Deterioro de la Autonomía	Dependencia	41	0.68 (0.03)
		50	0.69 (0.04)
		4	0.47 (0.04)
	Fracaso	31	0.50 (0.04)
		44	0.72 (0.05)
		2	0.41 (0.03)
		15	0.63 (0.03)
		17	0.62 (0.03)
		29	0.58 (0.04)
		42	0.64 (0.04)
Deterioro de la Autonomía	Vulnerabilidad al daño	56	0.50 (0.05)
		3	0.40 (0.05)

Tabla 2

Pesos factoriales de los reactivos por factor (λ)
con error estándar (SE) para la EEMTN.
(Continuación).

Dominio	Esquema	Reactivo	λ (SE)
Deterioro de la Autonomía	Vulnerabilidad al daño	16	0.59 (0.06)
		43	0.46 (0.06)
		57	0.47 (0.06)
		58	0.43 (0.06)
		63	0.54 (0.06)
Límites Insuficientes	Insuficiente autocontrol	9	0.48 (0.04)
		22	0.46 (0.06)
		35	0.53 (0.05)
		67	0.56 (0.06)
	Grandiosidad	21	0.39 (0.05)
		66	0.50 (0.05)
		71	0.47 (0.04)
Dirección hacia los Otros	Autosacrificio	45	0.42 (0.08)
		47	0.27 (0.09)
		65	0.54 (0.09)
	Subyugación	5	0.44 (0.06)
		7	0.55 (0.06)
		18	0.42 (0.05)
		32	0.43 (0.06)
	Búsqueda de aprobación	33	0.42 (0.08)
		59	0.54 (0.06)
Dirección hacia los Otros	Búsqueda de aprobación	60	0.53 (0.05)
		64	0.66 (0.05)
		70	0.52 (0.07)
Sobrevigilancia e Inhibición	Inhibición emocional	12	0.66 (0.06)
		26	0.79 (0.05)
		55	0.68 (0.06)
	Negatividad	24	0.52 (0.04)
		37	0.65 (0.04)
		68	0.61 (0.05)
		69	0.52 (0.04)
	Metas inalcanzables	11	0.61 (0.06)
		25	0.58 (0.07)
		38	0.51 (0.08)
	Castigo	54	0.54 (0.07)
		10	0.28 (0.08)
		36	0.61 (0.06)
		53	0.60 (0.06)

Tabla 3

Consistencia interna de la EEMTN

Dominio	Esquema	α	Número de reactivos
Desconexión y Rechazo	Abandono	0.738	5
	Defectuosidad	0.779	6
	Privación Emocional	0.844	12
	Desconfianza	0.453	3
	Aislamiento Social	0.708	3
	Total	0.879	29
Deterioro de la Autonomía	Dependencia	0.585	3
	Fracaso	0.732	6
	Vulnerabilidad al Daño	0.679	7
	Total	0.823	16
Límites Insuficientes	Grandiosidad	0.420	3
	Insuficiente Autocontrol	0.576	4

Tabla 3

Consistencia interna de la EEMTN.
(Continuación).

Dominio	Esquema	α	Número de reactivos
Límites Insuficientes	Total	0.644	7
Orientación hacia los Otros	Autosacrificio	0.303	3
	Subyugación	0.523	4
	Búsqueda de Aprobación	0.668	5
	Total	0.730	12
Sobrevigilancia e Inhibición	Negatividad	0.656	4
	Castigo	0.426	3
	Metas inalcanzables	0.643	4
	Inhibición Emocional	0.753	3
	Total	0.774	14
Escala completa		0.942	78

Tabla 4

Correlación de los EMT con Ansiedad

Esquemas	Escala de Ansiedad para Niños					
	Pánico	Ansiedad por Separación	Fobia Social	Miedo al daño	TOC	Ansiedad Generalizada
Abandono	.464**	.592**	.448**	.427**	.476**	.489**
Desconfianza	.458**	.327**	.379**	.331**	.338**	.399**
Privación emocional	.324**	.180**	.180**	.205**	.138**	.264**
Defectuosidad	.517**	.341**	.394**	.338**	.360**	.460**
Aislamiento social	.458**	.425**	.427**	.357**	.412**	.490**
Dependencia	.452**	.363**	.356**	.312**	.376**	.367**
Fracaso	.471**	.329**	.360**	.349**	.370**	.420**
Vulnerabilidad al daño	.538**	.554**	.499**	.456**	.495**	.623**
Grandiosidad	.178**	.150**	.188**	.158**	.066	.170**
Insuficiente autocontrol	.357**	.282**	.353**	.308**	.280**	.386**
Autosacrificio	.303**	.290**	.320**	.240**	.371**	.405**
Subyugación	.406**	.303**	.370**	.312**	.336**	.391**
Búsqueda de aprobación	.374**	.368**	.420**	.306**	.378**	.330**
Negatividad	.447**	.349**	.390**	.335**	.393**	.412**
Castigo	.350**	.198**	.273**	.242**	.262**	.282**
Metas inalcanzables	.168**	.234**	.234**	.201**	.244**	.177**
Inhibición emocional	.388**	.378**	.404**	.326**	.359**	.412**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

De igual manera, los indicadores de consistencia interna obtenidos para la EEMTN en esta muestra fueron satisfactorios y similares a los reportados por Lumley et al. (2007) en población adolescente y superiores a los

obtenidos por Stallard et al. (2005) en población infantil para la escala total. En lo que respecta a los indicadores de consistencia interna de cada dominio, fueron satisfactorios, con excepción de Límites dañados. Sin embargo,

Tabla 5
Correlación de los EMT con Depresión

Esquemas	Inventario de Depresión en Niños		
	Autoestima negativa	Disforia	CDI total
Abandono	.291**	.206**	.243**
Desconfianza	.341**	.306**	.343**
Privación emocional	.477**	.546**	.567**
Defectuosiadad	.537**	.544**	.593**
Aislamiento social	.400**	.415**	.452**
Dependencia	.407**	.322**	.384**
Fracaso	.589**	.496**	.583**
Vulnerabilidad al daño	.429**	.303**	.375**
Grandiosidad	.252**	.304**	.320**
Insuficiente autocontrol	.424**	.309**	.385**
Autosacrificio	.182**	.115*	.146**
Subyugación	.365**	.265**	.340**
Búsqueda de aprobación	.352**	.341**	.371**
Negatividad	.553**	.453**	.530**
Castigo	.333**	.315**	.354**
Metas inalcanzables	.133**	.161**	.162**
Inhibición emocional	.396**	.298**	.370**

se encontraron estimaciones de confiabilidad bajas para algunos esquemas, probablemente debido al número de reactivos.

En relación con la validez de criterio, los resultados obtenidos son similares a los reportados en estudios realizados con adolescentes, en donde se encuentran correlaciones significativas de todos los esquemas con ansiedad y depresión (Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006). En estos estudios se reportan correlaciones superiores a .50 entre los síntomas depresivos y los esquemas de Privación emocional y Fracaso, y entre síntomas ansiosos y el esquema de Vulnerabilidad al daño. Es posible que para población adolescente, como es el caso de los estudios mencionados, la especificidad del contenido cognitivo en relación a la sintomatología sea más clara debido al autoconocimiento generado por la etapa de desarrollo, que les permite a los adolescentes, en comparación con los niños, tener más claridad de lo que sienten y perciben (Landy & Landy, 2009).

Si bien los resultados parecen sugerir que los niños presentan los mismos esquemas identificados en adolescentes y adultos, se requieren aún más investigaciones en este grupo de edad. Es necesario ampliar en futuros estudios el número de reactivos para los factores con baja

confiabilidad, a fin de descartar que la redacción de los mismos y el bajo número de reactivos para cada esquema hayan contribuido a los resultados obtenidos en esta investigación.

Referencias

1. Aftab, S., Klibert, J., Holtzman, N., Qadeer, K., & Aftab, S. (2017). Schemas Mediate the Link Between Procrastination and Depression: Results from the United States and Pakistan. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(4), 329-345.
2. Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
3. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la Depresión*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
4. Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
5. Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire - short form. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99. doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
6. Castrillón, D.A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C., Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire long form: Second edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.
7. Cecero, J.J., Nelson, J.D., & Gillie, J.M. (2004). Assessment tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 357, 344-357.
8. Cui, L., Lin, W., & Oei, T.P. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Young Schema Questionnaire (short form) in Chinese undergraduate students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(6), 645-655. doi:10.1007/s11469-010-9283-4
9. Da Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., da Silva, D.C., & da S Oliveira, M. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(1), 10
10. Drummond, P.D., & Gatt, S.J. (2017). Early maladaptive schemas in people with a fear of blushing. *Clinical Psychologist*, 22(2), 203-210.

11. Haugh, J. A., Miceli, M., & De Lorme, J. (2017). Maladaptive Parenting, Temperament, Early Maladaptive Schemas, and Depression: A Moderated Mediation Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 103-116.
12. Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., Wang, C., Holthe, H., Haugum, J., & Holte, A. (2006). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644. doi:10.1007/s10608-005-9630-0.
13. Khorramdel, K., Abolghasemi, A., Rakhshani, T., Nikdast, S., & Raiabi, S. (2013). Early maladaptive schema as predictor of adolescents' runaway. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 15(4), 51-59.
14. Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the Schema Questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 311-318. doi:10.1891/088983906780643975
15. Landy, S., & Landy, S. (2009). *Pathways to competence: Encouraging healthy social and emotional development in young children*. USA: Paul H. Brookes Pub.
16. Lawrence, K., Allen, J., & Chanen, A. (2011). A study of maladaptive schema and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy & Research*, 35(1), 30-39. doi:10.1007/s10608-009-9292-4
17. Lee, W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
18. Londoño, N., Schnitter, M., Marín C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., ..., Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-short form: Validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
19. Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
20. Martínez, R.M., Tuya, L.C., Martínez, M., Pérez, A., & Cánovas, A.M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2)
21. Montazeri, M., Farsani, Z., Mehrabi, H., & Shakiba, A. (2013). Relationship between early maladaptive schema and depression in guidance school students in falavarjan. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*, 23(98), 178-188.
22. Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviors, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405-413.
23. Osborne J.W., & Costello, A.B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11), 8.
24. Pauwels, E., Claes, L., Smits, D., Dierckx, E., Muehlenkamp, J., Peuskens, H., & Vandereycken, W. (2012). Validation and reliability of the Young Schema Questionnaire in a Flemish inpatient eating disorder and alcohol and substance use disorder sample. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 647-656. doi:10.1007/s10608-012-9501-4
25. Rijkeboer, M.M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy Research*, 30, 263-278. doi:10.1007/s10608-006-9051-8
26. Rijkeboer, M.M., & de Boo, G.M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 102-109.
27. Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P., & Lucio, M.E. (en prensa). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.
28. Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E., & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. doi:10.1007/BF02230402
29. Stallard, P., & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217-224.
30. Stein, D.J., & Young, J.E. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. San Diego, California: Academic Press, Inc.
31. Straver, F. R. (2017). *A Theoretical Model of Substance Use*

- Based on Schema Therapy Concepts (Master's thesis). Faculty of Social and Behavioural Sciences Theses.
32. Trip, S. (2006). The Romanian version of Young Schema Questionnaire - short form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*, 6(2), 173–181.
 33. Van Vlierberghe, L., & Braet, C. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 342–351.
 34. Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332.
 35. Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire — short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519–530.
 36. Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
 37. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
 38. Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire—Short Form 3 (YSQS3)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
 39. Zadahmad, M., & Torkan, H. (2016). Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(1), 49–53.