



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé  
Argentina

Ribeiro, Fernanda; dos Santos, Paola L.; Cazassa, Milton J.; da Silva Oliveira, Margareth  
Esquemas Desadaptativos Tempranos y Síntomas Depresivos: Estudio de comparación  
intergrupal

Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXIII, núm. 3, abril, 2014, pp. 15-22

Fundación Aiglé  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943266003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS: ESTUDIO DE COMPARACIÓN INTERGRUPAL

Fernanda Ribeiro, Paola L. dos Santos,  
Milton J. Cazassa y Margareth da Silva Oliveira\*

## Resumen

El presente estudio verificó si hay diferencia en los puntajes obtenidos en la evaluación de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT) en adultos con y sin depresión e investigó si hay relación entre los EDT y síntomas depresivos en la muestra. Los participantes fueron divididos en dos grupos conforme a la presencia ( $n=120$ ) o ausencia de síntomas depresivos ( $n=118$ ). Se verificó una diferencia significativa ( $p<0,05$ ) entre los grupos en todos los esquemas y dominios esquemáticos evaluados. Se registró una correlación positiva significativa ( $p<0,001$ ) entre síntomas depresivos y los EDT (15 esquemas y 5 dominios esquemáticos).

**Palabras clave:** Personalidad; depresión; prevalencia; cognición.

**Key words:** Personality; depression; prevalence; cognition.

## Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: estudio de comparación intergrupala

La depresión es considerada un trastorno grave que se relaciona con perjuicios en la calidad de vida, mayor necesidad de asistencia médica, y mayores índices de mortalidad y morbilidad (Spijker y cols., 2004). Los trastornos depresivos son considerados una significativa problemática de salud pública y están entre las principales causas de incapacidad en todas las regiones del mundo (Murray y López, 1997). Una investigación realizada con muestras provenientes de 18 países, registró una prevalencia de depresión entre 5,5% a 5,9% en países de altos y medianos/bajos ingresos, respectivamente (Bromet y cols., 2011). Moussavi y cols. (2007) investigó la prevalencia de episodios depresivos durante 1 año en participantes de 60 países y registró que la prevalencia de depresión fue de 3,2% en personas sin comorbilidad con enfermedades físicas y de 9,3% a 23,0% en personas con condiciones físicas crónicas asociadas. Esos porcentuales representan miles de

millones de personas, que presentan sufrimiento consecuente a esta problemática emocional.

El paciente deprimido posee un estándar de pensamiento relacionado a sentimientos de inferioridad, minusvalía, incompetencia, culpa, dificultad para tomar decisiones y concentrarse, siendo posible que esos pensamientos se relacionen a ideaciones, planes o intentos de suicidio. La configuración de los cuadros depresivos gira alrededor de manifestaciones afectivas, ideativas y conductuales, caracterizando el día a día del sujeto (Rodríguez y Horta, 2011).

La Terapia Cognitivo-Conductual es uno de los acercamientos que muestra mayor soporte empírico en el tratamiento de la depresión, tanto ofrecida de modo aislado como en combinación con farmacoterapia (Mor y Haran, 2009; Powell, Abreu, Oliveira y Sudak, 2008; Serfaty y cols., 2009). El acercamiento posee carácter focal y dirigido a la resolución de problemas, lo que puede proporcionar, a corto plazo, alivio de los síntomas incapacitantes y, a largo plazo, prevención de la recurrencia de los síntomas depresivos (Wainer, Pergher y Piccoloto, 2003).

Jeffrey Young desarrolló la Terapia de Esquemas como una teoría que amplía los tratamientos y conceptos cognitivo-conductuales tradicionales, proporcionando un tratamiento adecuado a pacientes con trastornos psicológicos crónicos arraigados y ya se mostró útil en el tratamiento de la depresión

\* Fernanda Ribeiro, Paola L. dos Santos, Milton J. Cazassa y Margareth da Silva Oliveira, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-Mail: marga@puocs.br  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 15-22  
© 2014 Fundación AIGLÉ.

(Young, Klosko y Waishaar, 2008; Dozois y cols., 2009; Padesky, 1994). La Terapia de Esquemas integra técnicas de líneas psicoterápicas distintas, y presupone que las problemáticas psicológicas se originan en la infancia y/o adolescencia, introduciendo el concepto de Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT) como un nivel más profundo de la cognición (Young y cols., 2008).

Los EDT se habrían formado en periodos iniciales de la vida del sujeto, en la relación con las figuras cuidadoras. En la infancia, estos esquemas tuvieron su utilidad, una vez que permitieron al sujeto su interacción con el medio, siendo funcionales para aquel momento y contexto de vida (Young, 2003). En la edad adulta los EDT, idealmente, permanecen inactivos, pero, frente a algún evento externo o a las condiciones asociadas a determinados sucesos de vida, los EDT pueden ser nuevamente activados, pero fuera de su contexto original (siendo, por lo tanto, disfuncionales), dando inicio a los síntomas depresivos (Claudio, 2009).

Los esquemas se originan de necesidades emocionales que no fueron satisfechas en la infancia, como vínculos seguros con otras personas, autonomía, competencia, sentimiento de autoridad, libertad de expresarse, límites realistas y autocontrol (Young y cols., 2008). Según Young (2003), los EDT se caracterizan por ser estables, duraderos, incondicionales, autoperpetuables, resistentes al cambio, significativamente disfuncionales y recurrentes, además de estar relacionados a altos niveles de afecto. Los EDT son utilizados para caracterizar y explicar una serie de trastornos de personalidad, representar factores predisponentes para el desarrollo y mantenimiento de síntomas clínicos, así como para explicar tipos distintos de problemas interpersonales (Hoffart y cols., 2005).

La Terapia de Esquemas viene siendo recomendada para el tratamiento de trastornos de personalidad y problemas crónicos, una vez que se centra en la identificación de los orígenes de los trastornos, en vez de en los síntomas psiquiátricos agudos de éstos (Young y cols., 2008). En la depresión, los EDT son considerados como factores de vulnerabilidad al desarrollo del trastorno (Halvorsen, Wang, Eiseemann y Waterloo, 2010; Dozois, Martin y Bieling, 2009; Claudio, 2009). Sin embargo, existe escasez de estudios brasileños que hayan tenido por objetivo estudiar los EDT en grupos con y sin sintomatología clínica.

A partir de eso, el presente estudio tiene por objetivo verificar si hay diferencia en los puntajes obtenidos en la evaluación de los EDT en sujetos con y sin depresión, así como investigar si hay relación entre los EDT y síntomas depresivos en la muestra.

## Métodos

*El presente es un estudio cuantitativo, transversal, de comparación entre grupos.*

### *Muestra*

La muestra fue constituida por 238 participantes provenientes de la población general de la ciudad de Porto Alegre. Los participantes fueron divididos en dos grupos, a saber: (1) Grupo con síntomas depresivos (síntomas depresivos superiores al promedio conforme los resultados de la EFN) y (2) Grupo sin síntomas depresivos (síntomas depresivos inferiores al promedio). El grupo 1 resultó compuesto por 120 sujetos y el grupo 2, constituido por 118 sujetos. Como criterio de inclusión, los sujetos deberían tener edad mínima de 18 años y máxima de 59 años y poseer como mínimo 4 años completos de estudio formal.

### *Aspectos Éticos*

El presente estudio está insertado en un proyecto más amplio, titulado «Mapeo de Esquemas Cognitivos: Validación Preliminar del *Young Schema Questionnaire - Short Form (YSQ-S2)*», que fue presentado y aprobado por la Comisión Científica de la Facultad de Psicología y Comité de Ética en Investigación de PUCRS (CEP 07/03471). Todos los participantes recibieron aclaraciones respecto al objetivo de la investigación y firmaron el Formulario de Consentimiento Informado.

### *Instrumentos*

Ficha de datos sociodemográficos: Elaborada específicamente para este estudio, tuvo por objetivo recoger datos relativos a la edad, sexo, situación ocupacional y civil. Ahí fueron incluidos los Criterios Brasil de Clasificación Económica (ABEP, 2008), para medir el poder adquisitivo de los participantes de la muestra.

Escala Factorial de Ajuste Emocional/Neuroticismo (EFN - Hutz y Nunes, 2001): Se trata de instrumento de autorrelato, compuesto por 82 ítems que evalúan Neuroticismo/Estabilidad emocional, según cuatro factores: Vulnerabilidad, Inadaptación Psicosocial, Ansiedad y Depresión. Los ítems están dispuestos en escala Likert de 8 puntos, siendo 0 «desacuerdo completamente» y 7 «conuerdo plenamente». En este estudio, se utilizó solamente la subescala Depresión (compuesta por 20 ítems). Escores superiores a 60 indican síntomas depresivos superiores al promedio; inferiores a 40 indican sin-

tomatología inferior al promedio o ausente y puntajes entre 40 y 60 indican síntomas depresivos dentro del promedio. La EFN posee buena consistencia interna, con valores de Alfa de Cronbach entre 0,82 a 0,94. En la muestra de este estudio, los valores variaron desde 0,79 a 0,92, siendo que la subescala Depresión presentó confiabilidad de 0,83.

Cuestionario de Esquemas de Young - Forma Reducida (YSQ-S2 - Young, 2003): Se trata de una medida compuesta por 75 ítems, que objetiva evaluar Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT). Los ítems están dispuestos en escala Likert de 7 puntos, que varía de 0 «no me describe de cualquier modo» a 6 «me describe perfectamente». Los EDT están agrupados en 5 dominios esquemáticos (Young, 2003): (1) Desconexión y Rechazo: Los esquemas de privación emocional, abandono, desconfianza/abuso, aislamiento social y defectividad/vergüenza, están vinculados a este dominio (que se refiere al sentimiento de frustración respecto a las expectativas de seguridad, empatía, cariño, estabilidad, compartir sentimientos y consideración); (2) Autonomía y Desempeño Perjudicados: Compuesto por los esquemas de fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad a dolores y enfermedades y enmarañamiento (se refiere al sentimiento de incapacidad de ser autónomo, separándose de los otros y de tener éxito en esta nueva condición de independencia); (3) Límites Perjudicados: Este dominio es constituido por los esquemas de merecimiento y autocontrol/autodisciplina insuficientes (se refiere a dificultad en respetar los derechos ajenos, cooperar con los otros y comprometerse con metas o desafíos lejanos); (4) Orientación hacia el Otro: Los esquemas de subyugación y autosacrificio componen

este dominio (se refiere al enfoque excesivo para los deseos y necesidades ajenas, con la intención de obtener aprobación y amor); (5) Supervigilancia e Inhibición: Los esquemas de este dominio son inhibición emocional y estándares inflexibles (se refiere a énfasis excesivo en suprimir sentimientos espontáneos, impulsos y elecciones, en detrimento de la propia felicidad, relajación, salud y relaciones íntimas). En este estudio se utilizó la versión brasileña del YSQ-S2, que demostró índice de consistencia interna total de  $\alpha=0,955$  (Cazassa, 2007).

#### Análisis de los datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 17.0, donde se realizaron análisis descriptivos (porcentajes, frecuencias, promedios, desviación estándar) e inferenciales (Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, Prueba de Mann-Whitney, Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y Correlación de Spearman). El nivel de significación adoptado fue de 5%.

## Resultados

La muestra fue compuesta por 238 participantes provenientes de la población general, siendo la mayoría constituida por mujeres. El promedio de edad fue de 28,80 años ( $DE=10,38$ ), con edad mínima de 18 y máxima de 59 años. En la Tabla 1 se puede observar demás datos referentes a la caracterización de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n=238)

VARIABLE	n (%)	
Sexo	Masculino	80 (33,6)
	Femenino	158 (66,4)
Escolaridad	Enseñanza Primaria	17 (7,3)
	Enseñanza Secundaria	118 (49,6)
	Enseñanza Superior	81 (33,9)
	Postgrado	22 (9,1)
Situación ocupacional	Ejercen actividad remunerada	188 (78,9)
	No ejercen actividad remunerada	50 (21,1)
Situación Civil	Sin compañero	170 (71,4)
	Con compañero	68 (28,6)
Clase socioeconómica	A	7 (2,9)
	B	37 (15,5)
	C	87 (36,5)
	D	97 (40,8)
	E	10 (4,2)

Tabla 2. Distribución paramétrica o no paramétrica de las variables en estudio

VARIABLE	GRUPO CON DEPRESIÓN	GRUPO SIN DEPRESIÓN
Edad	0,003*	0,000*
Privación Emocional	0,000*	0,006*
Abandono	0,000*	0,248
Desconfianza/abuso	0,000*	0,050*
Aislamiento Social	0,000*	0,062
Defectividad/Vergüenza	0,000*	0,000*
Fracaso	0,000*	0,002*
Dependencia/Incompetencia	0,000*	0,002*
Vulnerabilidad al daño/ enfermedades	0,000*	0,016*
Enmarañamiento	0,000*	0,000*
Subyugación	0,001*	0,006*
Autosacrificio**	0,173	0,208
Inhibición Emotiva	0,000*	0,004*
Estándares Inflexibles**	0,057	0,411
Merecimiento	0,041*	0,118
Autodisciplina insuficiente	0,001*	0,050*
Dominio Rechazo/Desconexión	0,005*	0,220
Dominio Autonomía y Desempeño Perjudicados	0,001*	0,105
Dominio Orientación hacia el Otro**	0,221	0,313
Dominio Supervigilancia e Inhibición	0,039*	0,375
Dominio Límites Perjudicados**	0,101	0,306

Nota. Prueba de Kolmogorov-Smirnov. \* $p < 0,05$ ; \*\*Variables con distribución normal en los dos grupos.

Los participantes fueron divididos en dos grupos, a saber: (1) Grupo con síntomas depresivos (síntomas depresivos superiores al promedio conforme los resultados de la EFN) y (2) Grupo sin síntomas depresivos (síntomas depresivos inferiores al promedio). El grupo 1 resultó compuesto por 120 sujetos y el grupo 2, constituido por 118 sujetos. Los grupos eran proporcionales respecto al número de sujetos, lo que se verificó mediante la prueba de Chi-Cuadrado, donde no se registró diferencia entre los mismos ( $p=0,897$ ).

La variable edad, así como todas las variables referentes a los puntajes obtenidos en cada esquema y dominio esquemático evaluados por el YSQ-S2, fue analizada respecto a la normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov, tanto en el Grupo 1 como en el Grupo 2. De ese modo, se registró que la condición de normalidad fue violada ( $p=0,05$ ), en cada variable, en al menos uno de los grupos, en la mayoría de las variables en estudio (ver Tabla 2). Debido a eso, se optó por la utilización de la Prueba de Mann-Whitney y de la Correlación de Spearman para el análisis de los datos.

Se comprobó la homogeneidad entre los grupos respecto a la edad ( $p=0,088$  - Prueba de Mann-Whitney), sexo ( $p=0,082$  - Prueba de Chi-Cuadrado de

Pearson) y situación laboral actual ( $p=0,629$  - Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson), lo que indica que los grupos son pasibles de comparación. Según la prueba de Mann-Whitney, se verificó que hay diferencia significativa entre los grupos con y sin depresión en los escores de todos los 15 esquemas evaluados por el YSQ-S2 ( $p < 0,05$ ), siendo que el grupo con depresión presentó mayores puntuaciones, conforme se puede observar en la Tabla 3.

Según la correlación de Spearman, se registró relación positiva significativa ( $p < 0,001$ ) entre síntomas depresivos y los 15 esquemas y 5 dominios esquemáticos evaluados, conforme registrado en la Tabla 4.

## Discusión

Este estudio registró relación positiva entre la sintomatología depresiva y los EDT evaluados (todos los 15 esquemas y 5 dominios esquemáticos). Estos datos son semejantes a los hallazgos de estudios realizados en otros países. En Holanda, un estudio que averiguó la relación entre esquemas disfuncionales y gravedad de los síntomas depresivos fue conducido en una muestra de 132 pacientes clínicamente deprimidos, que estaban en tratamien-

**Tabla 3. Comparación de los subsquemas y dominios esquemáticos entre los grupos con y sin depresión**

SUBESQUEMA	MEAN-RANK SIN SÍNTOMAS DEPRESIVOS	MEAN-RANK CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS	VALOR DE p
Privación Emocional	85,69	152,75	<0,001
Abandono	91,06	147,47	<0,001
Desconfianza/abuso	95,89	142,71	<0,001
Aislamiento Social	82,00	156,38	<0,001
Defectividad/Vergüenza	86,95	151,50	<0,001
Fracaso	95,64	152,80	<0,001
Dependencia/Incompetencia	90,41	148,10	<0,001
Vulnerabilidad a dolores y enfermedades	91,68	146,86	<0,001
Enmarañamiento	95,33	143,26	<0,001
Subyugación	92,28	146,27	<0,001
Autosacrificio	103,26	135,47	<0,001
Inhibición Emotiva	91,65	146,89	<0,001
Estándares Inflexibles	106,12	132,65	0,003
Merecimiento	99,49	139,18	<0,001
Autodisciplina insuficiente	84,89	153,54	<0,001
Dominio Rechazo/Desconexión	79,39	158,95	<0,001
Dominio Autonomía y Desempeño Perjudicados	79,81	158,53	<0,001
Dominio Orientación hacia el Otro	93,46	145,10	<0,001
Dominio Supervigilancia e Inhibición	93,53	145,10	<0,001
Dominio Límites Perjudicados	88,89	149,60	<0,001

*Prueba de Mann-Whitney*

to en un servicio especializado en trastornos del humor. Era criterio de inclusión en el estudio que el participante reuniera criterios para trastorno depresivo, conforme a los resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Eje I del DSM-IV (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996). En esa muestra, se registró que los EDT estaban relacionados con la gravedad de los síntomas depresivos (Renner, Lobbstaël, Peeters, Arntz y Huibers, 2011).

De manera semejante, un estudio realizado en Noruega (Thimm, 2010), con muestra clínica compuesta por 147 pacientes de ambulatorios psiquiátricos con distintos diagnósticos - trastornos depresivos, fobia social, agorafobia, trastornos de personalidad, trastorno del pánico, trastorno de estrés postraumático, distimia y trastorno de ansiedad - según los resultados de la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan y cols., 1997), verificó que los Esquemas Desadaptativos Tempranos, verificados por el Cuestionario de los Esquemas (*Schema Questionnaire Short Form* - Young y Brown, 2001), ejercían efecto significativo en la predicción de síntomas - medidos por el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979),

conforme a los resultados del análisis de regresión logística realizada.

En Canadá, una investigación realizada con 305 estudiantes universitarios que cursaban el primer año de la carrera, demostró que hubo correlaciones positivas significativas entre los puntajes de todos los dominios esquemáticos evaluados y las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck - segunda edición (Beck, Steer y Brown, 1996). Los autores concluyen que es consistente la idea de que los EDT pueden ser considerados factores de vulnerabilidad para la depresión (Dozois, Martim y Bieling, 2009). Respecto a la diferencia entre los EDT en grupos con y sin sintomatología depresiva, este trabajo observó diferencias significativas en todos los 15 esquemas y 5 dominios esquemáticos evaluados. Tales datos son corroborados por el estudio de Claudio (2009) que, de manera semejante a nuestro estudio, comparó un grupo con sintomatología depresiva con un grupo sin sintomatología y observó que había diferencia entre los grupos respecto a todos los dominios esquemáticos evaluados.

Tabla 4. Correlación de los subesquemas y dominios esquemáticos con síntomas depresivos

SUBESQUEMAS Y DOMINIOS ESQUEMÁTICOS	SÍNTOMAS DEPRESIVOS	
	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	VALOR DE p
Privación Emocional	0,556	<0,001
Abandono	0,476	<0,001
Desconfianza/abuso	0,434	<0,001
Aislamiento Social	0,597	<0,001
Defectividad/Vergüenza	0,573	<0,001
Fracaso	0,554	<0,001
Dependencia/Incompetencia	0,449	<0,001
Vulnerabilidad a dolores y enfermedades	0,482	<0,001
Enmarañamiento	0,413	<0,001
Subyugación	0,452	<0,001
Autosacrificio	0,278	<0,001
Inhibición Emotiva	0,434	<0,001
Estándares Inflexibles	0,253	<0,001
Merecimiento	0,395	<0,001
Autodisciplina insuficiente	0,562	<0,001
Dominio Rechazo/Desconexión	0,660	<0,001
Dominio Autonomía y Desempeño Perjudicados	0,647	<0,001
Dominio Orientación hacia el Otro	0,437	<0,001
Dominio Supervigilancia e Inhibición	0,420	<0,001
Dominio Límites Perjudicados	0,541	<0,001

*Correlación de Spearman*

## Consideraciones Finales

Este estudio observó que hubo diferencias significativas entre los grupos con y sin sintomatología depresiva y los EDT (15 esquemas y 5 dominios esquemáticos). El grupo con síntomas depresivos presentó mayor puntuación. Adicionalmente, se registró relación positiva significativa entre síntomas depresivos y los EDT evaluados en el estudio. Se espera que el presente estudio haya contribuido en el sentido de observar la relación existente entre los EDT y los síntomas depresivos en una muestra brasileña, lo que puede ser una contribución para la práctica clínica de profesionales del área de salud mental y para el desarrollo de estudios posteriores. Adicionalmente, posee potencial de impacto preventivo en personas que presenten Esquemas Desadaptativos Tempranos marcados, a fin de evitar que el cuadro psicopatológico se establezca.

Entre las limitaciones de este estudio, se ponen de relieve: (1) el no haber usado una entrevista clínica estandarizada que posibilitara establecer diagnósticos de trastornos depresivos, conforme a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR; (2) el hecho de

que este trabajo no controló si los participantes estaban realizando tratamientos psicofarmacológicos, lo que puede influenciar tanto en la evaluación de la sintomatología depresiva como en la evaluación de los esquemas disfuncionales; (3) El diseño utilizado en esta investigación posee limitaciones que le son inherentes, una vez que no permite el establecimiento de relaciones de causa y efecto.

De ese modo, a fin de subsanar las limitaciones encontradas en este estudio, se sugiere la realización de estudios longitudinales, que incorporen la utilización de una entrevista diagnóstica, así como el control de los tratamientos psicofarmacológicos realizados. Además, se sugiere la realización de mayor número de estudios que tengan en cuenta la presencia de los esquemas desadaptativos tempranos en otros cuadros psicopatológicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2008. Recuperado em 27 de julho, 2011, de <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory manual* (2<sup>nd</sup>. ed.). San Antonio: Psychological Corporation.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. y cols. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16.
- Cazassa, M.J. (2007). Mapeamento dos esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire-Short Form. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Claudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 7(2), 143-173.
- Dozois, D.J., Bieling, P.J., Patelis-Sioti, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K. y Westraa, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078-1088.
- Dozois, D.J., Martin, R.D. y Bieling, P.J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 585-596.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: Patient edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute y Biometrics Research Department.
- Halvorsen, M., Wang, C.E., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., Wang, C., Holthe, H., Haugum, J., y cols. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644.
- Hutz, C.S. y Nunes, C.H. (2001). *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional Neuroticismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mor, N. y Haran, D. (2009). Cognitive behavior therapy for depression. *Israel Journal of Psychiatry Related Sciences*, 46(4): 269-273.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Pater, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370 (9590), 851-858.
- Murray, C. J. y Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349 (9063), 1436-1442.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. y Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, G., Arntz, A. y Huibers, M. (2011). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*. 136(3):581-90. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.027. Epub 2011 Nov 25
- Rodrigues, V. S. y Horta, R. L. (2011). Modelo cognitivo-comportamental da depressão. En M. Oliveira y I. Andretta (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. (pp.235-248) Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Serfaty, M.A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. y King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12),1332-1340.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnee-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E y cols. (1997) Reliability and validity of the MINI international neuropsychiatric interview: According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12,232-241.
- Spijker, J., Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T., Ormel, J. y Nolen, W.A. (2004). Functional disability and depression in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 208-214.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-380.
- Wainer, R., Pergher, G. K. y Piccoloto, N. M. (2003). Terapia Cognitivo Comportamental das Depressões. En R. Caminha (Org.), *Psicoterapias cognitivo-*

*comportamentais: Teoria e prática.*(pp.61-85) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Young, J. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas.* Porto Alegre: Artmed.

Young, J.E. y Brown, G. (2001). Young schema questionnaire: Special Edition. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.* Porto Alegre: Artmed.

Recibido: 11-6-12  
Aceptado: 27-11-12

**Abstract:** The present study assessed whether there is any difference in the scores obtained from early maladaptive schemas (EMS) in adults with and without depression and investigated whether EMS and depressive symptoms are associated in the sample. Participants were split into two groups according to the presence (n=120) or absence of depressive symptoms (n=118). A significant difference ( $p < 0.05$ ) was observed between the groups in all of the assessed schemas and schema domains. There was a positive relationship ( $p < 0.001$ ) between depressive symptoms and EMS (15 schemas and 5 schema domains).