



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

ESQUEMAS EMOCIONALES EN UN GRUPO DE PACIENTES
DEPRESIVOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE LIMA

PRESENTADA POR
PAUL ROGER BROCCA ALVARADO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TURISMO Y PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

**ESQUEMAS EMOCIONALES EN UN GRUPO DE PACIENTES DEPRESIVOS
DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE LIMA**

TESIS

Para optar el grado Académico de

Maestro en Psicología, con mención en Psicología Clínica

**Presentado por el Bachiller:
BROCCA ALVARADO, PAUL ROGER**

**Lima – Perú
2014**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios quien me guía en los pasos del conocimiento y la vida, a mi esposa Gabriela quien con su paciencia y determinación estuvo motivándome en todo momento, quien me dio dos hijos que son mi fuerza día a día. A mis padres Raúl y Sara quienes me forjaron y confiaron en ser un profesional y buena persona.

A Mr Roberth Leahy, Edwin Manrique y Mirian Grimaldo quienes con su apoyo en la contribución académica y profesional me permitieron completar este trabajo y darle un inicio y fin a este proceso.

A todos mis amigos en Damoc, lugar donde trabajo quienes con sus aportes y consejos fueron provechosos para el enriquecimiento de la investigación. Mencionar a Renzo Martínez por su apoyo.

Sin dejar de ser agradecido a todo quien estuvo en contacto conmigo para que este trabajo tenga forma y sentido.

RESUMEN

En el presente trabajo, el conocimiento de los esquemas emocionales en pacientes deprimidos permite identificar las creencias que ellos tienen sobre las emociones siendo un recurso importante en el proceso de intervención cognitiva, en tal sentido se aplicó la escala de esquemas emocionales de Leahy que consta de 50 preguntas en una muestra de 80 pacientes adultos diagnosticados con depresión en un hospital de salud mental. Se realizó la validez lingüística, la validez de contenido y la validez convergente de la prueba, se calcularon los promedios de los factores de las variables de estudio. Luego, se procedió a realizar la correlación de Pearson entre el LESS y el BDI - II para comprobar la validez convergente del LESS se concluyó que el cuestionario LESS cuenta con los parámetros de validez necesarios, replicando lo encontrado por Leahy (2002). Los resultados indican que no existen diferencias significativas según edad. Según género existen diferencias significativas en los esquemas de Validación, Comprensión y expresión, siendo las mujeres las que manifiestan una media más alta en estos esquemas a comparación de los varones.

Palabras claves: Esquemas, Esquemas emocionales, Depresión y Cognición

ABSTRACT

The knowledge of emotional schemas that depressed patients have allows us to identify the beliefs that they have about their own emotions, and also, it is such an important resource during the cognitive intervention. In this paper, the Leahy Emotional Schemas Scale (LESS), that has 50 items and also created by Roberth Leahy, was taken in a sample of 80 patients diagnosed with depression in a hospital of mental health. In order that the scale became valid in our context, it was conducted the linguistic validity, content validity, and convergent validity, calculated with the average scores of each variable taken into consideration during the study. After that, it was conducted the Pearson correlation between LESS and DBI-II in order to ascertain the convergent validity of the LESS. It was concluded that the LESS has the needed parameters in validity, reaching the same conclusion than Leahy (2002). The results of the research indicate that there aren't meaningful differences in the schemas of Validation, Comprehension and Expression according to age, and also, women tend to manifest a higher media in these schemas in contrast to men.

Key words: Schemes, Schemes emotional, Depression and Cognition

INDICE

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INDICE GENERAL	IV
INDICE DE TABLAS	VI
INTRODUCCION	VII
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	1
1. Esquemas emocionales	1
1.1. Tipos de esquemas emocionales	7
1.1.2. Esquemas emocionales y Metacognición.	10
2. Antecedentes Históricos de la depresión.	11
2.1. Conceptualización de la Depresión.	13
2.2. Epidemiología de la depresión	14
2.3. Síntomas de la depresión	16
2.4. Modelos explicativos de la depresión	18
2.5. Definición de términos básicos	21
3. Problema de investigación	22
3.1. Formulación del problema	25
3.2. Objetivos de la investigación	25
3.3. Planteamiento del Problema	26
CAPITULO II: MÉTODO	29
1. Participantes	29
2. Medición	29

3. Procedimiento.	35
4. Análisis de Datos.	36
CAPITULO III: RESULTADOS	37
1. Validez de la Escala de Esquemas Emocionales LEES	38
2.-Esquemas emocionales en pacientes con trastorno depresivo	42
3. Comparación de los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos, según género.	45
4. Comparación de los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos, según edad	47
CAPITULO IV:	
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS	59
APÉNDICES	64

INDICE DE TABLAS

1.-Tabla No 1.-Dimensiones de la escala de esquemas emocionales LESS.....	33
2.-Tabla No2.- Resultados del coeficiente de validez de V de Aiken en Los Esquema emocional de Leahy (LESS).....	38
3.-Tabla 3.-Análisis de la Correlación entre el LESS y el BDI - II.....	41
4.-Tabla 4.-Estadísticos descriptivos de los esquemas emocionales LESS.....	42
5.-Tabla 5.-Frecuencia y porcentaje de los esquemas emocionales según la muestra total.....	43
6.-Tabla 6.-Frecuencia y porcentaje de los esquemas emocionales y categorías del BDI.....	44
7.-Tabla 7.-Comparaciones de los esquemas emocionales en pacientes depresivos según género.....	45
8.-Tabla 8.-Comparaciones de los esquemas emocionales en pacientes depresivos según edad.....	47
9.-Tabla No 9.-Análisis de la consistencia interna y confiabilidad de la escala de esquemas emocionales de Leahy (LESS).....	49

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos que se han alcanzado los últimos años en psicología, se han realizado debido a las diversas investigaciones y la búsqueda de modelos que expliquen variables que resultan relevantes en el abordaje de los diversos trastornos psicológicos. Es por ello que, en el presente trabajo, se tocará uno de los temas de actualidad en la revisión de literatura científica, orientada a la proyección y desarrollo del ámbito psicoterapéutico correspondiente a la terapia cognitivo – conductual, tomando como tema de interés central la influencia que tiene las emociones, buscando ir más allá que el estudio de la emoción que por sí misma, ya que este tema es y ha sido parte del análisis en diversos enfoques terapéuticos. Debido a lo expuesto, este tema se abordará tomando la teoría de los esquemas emocionales, partiendo de un estudio que permita evaluar e identificar los esquemas que se encuentran en un grupo de pacientes con depresión.

El modelo de los esquemas emocionales proviene de lo propuesto por Leahy (2002), que siguiendo la línea del psicoterapeuta Beck (1996), propone que es fundamental evaluar, conocer y modificar los esquemas emocionales que generan la perturbación e incrementan conductas de evitación, trayendo diversas consecuencias negativas para la propia persona que los experimenta.

Asimismo, la depresión es un malestar psicológico, el cual se ha estudiado desde la antigüedad en las diversas sociedades, con la idea de descubrir sus características y la

etiología con el deseo de contar con estrategias adecuadas para combatirla. Por otro lado, podemos evidenciar que en los últimos años este malestar emocional se ha presentado con mayor frecuencia en todos los grupos etarios y socioeconómicos de la sociedad moderna, lo que ha producido una mayor incidencia en diversos problemas psicológicos (Rojtenberg, 2006).

En esta investigación se buscará conocer los esquemas emocionales que se presentan en una población con diagnóstico de depresión y obtener la confiabilidad y validez de la Escala de esquemas emocionales de Leahy (2002), de tal manera que se pueda contar con un instrumento estandarizado que nos permita evaluar los esquemas emocionales que se presentan en esta población y en el futuro poder orientar las estrategias psicoterapéuticas basadas en las técnicas de reestructuración y técnicas relacionadas con el procesamiento emocional, que sean necesarias para modificar estos esquemas emocionales.

El primer capítulo, está orientado a describirla problemática. Los objetivos que se buscan alcanzar es la identificación de los esquemas emocionales en pacientes depresivos, validación de esta prueba en esta población corroborando resultados del autor en similar población clínica, comparar estos esquemas según edad y genero. La justificación o importancia de la investigación que se ha desarrollado está sobre la base de la propuesta de esquemas emocionales, que habla sobre las ideas y conceptos que tenemos sobre nuestras emociones, campo que amplía el modelo cognitivo-conductual tanto como explicación e intervención psicológica.

Este apartado, nos ayuda a comprender que las investigaciones en esta área y modelo permiten apertura a temas a ser estudiados y enriquezcan la labor clínica del psicólogo.

Se revisa la conceptualización de las variables del estudio, las diversas investigaciones nacionales e internacionales que se han realizado tomando en cuenta los esquemas emocionales y la depresión, las teorías que explican los esquemas emocionales, tipos de esquemas emocionales, esquemas emocionales y metacognición. Por otro lado, es preciso señalar las características y marcos explicativos de la depresión, las investigaciones que se han realizado con esta población, tomando en cuenta variables relacionadas con esquemas cognitivos y nuevos aportes. Se define el diseño de la investigación, la muestra que se tomó en cuenta para el estudio. Asimismo, la definición de las variables del estudio, los instrumentos que se utilizaron y el procedimiento que describe los pasos que se cumplieron para la realización de la investigación.

En el capítulo dos, se presentan los resultados de la investigación donde se analizan las propiedades psicométricas del instrumento y el análisis de los resultados obtenidos después de las mediciones realizadas.

En el capítulo tres, se expone la discusión de los resultados. Asimismo se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó después de los hallazgos obtenidos, para determinar con una vasta bibliografía que sirve de base y sustentación para este estudio.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO

1. Esquemas emocionales

Las bases teóricas de los esquemas emocionales, se dan sobre la base de las ideas propuestas por Leahy (2002) quien diseña un modelo de los esquemas emocionales y describe las concepciones acerca de las emociones y las estrategias del procesamiento emocional. Este mismo autor, propone que las emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad son experiencias universales, pero las diferencias individuales, la conceptualización de ellas y las estrategias de respuesta, van a determinar lo problemático que lleguen a ser estas experiencias emocionales.

Según Wells (2004) el método metacognitivo de la preocupación propone que las personas creen con frecuencia que deben preocuparse para solucionar o prevenir los problemas, y que esta los llevará a una pérdida del control o a un daño personal, ya sea física o mentalmente. Asimismo, la teoría de los esquemas emocionales, que se cataloga como un modelo social-cognitivo, debido a que las emociones son el objeto de la cognición, se relaciona con las recientes formulaciones de los pensamientos intrusivos y de la activación emocional (Wells & Carter, 2001; citados por Manrique & Aguado, 2006).

Las emociones no son ni racionales ni irracionales más bien son adaptativas (Darwin, 1955, citado por Greenberg, 2000). En términos evolutivos, las emociones positivas fueron útiles para fomentar la vida y parece que no tuvieron que diferenciarse según muchos tipos diferentes de señales, lo que sí tuvieron que hacer, sin embargo, las

emociones negativas. Las emociones negativas fueron las que tuvieron que evolucionar según muchos tipos de respuesta, como un modo de prepararnos para afrontar numerosas situaciones potencialmente dañinas.

Para Arnold (1960, citado por Reeve, 1994). La emoción se da sólo después de que un estímulo-acontecimiento haya sido percibido y evaluado. La evaluación informa el efecto que probablemente tendrá el acontecimiento en relación al bienestar de la persona. La evaluación de un estímulo como bueno o malo produce una *tendencia sentida* (o actividad fisiológica) que hace que la persona o se aproxime o evite el acontecimiento-estímulo. Sobre esta base, Arnold definió la emoción como una tendencia sentida hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo (Arnold, 1960 citado por Reeve, 1994).

El concepto cognitivo de evaluación de Arnold fue ampliado por el trabajo de Richard Lazarus y sus colegas (Lazarus, 1966, 1968, 1982; citado por Reeve, 1994). Para Lazarus, cada emoción implica un tipo de evaluación. Las personas no sólo evalúan un objeto del ambiente como malo o bueno, también lo evalúan como ciertos tipos de bueno o de malo (amenazante, repulsivo, frustrante, etc.) Este tipo de evaluaciones más específicas producen emociones igualmente específicas. Lo que distingue a Lazarus es que concibe que cada emoción tiene su propio tipo de evaluación, su propia tendencia a la acción (por ejemplo, tendencia a la aproximación, el ataque, la evitación) y su propia expresión.

Asimismo, Leahy (2002) utiliza el término de esquemas emocionales para referirse a los planes, conceptos y estrategias empleadas en respuesta a una emoción. Manifiesta que el modelo de los esquemas emocionales propone plantear los siguientes puntos básicos:

- Las emociones desagradables como la tristeza, la soledad, el miedo, la ansiedad y la cólera; son fenómenos universales.
- Los individuos difieren en su interpretación respecto a la significación de estas emociones.
- Estas interpretaciones reflejan creencias acerca de la duración, controlabilidad, extremidad, complejidad, patología y calidad moral de las emociones y de la persona que las experimenta.
- Los esquemas emocionales negativos, tal como son reflejados por las interpretaciones anteriores, exacerbaban adicionalmente la intensidad, negatividad y la duración de las emociones negativas.
- Estas interpretaciones negativas inhiben la expresión, validación y el procesamiento emocional.

Por otro lado, Pennebaker (1997; citado en Leahy, 2002) manifiesta que el *procesamiento emocional* es una disminución de la inhibición emocional, un incremento del auto-entendimiento y una auto-reflexión positiva mejorada. Centrarse sobre el procesamiento emocional incluiría factores que operan una vez que una emoción ha sido experimentada. Estos factores incluyen el reconocimiento y la etiquetación de la emoción, los intentos de inhibir o incluso magnificar una emoción, la hipervigilancia y las estrategias de solución de problemas, la expresión o la ventilación, confianza de una audiencia receptiva y que brinda soporte, distracción, y el examen de las propias distorsiones cognitivas.

Muchas de las experiencias emocionales de las personas se producen bajo la forma de sentimientos y significados complejos como sentirse humillado o incómodo, o sentirse en

lo alto de la cima o fracasado (Gendlin, 1974; citados por Greenberg & Paivio, 2000). Este mismo autor, propone que los sentimientos son generados de modo automático y son los organizadores de la experiencia que hemos llamado esquemas emocionales.

Asimismo, Guidano (1995, citado en Greenberg & Paivio (2000) propone que los esquemas emocionales se convierten en las estructuras centrales de la persona y guían su desarrollo posterior. La forma como uno simboliza sus propios estados internos se desarrolla de un modo intersubjetivo, y el yo comienza a verse a sí mismo como uno particular. Esto está mediatizado por las opiniones de los demás, así como por las respuestas del sí mismo.

En cuanto a las expresiones de las emociones, se debe tomar en cuenta que el componente cognitivo-subjetivo aporta el estado afectivo, lo que representa una experiencia subjetiva que tiene razón y significado personal. El componente expresivo de la emoción es su componente conductual y social. Mediante las posturas, los gestos, las vocalizaciones y especialmente la conducta facial, las emociones son expresadas y comunicadas a los demás. Enviamos señales emocionales a los demás e inferimos los sentimientos privados de los otros a través de sus expresiones públicas. En su conjunto, las emociones implican a la persona en su totalidad, ya sea sus sentimientos, pensamientos, fisiología, intenciones, propósitos y su conducta (Reeve, 1994).

Los padres pueden facilitar o inhibir el desarrollo de reglas apropiadas de demostración de las emociones, el conocimiento de las emociones conflictivas o ambivalentes y la regulación de las emociones. El temperamento innato (la predisposición hacia la inhibición

o hacia una alta activación) también puede determinar el derrotero de la socialización emocional (Kagan, 1992; citado en Manrique & Aguado, 2006).

Leahy (2002) traza un cuadro del contraste entre el procesamiento emocional problemático y el procesamiento emocional adaptativo, estableciendo una comparación entre dos personas ficticias (pero que, de hecho, existen en el mundo real) que enfrentan el mismo evento de vida: “*Willy Preocupado y Miguel Calmo*”. Ambos saben que sus deseables parejas -que coincidentemente tienen el mismo nombre, *Mary- simplemente los han dejado*. Willy preocupado, frustrado en su meta de contar con un romance perfecto, se daba cuenta que se sentía emocionalmente incómodo con esta situación. Reconocía que estaba perturbado, pero inicialmente tenía mucha dificultad para etiquetar sus sentimientos. Tiene mucha dificultad para comprender por qué se siente tan triste. En contraste, retrata a un Miguel calmo plenamente consciente de su rango de sentimientos- cólera, ansiedad, tristeza e incluso un toque de esperanza. Inicialmente perturbado con la novedad de que Mary se hubiera ido, reconocía que sus sentimientos no eran ni positivos ni negativos sino plenamente “humanos”- un signo de que tiene una plenitud de experiencias que le ha proporcionado su familia desde tiempos atrás”.

En la figura 1, se observa cómo la persona puede seguir tres vías separadas, dada la emoción desagradable. El individuo que en principio atiende a su emoción (tristeza) pero que es capaz de normalizarla, expresarla y experimentar su validación, es menos probable que mantenga su tristeza. En el segundo camino, mediante una evitación emocional y cognitiva, una persona puede utilizar las comilonas o la disociación para evitar los sentimientos negativos, fortaleciendo la creencia de que las emociones negativas no pueden ser controladas o toleradas. La tercera senda entrena a ver a las emociones como incomprensibles, vergonzantes, no similares a las que otros tienen y que requieren a una

simplificación. Estas interpretaciones negativas también contribuyen a la rumiación, la preocupación y a prolongación o escalada de los sentimientos negativos (Leahy, 2002).

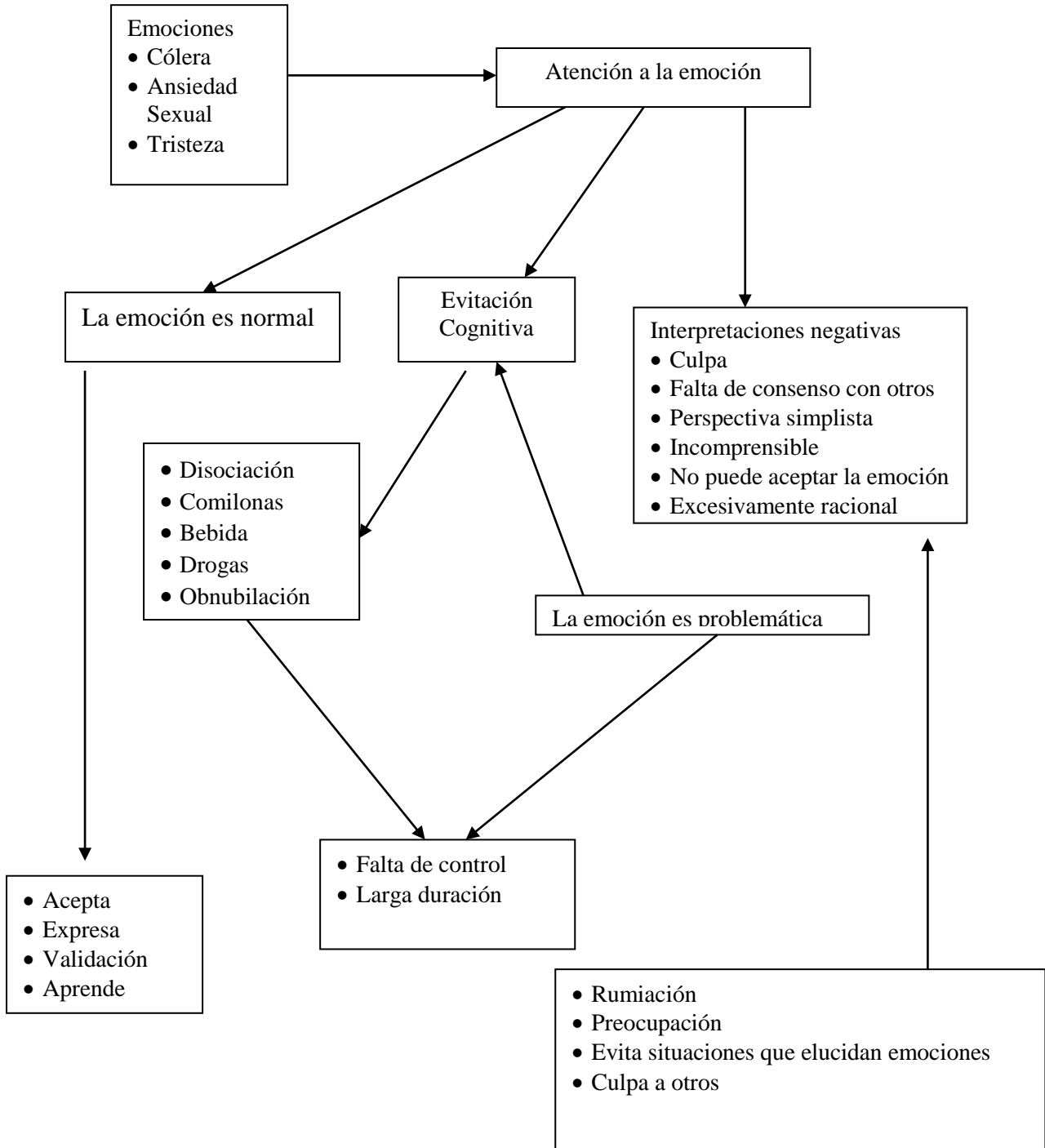


Figura1. Esquema Metacognitivo de las emociones (Leahy, 2002)

1.1 Tipos de esquemas emocionales

El modelo de esquemas emocionales propone que hay catorce esquemas que son relevantes para el procesamiento emocional (Leahy, 2002, 2003b), estos son los siguientes:

- a. **Validación:** el individuo cree que existe un público receptivo para sus emociones y la validación debería apoyarlo a aceptarse, comprender sus sentimientos y proporcionar beneficios interpersonales.
- b. **Comprensibilidad:** refleja un conocimiento efectivo de las emociones y que podría ser visualizado como elementos importantes de la ansiedad y la depresión.
- c. **Culpa y vergüenza:** esta dimensión representa, culpabilidad, vergüenza y perturbación acerca de una emoción, es decir la creencia de que uno no debería tener ciertos sentimientos.
- d. **Simplicidad versus complejidad:** la capacidad de comprender que uno puede tener sentimientos conflictivos y complicados acerca de uno mismo y de los demás, son una señal de un nivel alto del funcionamiento del ego, diferenciación cognitiva y la complejidad cognitiva
- e. **Relación con valores elevados:** las emociones podrían ayudar a aclarar una de las necesidades o logros que el individuo podría desear para continuar su propósito, aún con una pérdida. Asimismo, reconocer la importancia de los valores superiores, afirmar la legitimidad de los valores del paciente y podría ayudarlo a reducir la ansiedad o la depresión.

- f. Controlabilidad:** una característica central en la ansiedad es la percepción de que las emociones negativas intensas son incontrolables y en el paciente con depresión experimenta una extrema desesperanza, cree que los afectos negativos podrían abrumarlo y durar indefinidamente.
- g. Insensibilidad:** el estar llenos de emociones intensas, podría ser una experiencia que los hace sentirse llenos de vida. Mientras que para otros, la sensación de emociones intensas sólo los lleva a la pérdida de control y a la sensación de sentirse abrumados.
- h. Racionalidad y antiemocionalidad:** la sobre racionalidad o antiemocionalidad podría inhibir la expresión, validación, aceptación y la auto comprensión que nos permite seguir nuestras propias experiencias emocionales.
- i. Duración de sentimientos fuertes:** el modelo de enfoque emocional sugiere que el creer en una extensa duración de la emoción refleja dificultad para aceptar las emociones e indirectamente podría estar relacionado con la depresión o ansiedad.
- j. Consenso con otros:** reconocer que otros tienen sentimientos similares es una forma de validación y un proceso que podría reducir la depresión y la ansiedad desde esta perspectiva.

k. Aceptación o inhibición: las teorías del enfoque emocional podrían predecir que la aceptación de los sentimientos nos guían a una resolución rápida de la depresión y la ansiedad.

l. Rumiación versus estilo instrumental: el modelo del enfoque emocional afirma que el pesimismo podría ser observado como reflejo de la falta de aceptación de la emoción.

m. Expresión: el deseo por experimentar y expresar sentimientos, reflejan una aceptación de que las emociones son importantes y que pueden ampliar posiblemente cambios o entendimientos, por ello se considera importante la expresión emocional para reducir los afectos e incrementarla comprensión y la aceptación.

n. Culpar a otros: el modelo de enfoque emocional no sugiere que culpar a otros podría ser una solución para la depresión o ansiedad y podemos afirmar que juzgar a las personas incluye juzgarse así mismo.

1.1.2. Esquemas emocionales y Metacognición

El tratamiento en el modelo metacognitivo, según Wells (2004) enfatiza el rol que juegan las creencias positivas y negativas o erróneas del paciente, en torno a la preocupación en la persistencia del problema. Asimismo, este modelo es apoyado por evidencias empíricas provenientes de un conjunto de fuentes que apoyan esta hipótesis. Estudios empíricos apoyan la utilidad de manipular conductas de afrontamiento en la situación y atención durante la exposición. En un estudio de pacientes con fobia social, Wells (2004) menciona que la exposición breve y no realizar las conductas de seguridad en el contexto de una lógica que enfatiza el procesamiento de información desconfirmatoria son más efectivas que la sola exposición breve con una lógica de habituación en la reducción de la ansiedad y creencias negativas en-la-situación. Resultados similares fueron obtenidos en un estudio siguiente sobre pánico y agorafobia. Este mismo autor, manifiesta que la preocupación, los pensamientos intrusivos y la perseveración, son parte de la problemática debido a que focalizan la atención en la información negativa y niegan la consolidación de información positiva necesaria para el cambio de creencias.

Asimismo, autores como Gottman, Katz y Hooven (1996) proponen filosofías meta – emocionales, clasificándolas en cinco, estas son; dominio emocional, alta aceptación/bajo dominio, rechazo, desaprobación y disregulación; mencionan que el dominio emocional ayuda al niño a hablar acerca de las emociones, a etiquetar sentimientos y a identificar reglas para la demostración apropiada. Por otra parte, la estrategia de rechazo deniega la significancia de las emociones del niño.

Asimismo, Wells (2002) propone que el modelo del esquema emocional permite examinar la “teoría de las emociones de los pacientes”, en la misma medida que los modelos cognitivos permiten examinar las teorías de los pacientes respecto a los pensamientos intrusivos, las imágenes traumáticas recurrentes, la naturaleza de la preocupación o el significado de los síntomas de pánico.

2. Antecedentes históricos de la depresión

La depresión etimológicamente deviene del latín *depressio* que significa hundimiento, debido a que el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia, que le impide cada vez más vivir con plenitud (Rojtenberg, 2006).

A lo largo de la edad antigua, se han desarrollado dos teorías sobre la génesis y naturaleza de la depresión, de la *bilis negra* y la *naturalista*. En cuanto a estas, Vara (2006) manifiesta que la teoría de la bilis negra propuesta por Hipócrates sostiene que la melancolía es producida por un disturbio en el desequilibrio de la bilis negra, sin embargo, no realiza una descripción específica de la melancolía, sino que abarca otras enfermedades mentales tales como frenitis y la manía. De la misma forma, indica que la melancolía sobreviene en casos de desánimo prolongado por miedo e insomnio y que es una forma de locura que se inician sin fiebre y parece producida por la bilis negra.

En la edad media, según Zarragoitía (2011), los líderes religiosos creían que la depresión era causada por posesiones de los espíritus malos. Asimismo, San Isidoro de Sevilla indicó 4 derivadas de la tristeza como el rencor, la pusilanimidad, la amargura y la

desesperación. Seguidamente en esta etapa, en el siglo XVII Thomas Willis desdeñó la teoría de los humores como causa de la melancolía y, siguiendo los acontecimientos de su época, atribuyó el origen de esta enfermedad a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y en el corazón.

Durante el siglo XVIII, Pinel manifiesta que la melancolía era causada por las aflicciones morales, indicando para ello el tratamiento moral y dentro de la escuela francesa, con Jean Esquirol, se opuso al uso del concepto melancolia, porque el término asociaba la enfermedad de la bilis negra y era utilizado en la lengua vulgar para designar varios estados de tristeza. En la segunda mitad de este siglo se comenzó a depurar los términos de manía y melancolía hasta tener un significado muy parecido al actual. Dentro de la escuela alemana, Griesinger (1845) pensaba que la melancolía tenía causas física cerebral, aceptando además el valor de los precipitantes psicológico-afectivos en su génesis.

En el siglo XX, Kraepelin dio cuenta de todos los cuadros nosológicos conocidos hasta ese momento y en su primera edición ubicaba a los estados depresivos la melancolía simple y delirante, dentro de los estados de excitación la melancolía agitada y dentro de las psicosis periódicas la locura circular y melancólica periódica (Vara 2006). Finalmente, Freud comienza a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, postulando que la depresión en el adulto es una reactualización de un trauma por la pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro (Vara, 2006).

2.1 Conceptualización de la Depresión

En cuanto a la conceptualización de la depresión, encontramos a diversos autores como Zarragoitía (2011) quien manifiesta que la depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Cosas que eran fáciles y agradables, como pasar un tiempo con la familia y los amigos, leer un buen libro, ir al cine o a la playa, en este estado toman más esfuerzo y a veces son casi imposibles de realizar. Comer, dormir y mantener las relaciones sexuales, puede llegar a ser un verdadero problema.

Según Thompson (2002) la depresión es una enfermedad que afecta a toda la persona en sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedir a individuos usualmente saludables que gocen plenamente de la vida. Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento a las personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida.

Asimismo, Skinner (1957, citado por Caballo, 1997) define que la depresión es el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de consecuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social.

Los teóricos de la psicología cognitiva como Beck, Rush, Shaw y Emery (2003) consideran que los signos y síntomas del síndrome depresivo devienen como consecuencia de los patrones cognitivos negativos que posee la persona.

Finalmente, otros autores como Freeman y Oster (1997) manifiestan que desde la perspectiva cognitiva se maneja un modelo de diátesis – estrés donde los acontecimientos de la vida diaria, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están íntimamente ligados entre sí y el mal funcionamiento de estas relaciones desencadenan trastornos depresivos.

2.2 Epidemiología de la depresión

En América Latina, los estudios epidemiológicos en relación a la depresión son relativamente escasos. Una revisión de García Álvarez (1986, citado por Rojtenberg, 2006) encontró una prevalencia variable de 10 a 15% (Argentina, 12%; Chile 15.3 %; Republica Dominicana, 9.8%; Perú, 11%), cifra que se incrementó significativamente cuando al población estudiada fue la de consultorios externos en hospitales (México y República Dominicana, 19%; Cuba, 39 y Costa Rica 53%).

Las cifras de prevalencia del tratamiento depresivo son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres, en la mayor parte de los estudios realizados, incluso en culturas muy diversas. Estas diferencias sexuales pueden ser un indicio de la existencia de factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de esta alteración o bien refleja la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y niñas (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Respecto al estudio cooperativo sobre depresión, Rojtenberg (2006) manifiesta que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) identificó un síndrome depresivo nuclear

en cinco países pero reveló significativas diferencias en cuanto a la presentación de síntomas, conceptualización del afecto, gravedad e influencia de los procesos de aculturación entre inmigrantes. En un clásico estudio sobre neurastenia y depresión en China, (Kleinman & Good, 1985; citados por Rojtenberg, 2006) distinguen claramente un estado (y su conceptualización) culturalmente determinado y una condición clínica identificable por los sistemas nosológicos convencionales.

En el Perú, en el estudio de Sogi (1997, citado en Ministerio de Salud- MINSa 2004), aunque focalizado en un solo distrito limeño, se resalta la prevalencia de vida de la depresión mayor en 9,2%, siendo en varones de 6,1% y en mujeres de 12,4%. Además, uno de cada tres entrevistados manifestó haber tenido síntomas depresivos en algún momento de su vida.

En el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Nogushi (2002), sobre la población que reside permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima metropolitana y el Callao, refiriéndose a sus ocupantes entre las edades de 12 años en adelante, excluyéndose a las viviendas colectivas tales como hospitales, hoteles, cuarteles y conventos, entre otros. Toma en cuenta 43 distritos de Lima propiamente dicha y 6 distritos de la provincia constitucional del Callao. Se excluyó los distritos balnearios como Punta Negra, Punta hermosa, Pucusana, San Bartolo, Santa María del Mar y Santa Rosa, lo que representa el 0,3% de la población total del área de Lima y Callao. Se encontró que la prevalencia actual del episodio depresivo en la población adulta de Lima metropolitana y el Callao oscila en un 10.1 % y en la población adolescentes estaba en un 8.6 %. En las conclusiones, se menciona que en la prevalencia actual (al momento de la entrevista) de un trastorno clínico en la población adulta se da en dos de cada diez

personas, siendo los más frecuentes los cuadros de depresión y ansiedad. Al parecer se observa un incremento sustantivo en la prevalencia de la patología ansiosa depresiva en la población de Lima y el Callao en comparación con estudios anteriores.

2.3 Síntomas de la depresión

Según Schramm (1998; citado por Buela-Casal, 2001) se puede resumir en cinco grandes núcleos los posibles síntomas que, en mayor o menor medida, puede presentar una persona deprimida:

- **Síntomas Afectivos:** el estado de ánimo es descrito por el sujeto como triste, desesperanzado, desanimado, desamparo, abatimiento, irritabilidad, hostilidad etc. Sin embargo, en algunos casos de depresiones graves la tristeza puede ser negada por el paciente, manifestando su incapacidad para mostrar ningún sentimiento o ánimo invariable.
- **Síntomas Conductuales:** la pérdida de interés se manifiesta de forma objetiva por un rechazo creciente a tomar parte en actividades cotidianas, en la práctica de sus aficiones favoritas ni otras actividades agradables, deja de disfrutar con actividades que antes eran consideradas como placenteras y se descuida el aseo personal o la vestimenta.
- **Síntomas Cognitivos:** muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Asimismo, quienes tienen ocupaciones laborales o estudios, suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración.

- **Síntomas Somáticos:** las alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), fatiga, la pérdida de apetito, la disminución de la actividad y el deseo sexual. En la mayoría de los casos se trata de la pérdida de apetito, acompañada por una evidente pérdida de peso. Con menos frecuencia también se produce un aumento del apetito hasta llegar en ocasiones a un aumento de peso.
- **Síntomas interpersonales:** el deterioro en las relaciones interpersonales acompaña a menudo a la sintomatología de la persona deprimida. De hecho, un 70 por 100 dice haber disminuido su interés por los demás. Habitualmente, tienen mermadas la capacidad para comunicarse y las habilidades sociales, lo que se relaciona con un peor curso de la depresión.

2.4 Modelos explicativos de la depresión.

a) El modelo cognitivo de la depresión

Beck, Rush, Shaw y Emery (2005), afirman que el modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico depresivo 1) La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa que tiene el paciente de sí mismo, el segundo se centra en la tendencia de interpretar sus experiencias de una manera negativa y el tercero se centra en la visión del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. 2) El modelo de esquema nos ayuda a explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos. 3) Los errores sistemáticos en el proceso de información que se dan en el pensamiento depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia contraria. Los errores más comunes son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pasamiento dicotómico. Esto se presenta debido a que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo primitivo, en el que se emiten juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan sus vidas, lo que produce una respuesta emocional negativa y extrema.

b) Vulnerabilidad y estilos atribucionales

La referencia a los modelos de diátesis – estrés, fue hecha por primera vez más de 40 años atrás en las formulaciones de la esquizofrenia, en las cuales la diátesis, o vulnerabilidad a desarrollar el trastorno, era genética. En los últimos años, tales modelos han sido aplicados para entender el desarrollo de los trastornos depresivos donde la diátesis no es genética, sino que es alguna forma de disfunción cognitiva (Monroe & Simons, 1991; citados en Alloy & Riskind, 2009). Asimismo, la teoría de la depresión por desesperanza manifiesta que los individuos deprimidos están caracterizados por un conjunto de expectativas sobre el mundo que son maladaptativas y depresotípicas. En la teoría original del desvalimiento aprendido, la experiencia de eventos negativos incontrolables fue propuesta como lo que lleva a expectativas de que los eventos negativos futuros son, también, incontrolables; reduciendo, por tanto, la probabilidad de que uno actuará sobre esos eventos. Los eventos negativos son vistos como estables, lo cual significa que no cambiarán; como internos, lo cual significa que se deben a nuestros propios errores; y como globales, lo cual significa que abarcan todo el entorno del individuo (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; citados por Alloy & Riskind, 2009).

c) Estilo rumiativo:

Según Leahy (2007) los individuos rumian porque ven este proceso como una estrategia de solución de problemas. Con la denominada teoría de los estilos de respuesta se propone que la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en la duración y la intensidad de éstos e incluso pueden favorecer la aparición de un cuadro clínico (Susan Nolen – Hoeksema 1991, citados por Vásques *et al*, 2008). Esto quiere decir que aquellas personas que se sumergen en rumiaciones depresivas, es decir pensamientos recurrentes sobre sus síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de los mismos, sufrirán durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos. Este mismo autor, observó que los sujetos mostraban un estilo de respuesta a la depresión de forma consistente en el tiempo (6 meses) y que cuanto mayor era la respuesta rumiativa de los sujetos, mayor tiempo permanecían instalados los síntomas depresivos.

d.) Supresión de pensamientos:

En el campo de la vulnerabilidad a la depresión, este hecho implica que paradójicamente, cuando los recursos están agotados por efecto del estrés, intentar sentirse mejor controlando los pensamientos negativos puede dar lugar a un incremento del malestar (Wegner & Zanakos, 1994, citados por Vásques *et al*, 2008). En este sentido, varias investigaciones han mostrado el papel de la supresión de pensamientos en la vulnerabilidad a la depresión como en un estudio longitudinal donde tras analizar los niveles de estrés que tenían, se encontró que la tendencia a suprimir pensamientos aparecía asociada a un menos grado de sintomatología depresiva en casos de bajo estrés, sucediendo

lo contrario en los participantes que estaban sometidos a un mayor estrés: a mayor tendencia a suprimir pensamientos, mayores niveles de depresión a las siete semanas. (Beevers y Meyer, 2004, cit. por Vásquez *et al*, 2008).

2.5. Definición de términos básicos

Esquemas emocionales

Los esquemas emocionales hacen referencia a los planes, conceptos y estrategias empleadas en respuesta a una emoción. Leahy (2002)

Depresión

Para Rojtenberg (2006) la depresión se conceptualiza como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

3. Problema de Investigación.

Teniendo en cuenta, que las cogniciones, los sentimientos y las emociones modulan la personalidad, podemos evidenciar que si estamos evaluando las características cognitivas de un paciente deprimido encontraremos esquemas cognitivos y emocionales que influyen en su afrontamiento diario, estos esquemas llevan a estrategias que se traducen en evitación emocional y conductas de afronte inadecuadas que incrementan su problemática. Dentro de la práctica clínica se observa a pacientes que al modificar estos conceptos subyacentes inherentes a su trastorno logran un cambio en variables conductuales, cognitivas y procesan adecuadamente sus emociones.

El experimentar emociones socialmente conlleva a una serie de supuestos que se traducen en vulnerabilidad del paciente y repuestas inadaptativas hacia la confirmación y rumiación de sus procesos psicológicos, generándose estados de desesperanza e incompreensión en la persona, es por eso que es fundamental tomar en cuenta la conceptualización de las emociones y la identificación de los esquemas emocionales en el paciente. De esta manera los resultados permitirán encontrar los esquemas emocionales que se presentan en nuestra población de estudio, entendiendo cómo conceptualizan sus emociones y conocer como estos repercuten en sus afrontamientos inadecuados. El conocer nos permitirá conceptualizar a nivel cognitivo el caso que se presenta así como elaborar el plan de tratamiento más idóneo que a través de técnicas cognitivas, emocionales o experienciales favorecerían el procesamiento adecuado de estos esquemas.

Por estos motivos, se hace fundamental contar con un instrumento válido y confiable que nos ayude a conocer los esquemas emocionales dentro de la población de pacientes con un diagnóstico de depresión. Estos resultados nos posibilitarían ampliar los criterios de

evaluación y orientar el campo de tratamiento. Finalmente, se busca contribuir a través de estos resultados a la comunidad científica peruana con el fin de ser un punto de partida para estandarizar este instrumento para otras poblaciones.

Dentro de las investigaciones internacionales relacionadas con la teoría de los esquemas emocionales y la depresión, se encuentra que Leahy, Tirsch y Melwani (2012) manifiestan que dentro de los procesos subyacentes a una depresión se evaluó tres modelos teóricos como la aversión al riesgo, esquemas emocionales y flexibilidad psicológica. Se aplicó el cuestionario de Aversión al Riesgo, la Escala de Esquemas Emocionales, Cuestionario de acción y aceptación, y el Inventario de Depresión de Beck en 425 pacientes adultos en psicoterapia. Como se predijo, la baja flexibilidad psicológica se relacionó con esquemas emocionales que reflejan invalidación, la falta de consenso, la culpa, la falta de los valores más altos y la incomprendibilidad. Además, 23 de las 25 dimensiones de aversión al riesgo se referían a la flexibilidad psicológica, lo que indica que la evitación experiencial es parte de una estrategia de aversión al riesgo. Además, cada una de las 25 dimensiones de aversión al riesgo estaban relacionadas con las creencias negativas acerca de las emociones. De acuerdo con estos modelos, aversión al riesgo, creencias negativas acerca de la emoción y la flexibilidad psicológica, están significativamente relacionadas con la depresión. Finalmente, el análisis de regresión múltiple indicó que la depresión fue mejor predictor de la aversión al riesgo y baja flexibilidad psicológica.

Asimismo, Leahy, (2006) realizó un trabajo sobre la meta-cognición y la meta-emoción de la preocupación y encuentra que la mayoría de las catorce dimensiones de la Escala de esquemas emocionales (LESS) estuvieron significativamente relacionadas con los cinco factores metacognitivos de la preocupación. Esto quiere decir, que los esquemas

emocionales reflejan la visión de que las emociones desagradables no son aceptadas y están correlacionadas con los cinco factores meta cognitivos de la preocupación.

De la misma forma, Leahy (2002) realizó un estudio con 53 pacientes psiquiátricos (21 hombres y 32 mujeres), con un rango de edad 23 y 69 años y les aplicó la escala de Esquemas emocionales (LESS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Encontró soporte empírico para la relación entre creencias maladaptativas acerca de las emociones y la psicopatología, al correlacionar estos puntajes se identificó que los mayores niveles de depresión estaban asociados con: sentimientos de culpa respecto a las emociones ($r=0.391$, $p<0.05$), la creencia que las emociones no eran comprensibles ($r=-0.535$, $p<0.05$), las percepciones de que las emociones implicarían una pérdida de autocontrol ($r=-0.348$, $p<0.05$), que tendría una larga duración ($r=0.317$, $p<0.05$); no presentan consenso de sus emociones con los demás ($r=0.449$, $p<0.05$) y relación con el esquema rumiativo ($r=0.348$, $p<0.05$). Asimismo, La ansiedad estaba asociada con culpa ($r=0.335$, $p<0.05$), que las emociones no son comprensibles ($r=-0.535$, $p<0.05$), creencia en la falta de control ($r=-0.449$, $p<0.05$) y menor aceptación de las emociones ($r=-0.343$, $p<0.05$).

Como se observa en las investigaciones anteriores, los esquemas emocionales se correlaciona con la baja flexibilidad psicológica, con los factores metacognitivos de la preocupación y con la depresión y ansiedad, dando soporte teórico a la forma como estos esquemas emocionales nos muestran las creencias erróneas sobre las emociones y como están presentes significativamente en los estados depresivos y ansiógenos generando un campo de explicación y un área a tratar del modelo de intervención cognitivo, conceptualizando las ideas sobre las emociones y comprendiendo los esquemas como,

invalidación, la falta de consenso, la culpa, la falta de los valores más altos y la incomprendibilidad como factores predictores en los cuadros clínicos estudiados.

3.1 Formulación del problema

De acuerdo a las consideraciones ya establecidas con anterioridad, el problema a resolver es: ¿Cuáles son los esquemas emocionales en un grupo de pacientes depresivos de un hospital de la ciudad de Lima?

3.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar los esquemas que presentan un grupo de pacientes depresivos de un hospital de la ciudad de Lima.

Objetivos específicos

1. Establecer la validez lingüística, de contenido y convergente de la Escala de Esquemas emocionales (LESS) de Leahy, en un grupo de pacientes depresivos de un hospital de la ciudad de Lima.
2. Identificar los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos de un hospital de la ciudad de Lima, según género.
3. Analizar los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos de un hospital de la ciudad de Lima, según edad

3.3. Planteamiento del Problema.

Podemos encontrar que en la actualidad han surgido diversos modelos psicoterapéuticos con el fin de encontrar herramientas que nos permitan identificar, analizar y evaluar estrategias idóneas para ayudar a las personas que lo necesiten. Dentro de estas propuestas, encontramos la terapia cognitiva - conductual que, según manifiestan Hawton, Salkovskis, Kira y Clark (1989; citado por Lega, Caballo & Ellis, 1997), se inicia con las ideas propuestas por Lang sobre los tres sistemas de respuestas relativamente independientes como son el sistema emocional, cognitiva y motor; que fue lo que allanó el camino para la aceptación de las nociones cognitivas dentro del enfoque conductual. Asimismo, el enfoque cognitivo – conductual, según Gálvez (2009) después de realizar una revisión de evidencias científicas sobre este tipo de terapia, encontró que hay numerosos estudios que presentan un grado máximo de eficacia dentro de sus intervenciones frente a los problemas psicológicos.

Dentro de la psicoterapia cognitiva – conductual, observamos que se han realizado diversos avances en la explicación entre la relación e influencia de la parte emocional, cognitiva y conductual; desde una perspectiva radical hasta una perspectiva integradora. Asimismo, se observa que han surgido corrientes que toman en cuenta los patrones y esquemas que parten del análisis de la interacción de las emociones y las representaciones cognitivas de las mismas. Como parte de estos enfoques, encontramos a Leahy (2002) quien ha buscado delinear un modelo de esquemas metacognitivo de las emociones, donde describe el rol de las mismas y las estrategias de intervención que se deben utilizar para manejarlas. En tal sentido, este mismo autor manifiesta que las emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad; son experiencias universales pero que las diferencias individuales en la conceptualización de ellas y en las estrategias de respuestas van a

determinar lo problemático que lleguen a ser estas experiencias emocionales. Asimismo, otro aspecto básico es que las personas difieren en su interpretación respecto a la significancia de estas emociones, estas interpretaciones reflejan también las creencias acerca de la duración, controlabilidad, complejidad, patología y calidad moral de las emociones que la persona experimenta. De la misma forma, los esquemas que se identifican sobre las emociones exacerbaban adicionalmente la intensidad, negatividad y la duración de las emociones negativas, estas interpretaciones negativas inhiben la expresión, validación y el procesamiento emocional.

En un sentido más amplio, Greenberg y Paivio (2000) refieren que la concepción de esquemas emocionales abarca no solo la manifestación emocional tácitamente, sino que constituye una síntesis compleja entre el afecto, la cognición, la motivación y la acción, que proporcionan a cada persona un sentido integrado de él o ella misma y del mundo. Estos mismos autores manifiestan, que las emociones regulan el funcionamiento mental organizando tanto el pensamiento como en la acción, establecen las metas que nos son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas. Por esta razón, el miedo establece que la meta es escapar, y nos prepara para huir; el enfado tiene que ver con superar obstáculos, y nos prepara para atacar; las metas que se persiguen están profundamente relacionadas con la regulación de nuestros vínculos sociales; los sentimientos de felicidad, nos preparan para la cooperación y la tristeza para la retirada o la búsqueda de ayuda. Por otro lado, las emociones establecen las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que convierte al afecto en un determinante crucial de la conducta humana (Oatley & Jenkins, 1992; citado por Greenberg & Paivio, 2000).

El modelo de los esquemas emocionales expone que existen 14 esquemas que son relevantes para el procesamiento emocional, que son exhaustivos y puede haber algún solapamiento entre ellos. Sin embargo, si se evalúan estos esquemas, se puede identificar su potencial relevancia en el mantenimiento de las experiencias emocionales negativas como en la creación de obstáculos en el proceso de psicoterapia (Leahy, 2003).

Por otro lado, Valeno (2001) afirma que la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común; en cuanto a los síntomas, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo, todas las facetas de la vida, ya sea los aspectos emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

Debido a esto, observamos que la teoría de los *Esquema emocionales* propuesta por Leahy (2002), proporciona una herramienta para explicar la función que cumple las emociones dentro del modelo cognitivo - conductual y para conocer cuáles son los esquemas que se presentan en los pacientes. Es importante encontrar instrumentos que se encuentren estandarizados para la realidad peruana. Por esta razón, se buscó determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS) con el objetivo de evaluar los esquemas emocionales y de esta forma, identificarlos y conocer los que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de depresión, ya que en esta población se ha identificado relaciones con los esquemas emocionales negativos (Leahy, 2003a; Leahy & Kaplan, 2004), con el fin de contar con posibles explicaciones de cómo surge la depresión y que estrategias se deberían usar para poder modificarlas.

Capítulo II

MÉTODO

1. Participantes

La muestra se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) y estuvo comprendida por 80 pacientes con diagnóstico de depresión, cuyas edades aproximadas oscilan entre 18 y 60 años. Siendo 25 varones, 55 mujeres, 42 de ellos con nivel superior en los estudios, 38 con nivel secundario, todos tiene menos de un año de tratamiento médico, ninguno recibe tratamiento psicológico. De la zona este de los distritos de Lima.

Los criterios de incluir a los pacientes dentro del estudio son el diagnóstico de Depresión según el CIE X, un puntaje mayor a 7 en la escala de depresión de Beck. Asimismo, como criterios de exclusión se han considerado pacientes que posean un trastorno de personalidad asociado, cuadro psicótico y/o deficiencias cognitivas.

2. Medición

Para la ejecución de la investigación, se han realizado la aplicación de tres instrumentos:

a. Ficha socio-demográfica Los datos de esta ficha nos permitieron filtrar los aspectos característicos de la muestra y principalmente se solicitaron los datos de filiación, edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, estudios realizados, situación laboral, tiempo de enfermedad y la posibilidad de estar recibiendo terapia psicológica.

Con el fin de que tengamos a pacientes que asisten a consulta sin algún tratamiento psicológico previo y poder determinar las manifestaciones clínicas de la depresión y los esquemas emocionales sin algún tipo de intervención que expresen algún conocimiento previo de estos aspectos a considerar. Se procedió a la aplicación de los cuestionarios, en un ambiente cómodo y sin distracciones, la presentación y las instrucciones se dio tanto verbalmente como en una hoja adicional explicándoles las directrices para el llenado correcto de la misma. Se expresó que se realizará un estudio para analizar ciertos aspectos relacionados a la problemática que se presenta, con tal motivo se aplicará unas fichas y pruebas para el llenado correspondiente, enfatizando el anonimato de las mismas, se resalta que el llenado no hay respuestas correctas o incorrectas, por eso que es vital las respuestas sinceras. Al aplicar los instrumentos, se entregará un cuadernillo a cada participantes, en la primera hoja se entregó el consentimiento informado, luego la ficha de estudio, seguirá el Inventario de depresión de Beck y finalmente, la prueba de esquemas emocionales. Se adjunta el ejemplar en el apéndice A.

b. Inventario de depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II)

Existen tres versiones del BDI, la versión original fue creada por Beck en el año 1961, que fue revisada en el año 1971 y la segunda edición de esta prueba, fue publicada en 1996. La segunda versión, es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems, que tiene como finalidad medir la severidad de los síntomas de depresión en adultos y adolescentes, según los criterios diagnósticos de DSM IV TR.

Esta prueba es útil para ser aplicado en población normal y psiquiátrica, pudiendo ser administrada a partir de los 13 años. Asimismo, los ítems del instrumento son puntuados según una escala que va de 0 a 3 y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63, se debe considerar que en caso el examinado marque más de una alternativa de

respuesta, se utilizará la alternativa con el valor más alto (Brenlla & Rodríguez, 2006). Los síntomas que evalúa son; Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, sentimiento de Culpa, Sentimientos de castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Perdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Perdida de Energía, Cambio en los Hábitos de Sueño, Irritabilidad, Cambio en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Perdida de Interés en el Sexo. Puede ser aplicada de forma individual, colectiva, es autoadministrable, el promedio de tiempo al resolver esta prueba es de 10 a 15 minutos, es una prueba de lápiz y papel.

Entre las versiones en el idioma castellano encontramos la adaptación argentina que se llevó a cabo a través del procedimiento de traducción inversa, la revisión especializada del contenido de las traducciones, la administración de la prueba obtenida por esos procedimientos en una muestra piloto y el estudio de las propiedades psicométricas obtenidas de esta versión argentina. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente de alfa de Cronbach de este inventario fue de 0.88 para la muestra psiquiátrica y de 0.86 para la muestra normal. En ambas muestras todas las correlaciones ítem-total fueron significativas. Asimismo, la correlación test-retest de 7 a 10 días después de administrada la prueba, en un grupo de 17 pacientes externos, fue de 0.90. En la población general, se constató una correlación de 0.86 que indica una estabilidad importante del BDI-II a través del tiempo. En cuanto a la validez convergente, los datos indican que el BDI-II está correlacionado positivamente con la Escala de Depresión del MMPI-II y con la escala de Depresión de la SCL-90-R. (Brenlla y Rodríguez, 2006).

En cuanto a los estudios peruanos, Carranza (2011) presentó las propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck con 2005 estudiantes de universidades privadas como de estatales de Lima Metropolitana. Se confirmó la validez de contenido con la V de Aiken, donde todos los ítem obtuvieron un índice de significancia de ($p > 0.01$); validez de constructo mediante el análisis de ítem – test, donde todos los ítems obtuvieron correlaciones con un índice de significancia de ($p > 0.01$) y mediante el análisis factorial confirma la existencia de dos componentes (somático – motivacional y cognitivo – afectivo). Asimismo, la confiabilidad que se realizó mediante el Alpha de Cronbach presenta un índice de 0.878, correlación pares y nones ($r = 0.803$, $p > 0.01$), técnica de las dos mitades con un índice de 0.799 y test-retest ($r = 0.996$, $p > 0.01$). Por otro lado, el establecimiento de baremos indica que la categoría de mínimo (0 – 6 puntos), leve (7 – 11 puntos), moderado (12 – 16 puntos) y Severo (17 – 63).

El inventario se encuentra anexado en el apéndice B.

c. Escala de Esquemas Emociones de Leahy (LESS)

Esta escala fue creada por Leahy en el año 2002, tomando como base la “teoría de esquemas emocionales” propuesta por este mismo autor, se aplica a personas adultas y está compuesta por 50 expresiones. Este instrumento tiene como objetivo identificar 14 esquemas emocionales, los cuales son la validación, comprensibilidad, culpa y vergüenza, simplicidad versus complejidad, relación con valores elevados, controlabilidad, insensibilidad, racionalidad y antiemocionalidad, duración de sentimientos fuertes, consenso con otros, aceptación o inhibición, rumiación versus estilo instrumental, expresión y culpar a otros (Leahy, 2002). Según los procesos estadísticos los ítems 22 y 43

no fueron incluidos en los 14 esquemas. La confiabilidad alfa de Crombach ($\alpha = .809$ $n = 379$).

Tabla 1

14 Dimensiones de la escala de esquemas emocionales LESS

Validación

- Item 8 Otros entienden y aceptan mis sentimientos
(Item 16) Nadie se preocupa por mis sentimientos
(Item 49) No quiero que nadie conozca sobre algunos de mis sentimientos

Comprensibilidad

- (Item 5) Existen emociones acerca de mí que simplemente no entiendo.
(Item 10) Mis sentimientos no tienen sentido para mí
(Item 33) Pienso que mis sentimientos son extraños o raros.
(Item 45) Mis sentimientos parecen venir de ninguna parte.

Culpabilidad

- Item 4 Algunos sentimientos son negativos de tener
Item 14 Siento vergüenza de mis sentimientos
Item 26 Quiero que la gente crea que soy diferente de la manera que verdaderamente siento.
Item 31 No debería tener algunos de los sentimientos que tengo

Visión Simple de la Emoción

- Item 18 No puedo soportar cuando tengo sentimientos contradictorios-como gusto o disgusto por la misma persona.
Item 35 Cuando tengo sentimientos en conflicto por alguien, me molesto o confundo.
Item 38 Me gusta tener absolutamente claro lo que siento por alguien.
Item 47 Me gusta tener absolutamente claro lo que siento por mi mismo (a).

Valores Altos

- Item 21 Cuando me desanimo, trato de pensar en cosas más importantes en la vida-aquellas que yo valoro.
(Item 25) Pienso de mi mismo (a) como una persona superficial.
Item 42 Existen valores elevados a los cuales aspiro.

Control

- (Item 7) Si me permitiera tener algunos de mis sentimientos, temor que perdería el control
(Item 27) Me preocupa que no voy a ser capaz de controlar mis sentimientos.
(Item 44) Me preocupa que si tuviese ciertos sentimientos, yo podría volverme loco.

Insensibilidad

- Item 15 Cosas que molestan a otras personas, a mi no me molesta.
Item 32 Con frecuencia me siento “adormecer” emocionalmente, como si no tuviera sentimientos.

Racional

- Item 17 Es importante para mi ser razonable y practico (a), más que ser sensible y abierto (a) a mis sentimientos.
Item 46 Creo que es importante ser racional y lógico en casi todo.
Item 30 No se puede confiar en tus sentimientos para que te digan lo que es bueno para ti.

Duración

- Item 13 A veces temo que si me permito tener un sentimiento fuerte, este no se irá.
(Item 29) Sentimientos fuertes sólo me duran por un periodo de tiempo.

Consenso

- (Item 3) A menudo pienso que yo respondo con sentimientos que otras personas no tendrían.
(Item 19) Soy mucho más sensible que otras personas.
Item 39 Toda persona tiene sentimientos como los míos
Item 41 Creo que tengo los mismos sentimientos que otras personas tienen.

Aceptar sentimientos

- (Item 2) Cuando tengo un sentimiento que me molesta, intento pensar en por qué éste no es importante.
(Item 12) Pienso que hay sentimientos que tengo, de los cuales no soy muy consciente.
(Item 20) Intento de librarme de un sentimiento desagradable inmediatamente.
Item 40 Yo acepto mis sentimientos
(Item 50) No quiero tener que reconocer que tengo ciertos sentimientos –sin embargo, yo sé que los tengo.
(Item 9) No puedes permitirte tener ciertos tipos de sentimientos-como sentimientos sobre sexo o violencia.
(Item 28) Tienes que protegerte de tener ciertos sentimientos

Rumiación

- (Item 1) Cuando me desanimo, trato de pensar sobre una forma diferente de ver las cosas.
(Item 36) Cuando tengo un sentimiento que me molesta, trato de pensar en otra cosa o trato de hacer algo distinto.
Item 37 Cuando me desanimo, me detengo y pienso sobre cuán mal me siento.
Item 24 A menudo me digo ¿Qué hay de malo en mí?
Item 48 Me enfoco mucho en mis emociones o mis sensaciones físicas.

Expresión

- Item 6 Creo que es importante permitirme que llore a fin de dejar “fuera” mis sentimientos.
- Item 23 Siento que puedo expresar mis sentimientos abiertamente.

Culpabilidad

- Item 11 Si otras personas cambiaran, yo me sentiría mucho mejor.
- Item 34 Otras personas provocan que tenga sentimientos desagradables.

*Items en parentesis son puntuados de forma inversa

Las respuestas dadas por cada uno de los sujetos pueden ser consideradas con 1 a 4 puntos, de acuerdo con la intensidad de la emoción en su situación actual. Las opciones varían entre 4 alternativas muy falso para mí, algo falso para mí, algo verdadero para mí y muy verdadero para mí. Esta escala cuenta con reactivos con calificación directa (4, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48) y con calificación indirecta (1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 16, 19, 20, 25, 27, 28, 29, 33, 36, 44, 45, 49, 50).

No se ha realizado las propiedades psicométricas de este instrumento en el Perú, uno de los objetivos de este estudio fue validarla al aplicarla a pacientes con depresión, realizando la adaptación a nuestra cultura dando mayor importancia a la validez del constructo, luego del análisis estadístico se comprobó la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica el constructo referido. Esta prueba se encuentra anexada en el apéndice C.

3.-Procedimiento.-

Es una investigación que le corresponde un diseño no experimental, transaccional y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Debido a que esta investigación, se realizó sin manipular las variables deliberadamente y se observó el fenómeno como se presentó en su contexto natural indagándose la incidencia y los valores en que se

manifiesta una variable, categorizarla y compararla, proporcionando una visión de sus características en una población. Se coordinó con la oficina de docencia y con los departamentos del Hospital de salud mental, para que autoricen la captación de pacientes que son parte de la muestra. Los pacientes que fueron parte de la muestra firmaron un consentimiento informado. (Consentimiento informado se ubica en el apéndice D).

Para adaptar el instrumento (la escala de Leahy) al tipo de participantes del estudio se aplicó la escala a un grupo piloto conformado por 20 pacientes entre hombres y mujeres. Se realizó la validez lingüística siguiendo la metodología de traducción directa e inversa o traducción-retraducción. Se inició con la traducción de la escala del inglés al español, por una psicóloga de profesión que domina ambos idiomas y tiene como lengua materna el español. Asimismo, se ha realizado nuevamente la conversión al inglés por otro profesional de la salud que domina ambos idioma y esta redacción se ha presentado al autor original (Robert Leahy) quien ha mostrado la aceptación de todos los ítems de la escala. Se realizó la validez de contenido al enviarles a 8 psicólogos especialistas en la terapia cognitivo – conductual, a quienes previamente se les envió una solicitud para ser jueces, cartilla de instrucciones generales y el instrumento con las respectivas preguntas. Realizarón la validez, tomando en cuenta la claridad, congruencia y dominio de constructo de los ítems.

4. Análisis de Datos

Los datos obtenidos en estas mediciones fueron procesados estadísticamente, utilizando el programa SPSS 18.0 para Windows, se eligieron los estadísticos de acuerdo a los propósitos del estudio: para confirmar la validez y confiabilidad de la escala,

estadísticos descriptivos entre ellos frecuencia, media y desviación estándar y estadísticos comparativos para los resultados. Finalmente, se realizó la discusión que incluye conclusiones y recomendaciones.

Capítulo III

RESULTADOS

Se empezará mostrando los resultados de la adaptación lingüística de la Escala de Esquemas Emocionales LEES (Leahy, 2002). Luego, se procederá a exponer los criterios de validez a través de la relación de las dimensiones.

Para el cuestionario LESS, el análisis se realizó mediante la validez de contenido y la validez convergente con la prueba general de depresión (BDI – II).

Finalmente, se presentarán los resultados descriptivos y posteriormente los resultados inferenciales a través de las comparaciones.

Validez lingüística

La validez lingüística se trabajó siguiendo la metodología de traducción directa e inversa (traducción – retraducción). Se realizó la traducción al español por una psicóloga bilingüe que tenía como lengua materna el español. Posteriormente, esta versión traducida, fue nuevamente traducida al inglés por un profesional de la salud cuya lengua nativa era el inglés; esta última versión fue revisada por el autor de la escala de Leahy, quien mostró aceptación con los contenidos de cada uno de los ítems, salvo con el ítem 6 en el que sugirió que se suprima una palabra: I think its ok to cry or yell and let out my feelings (Se puede eliminar “yell”), hecho que no descalificó la traducción hecha del ítem.

Validez de contenido

En cuanto a la validación de contenido por criterio de jueces de la “Escala de esquemas emocionales” de Leahy (LESS), los coeficientes de V de Aiken con una significancia de 0.05, validos si están dentro del rango aceptado para pruebas psicológicas (mayor a 0.80). En la tabla 2 podemos observar la validez de contenido por criterio de jueces. Los coeficientes de validez están dentro del rango aceptados para pruebas psicológicas ($V=0.80$), lo que confirma la validez de cada uno de los ítems.

Tabla 2.-

Coeficientes de Validez

Resultados del coeficiente de validez de V de Aiken en los Esquema emocional de Leahy (LESS)

Esquema Emocional	Ítem	V*
Validación (1)	8	1.00
	16	1.00
	49	1.00
Comprensibilidad (2)	5	0.87
	10	1.00
	33	0.87
	45	0.87
Culpa y vergüenza (3)	4	0.87
	14	1.00
	26	0.87
	31	1.00
Simplicidad vs. Complejidad (4)	18	1.00
	35	1.00
	38	1.00
	47	1.00
Relación con valores elevados (5)	21	0.87
	25	1.00
	42	1.00
Controlabilidad (6)	7	0.87
	27	1.00
	44	1.00
Insensibilidad (7)	15	1.00
	32	0.87
Racionalidad y antiemocionalidad (8)	17	1.00
	30	0.87
	46	1.00
Duración de sentimientos fuertes (9)	13	0.87
	29	0.87
Consenso con otros (10)	3	1.00
	19	1.00
	39	1.00
	41	1.00
Aceptación o inhibición (11)	2	1.00
	9	0.87
	12	0.87
	20	0.87
	28	1.00
	40	1.00
Rumiación vs. Estilo instrumental (12)	1	1.00
	36	1.00
	37	1.00
	48	1.00
Expresión (13)	6	1.00
	23	1.00
Culpar a otros (14)	11	1.00
	34	1.00

*Significancia estadística al 0.05

Validez convergente de la Escala de Esquemas Emocionales LEES

Para los fines del proceso de validación de la prueba LESS, inicialmente se calcularon los promedios de los factores de las variables de estudio. Luego, se procedió a realizar la correlación de Pearson entre el LESS y el BDI - II para comprobar la validez convergente del LESS.

Existe correlación positiva y significativa entre: BDI - II Total con Culpa y vergüenza ($r = ,353, p < .01$); Simplicidad versus Complejidad ($r = ,309, p < .01$) y rumiación versus estilo instrumental ($r = ,485, p < .01$). Asimismo se encontró correlación negativa y significativa entre: BDI Total con Validación ($r = -,462, p < .05$), Comprensión ($r = -,484, p < .05$), relación con los valores más altos ($r = -,277, p < .05$), Controlabilidad ($r = -,447, p < .05$), Consenso con los otros ($r = -,353, p < .05$) y Aceptación o inhibición ($r = -,394, p < .05$). Finalmente, no existe correlación entre el BDI con insensibilidad, racionalidad-antiemocionalidad, duración de los sentimientos fuertes, expresión y culpar a los demás.

Sobre la base de los resultados obtenidos, podemos concluir que el cuestionario LESS cuenta con los parámetros de validez necesarios, replicando lo encontrado por Leahy (2002), resultado que se puede apreciar en la Tabla 3.

Tabla 3

Análisis de la Correlación entre el LESS y el BDI - II.

Comprensión	Culpa y Vergüenza	Simplicidad versus complejidad	Relación con los valores más altos	Control	Insensibilidad	Racionalidad	Duración de los sentimientos fuertes	Consenso con los otros	Aceptación o inhibición	Rumiación versus estilo instrumental	Expresión
,582**	-,201	-,186	,309**	,207	-,177	-,060	-,167	,320**	,296**	-,343**	,135
1	-,498**	-,165	,343**	,567**	-,444**	-,213	-,199	,451**	,581**	-,333**	,046
	1	,238*	-,265*	-,470**	,296**	,209	-,026	-,200	-,623**	,267*	,170
		1	,017	-,413**	,141	,320**	,147	-,314**	-,286*	,329**	,321**
			1	,443**	-,235*	-,058	-,246*	,254*	,240*	-,431**	,081
				1	-,277*	-,263*	-,233*	,433**	,384**	-,414**	-,193
					1	,108	,019	-,186	-,441**	,082	,064
						1	-,018	-,246*	-,311**	,061	,205
							1	-,176	-,016	,117	,035
								1	,249*	-,410**	,129
									1	-,274*	-,068
										1	,059
											1

** . La correlación es significativa al nivel 0,01

*. La correlación es significativa al nivel 0,05

2.-Esquemas emocionales en pacientes con trastorno depresivo

En cuanto a los resultados descriptivos, en la siguiente tabla 4 se aprecia las medias y desviaciones estandar de los 14 esquemas emocionales. Los participantes obtienen una media más alta en el esquema de Aceptación o inhibición (17.09), Rumiación versus estilo instrumental (13.10); y las medias más bajas en los esquemas de insensibilidad (4.90) y Duración de los sentimientos fuertes (5.15).

Tabla 4.-

Datos descriptivos de los esquemas emocionales LESS

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Validación	80	4	12	7,65	1,722
Comprensión	80	4	16	10,29	2,654
Culpa y Vergüenza	80	4	16	11,01	2,179
Simplicidad versus complejidad	80	8	16	12,30	1,996
Relación con los valores más altos	80	5	12	8,87	1,513
Controlabilidad	80	3	12	6,94	2,064
Insensibilidad	80	2	8	4,90	1,318
Recionalidad-antiemocionalidad	80	4	12	8,32	1,826
Duración de los sentimientos fuertes	80	2	8	5,15	1,137
Consenso con los otros	80	4	13	8,21	2,180
Aceptación o inhibición	80	11	23	17,09	2,816
Rumiación versus estilo instrumental	80	9	19	13,10	1,978
Expresión	80	2	8	5,70	1,444
Culpar a los demás	80	2	8	5,75	1,463
N válido (según lista)	80				

En la tabla 5 se pueden observar los resultados del análisis descriptivo con respecto a la frecuencia y porcentaje por cada esquema identificando la ausencia y presencia del esquema en la muestra en general.

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de los esquemas emocionales según la muestra total

		Frecuencia	Porcentaje
Validación	Ausencia del Esquema	38	48%
	Presencia del esquema	42	53%
Comprensión	Ausencia del Esquema	40	50%
	Presencia del esquema	40	50%
Culpa y Vergüenza	Ausencia del Esquema	43	54%
	Presencia del esquema	37	46%
Simplicidad versus complejidad	Ausencia del Esquema	47	59%
	Presencia del esquema	33	41%
Relación con los valores más altos	Ausencia del Esquema	32	40%
	Presencia del esquema	48	60%
Controlabilidad	Ausencia del Esquema	32	40%
	Presencia del esquema	48	60%
Insensibilidad	Ausencia del Esquema	28	35%
	Presencia del esquema	52	65%
Racionalidad y antiemocionalidad	Ausencia del Esquema	40	50%
	Presencia del esquema	40	50%
Duración de los sentimientos fuertes	Ausencia del Esquema	54	68%
	Presencia del esquema	26	33%
Consenso con los otros	Ausencia del Esquema	44	55%
	Presencia del esquema	36	45%
Aceptación o inhibición	Ausencia del Esquema	45	56%
	Presencia del esquema	35	44%
Rumiación versus estilo instrumental	Ausencia del Esquema	50	63%
	Presencia del esquema	30	38%
Expresión	Ausencia del Esquema	36	45%
	Presencia del esquema	44	55%
Culpar a los demás	Ausencia del Esquema	27	34%
	Presencia del esquema	53	66%

En la tabla 6, se identifica la presencia o ausencia de los esquemas emocionales según las cuatro categorías que determina la prueba del BDI - II, para ver según los estadios mínimo, leve, moderado o severo que se tenga en depresión; se encuentra la ausencia o presencia de los esquemas.

Tabla 6
Frecuencia y porcentaje de los esquemas emocionales y categorías del BDI

		BDI II Total (agrupado)							
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Validación	Ausencia del Esquema	2	5%	11	29%	15	39%	10	26%
	Presencia del esquema	12	29%	16	38%	11	26%	3	7%
Comprensión	Ausencia del Esquema	4	10%	12	30%	14	35%	10	25%
	Presencia del esquema	10	25%	15	38%	12	30%	3	8%
Culpa y Vergüenza	Ausencia del Esquema	8	19%	16	37%	14	33%	5	12%
	Presencia del esquema	6	16%	11	30%	12	32%	8	22%
Simplicidad versus complejidad	Ausencia del Esquema	8	17%	20	43%	14	30%	5	11%
	Presencia del esquema	6	18%	7	21%	12	36%	8	24%
Relación con los valores más altos	Ausencia del Esquema	3	9%	9	28%	13	41%	7	22%
	Presencia del esquema	11	23%	18	38%	13	27%	6	13%
Controlabilidad	Ausencia del Esquema	5	16%	7	22%	12	38%	8	25%
	Presencia del esquema	9	19%	20	42%	14	29%	5	10%
Insensibilidad	Ausencia del Esquema	6	21%	10	36%	9	32%	3	11%
	Presencia del esquema	8	15%	17	33%	17	33%	10	19%
Racionalidad y antiemocionalidad	Ausencia del Esquema	6	15%	15	38%	11	28%	8	20%
	Presencia del esquema	8	20%	12	30%	15	38%	5	13%
Duración de los sentimientos fuertes	Ausencia del Esquema	13	24%	18	33%	14	26%	9	17%
	Presencia del esquema	1	4%	9	35%	12	46%	4	15%
Consenso con los otros	Ausencia del Esquema	3	7%	13	30%	19	43%	9	20%
	Presencia del esquema	11	31%	14	39%	7	19%	4	11%
Aceptación o inhibición	Ausencia del Esquema	5	11%	16	36%	16	36%	8	18%
	Presencia del esquema	9	26%	11	31%	10	29%	5	14%
Rumiación versus estilo instrumental	Ausencia del Esquema	11	22%	20	40%	14	28%	5	10%
	Presencia del esquema	3	10%	7	23%	12	40%	8	27%
Expresión	Ausencia del Esquema	7	19%	14	39%	10	28%	5	14%
	Presencia del esquema	7	16%	13	30%	16	36%	8	18%
Culpar a los demás	Ausencia del Esquema	7	26%	7	26%	9	33%	4	15%
	Presencia del esquema	7	13%	20	38%	17	32%	9	17%

3. Comparación de los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos, según género.

Con la finalidad de comprobar el objetivo de investigación se realizó un análisis de comparación de los puntajes obtenidos en los esquemas emocionales en los pacientes depresivos según género. Se empleó el estadístico t de student. Los resultados indican que existen diferencias significativas en los esquemas de Validación ($t = -2,680$, $gl = 78$, $p = .001$), Comprensión ($t = -2,524$, $gl = 78$, $p = .001$) y expresión ($t = -2,036$, $gl = 78$, $p = .001$), siendo las mujeres las que manifiestan una media más alta en estos esquemas a comparación de los varones.

Tabla 7

Comparaciones de los esquemas emocionales en pacientes depresivos según género

		t	gl	Sig. (bilateral)
Validación	Se han asumido varianzas iguales	-2,680	78	,009
	No se han asumido varianzas iguales	-2,889	20,568	,009
Comprensión	Se han asumido varianzas iguales	-2,524	78	,014
	No se han asumido varianzas iguales	-2,874	22,078	,009
Culpa y Vergüenza	Se han asumido varianzas iguales	1,195	78	,236
	No se han asumido varianzas iguales	1,414	23,312	,171
Simplicidad versus complejidad	Se han asumido varianzas iguales	-,469	78	,640
	No se han asumido varianzas iguales	-,415	16,982	,684

Relación con los valores mas altos	Se han asumido varianzas iguales	-1,220	78	,226
	No se han asumido varianzas iguales	-1,617	28,428	,117
Controlabilidad	Se han asumido varianzas iguales	-1,306	78	,195
	No se han asumido varianzas iguales	-1,367	19,871	,187
Insensibilidad	Se han asumido varianzas iguales	1,671	78	,099
	No se han asumido varianzas iguales	1,691	19,158	,107
Racionalidad-abtciemocionalidad	Se han asumido varianzas iguales	-,409	78	,684
	No se han asumido varianzas iguales	-,395	18,319	,697
Duración de los sentimientos fuertes	Se han asumido varianzas iguales	,489	78	,626
	No se han asumido varianzas iguales	,515	20,017	,612
Consenso con los otros	Se han asumido varianzas iguales	,406	78	,686
	No se han asumido varianzas iguales	,357	16,932	,725
Aceptación o inhibición	Se han asumido varianzas iguales	-,544	78	,588
	No se han asumido varianzas iguales	-,622	22,226	,540
Rumiación versus estilo instrumental	Se han asumido varianzas iguales	-,503	78	,616
	No se han asumido varianzas iguales	-,776	40,716	,442
Expresión	Se han asumido varianzas iguales	-2,036	78	,045
	No se han asumido varianzas iguales	-2,175	20,343	,042
Culpar a los demás	Se han asumido varianzas iguales	1,521	78	,132
	No se han asumido varianzas iguales	1,631	20,430	,118

4.-Comparación de los esquemas emocionales que se presentan en un grupo de pacientes depresivos, según edad

A fin de comprobar el objetivo de investigación se realizó un análisis de comparación de los puntajes obtenidos en los esquemas emocionales en los pacientes depresivos según edad. Para tal fin, se emplea el estadístico t de student. Los resultados indican que no existen diferencias significativas según edad.

Tabla 8

Comparaciones de los esquemas emocionales en pacientes depresivos según edad

		t	gl	Sig. (bilateral)
Validación	Se han asumido varianzas iguales	-,117	78	,907
	No se han asumido varianzas iguales	-,119	74,893	,905
Comprensión	Se han asumido varianzas iguales	-,699	78	,487
	No se han asumido varianzas iguales	-,695	69,981	,489
Culpa y Verguenza	Se han asumido varianzas iguales	1,510	78	,135
	No se han asumido varianzas iguales	1,429	54,995	,159
Simplicidad versus complejidad	Se han asumido varianzas iguales	,587	78	,559
	No se han asumido varianzas iguales	,578	66,974	,565
Relación con los valores mas altos	Se han asumido varianzas iguales	-,633	78	,529
	No se han asumido varianzas iguales	-,642	74,590	,523
Controlabilidad	Se han asumido varianzas iguales	-1,223	78	,225
	No se han asumido varianzas iguales	-1,229	72,493	,223

Insensibilidad	Se han asumido varianzas iguales	-.926	78	,357
	No se han asumido varianzas iguales	-.904	64,541	,369
Racionalidad- antiemocionalidad	Se han asumido varianzas iguales	-.610	78	,543
	No se han asumido varianzas iguales	-.617	73,736	,539
Duración de los sentimientos fuertes	Se han asumido varianzas iguales	1,627	78	,108
	No se han asumido varianzas iguales	1,687	77,689	,096
Consenso con los otros	Se han asumido varianzas iguales	-.909	78	,366
	No se han asumido varianzas iguales	-.897	67,272	,373
Aceptación o inhibición	Se han asumido varianzas iguales	-.002	78	,998
	No se han asumido varianzas iguales	-.002	61,191	,998
Rumiación versus estilo instrumental	Se han asumido varianzas iguales	-1,569	78	,121
	No se han asumido varianzas iguales	-1,532	64,370	,130
Expresión	Se han asumido varianzas iguales	1,066	78	,290
	No se han asumido varianzas iguales	1,010	55,287	,317
Culpar a los demás	Se han asumido varianzas iguales	1,803	78	,075
	No se han asumido varianzas iguales	1,791	69,408	,078

Análisis de la consistencia interna y confiabilidad de la escala de esquemas emocionales de Leahy (LESS).

Para el análisis de la confiabilidad se utilizó el estadístico del Alfa de Crombach. En la Tabla No 9, se muestran los resultados obtenidos. Los esquemas que puntúan con mayor confiabilidad son Comprensibilidad y Control.

Tabla No 9

Análisis de la consistencia interna y confiabilidad de la escala de esquemas emocionales de Leahy (LESS).

validación	,356
comprensibilidad	,641
culpabilidad	,486
visión simple de las emociones	,515
valores	,056
control	,610
insensibilidad	,171
racional	,505
duración	-,467
consenso	,493
aceptar	,444
rumiación	,297
expresión	,396
culpar	,516

Capítulo IV

DISCUSION

De acuerdo con los análisis realizados, en cuanto a los resultados descriptivos, Los participantes obtienen una media más alta en el esquema de Aceptación o inhibición, Rumiación y las medias más bajas en los esquemas de insensibilidad y Duración de los sentimientos fuertes (ver tabla 4). Hay presencia de los catorce esquemas en la muestra seleccionada (ver tabla tabla 5). Asimismo la presencia de estos esquemas y los indicadores depresivos en niveles de mínimo y leve están más relacionados a esquemas como son validación, comprensión de la emociones, relación con valores elevados. Los indicadores en depresión moderada y severa se presentan en mayor frecuencia los esquemas de rumiación, visión simple de las emociones y culpa (ver tabla 6). Esto corrobora y nos permite identificar con mayor detalle cómo actúan estos esquemas según el nivel depresivo presentado en el grupo evaluado. Puede señalarse que la escala de esquemas emocionales de Leahy (LESS). Posee los parámetros de validez necesarios para medir los esquemas emocionales en grupos similares a la muestra estudiada, dado que se observan resultados concordantes con los teóricamente esperados. Estos esquemas reflejan la importancia del procesamiento cognitivo en el tratamiento de la depresión y ansiedad. Leahy (2002).

Este presente trabajo encuentra que existe una correlación positiva y significativa entre el BDI - II Total con los esquemas de culpa y vergüenza de las emociones, visión simple de las emociones y rumiación de la escala LESS. Asimismo existe correlación negativa y significativa entre el BDI total con los esquemas de validación, comprensión, relación con los valores más altos, controlabilidad, consenso con los otros y aceptación o inhibición (ver tabla 3). Es decir son inversamente proporcionales, a mayor BDI menor en los esquemas

mencionados del LESS. Esto replica lo encontrado por Leahy (2002), quien brinda un soporte empírico para la relación entre creencias maladaptativas acerca de las emociones y la psicopatología, correlacionó los puntajes del LESS con el inventario de depresión de Beck, identificó que mayores niveles de depresión estaban asociados con sentimientos de culpa respecto a las emociones, la creencia que las emociones no eran comprensibles y las percepciones de que las emociones implicarían una pérdida de autocontrol, que estas tendría una larga duración, que no se encuentra en consenso con las emociones de los demás y que presenta un esquema rumiativo de sus pensamientos. Se observa que en ambos trabajos los esquemas de culpa sobre las emociones, rumiación, la incompreensión de las emociones, la incontrolabilidad y la falta de consenso, están fuertemente relacionados con niveles altos de depresión. La escala LESS de esquemas emocionales ha sido correlacionada de forma directa con la baja flexibilidad psicológica identificándose la invalidación, la falta de consenso, la culpa, la falta de los valores más altos y la incompreensibilidad de las emociones (Leahy, Tirch, & Melwani, 2012).

Los resultados de la investigación indican que los pacientes depresivos presentan esquemas de culpa al experimentar las emociones de tristeza, así mismo no comprenden y tratan de evitar esta emoción teniendo una visión simple de estas. Ya Linehan (1993) en su terapia dialéctica menciona que la capacidad para coordinar sentimientos conflictivos es un logro esencial en el propio sistema tal que la falla en esta coordinación podría resultar en un estado de ánimo volátil (Leahy 2002). Al tener culpa y vergüenza y una visión simple de las emociones la persona no se conecta con los valores que podrían estar significando algunas reacciones que experimenta, tampoco lograr una comprensión de sus emociones tratando solo de invalidarlas esto contribuye a la evitación de las emociones y por lo tanto estrategias de afronte inadecuadas ante lo que experimentan. El aprendizaje sobre las

emociones la importancia de estos o el desinterés percibido por sus necesidades han podido contribuir al hecho de ver las emociones como simples. Los padres pueden facilitar o inhibir el desarrollo de reglas apropiadas de demostración de las emociones, el conocimiento de las emociones conflictivas o ambivalentes y la regulación de las emociones. El temperamento innato (p.e, la predisposición hacia la inhibición o hacia una alta activación) también puede determinar el derrotero de la socialización emocional (Kagan, 1992, citado por Manrique, 2006).

La rumiación se encuentra muy bien documentada en los trastornos ansiosos y depresivos como un estilo de pensamiento que perturba. Nolen-Hoeksema (2000) y Papageourgiu y Wells (2001) han demostrado que la rumiación está relacionado a una gran depresión y ansiedad, con frecuencia creen que su preocupación y rumiación los prepara para lo peor y los ayuda a encontrar una solución a sus problemas.(Leahy 2002).

La evidencia sugiere que la preocupación pueden tener un efecto negativo sobre el procesamiento emocional que sigue al estrés y al trauma (Butler, Wells & Dewick, 1995; Wells & Papageorgiou, 1995). Más generalmente, breves periodos de preocupación parecen estar asociados con un incremento en la intrusión de pensamientos (Borkovec, Robinson, Prozinsky & DePree, 1983, citado por Wells 2004).

La preocupación contribuye con los pensamientos intrusivos, y la perseveración es problemática porque focaliza la atención en la información negativa y niega la consolidación de información positiva necesaria para el cambio de creencias. Como sugiere la evidencia empírica, esto parece llevar a una amplificación de las respuestas de estrés bajo ciertas circunstancias (Wells, 2004).

En los modelos de vulnerabilidad cognitiva de la depresión la rumiación se ha planteado que las diferencias individuales en las respuestas cognitivas a los estados de ánimo pueden determinar si estos inician una escalada hacia desordenes clínicos más severos y crónicos. Por ejemplo, se ha sugerido que una vez que se ha establecido un estado de ánimo disfórico, puede ser mantenido y exacerbado por sesgos congruentes con el estado de ánimo en la memoria y la atención (Segale e Ingran 1994, citado por Manrique 2003). De manera particular, hay una creciente evidencia de que el neuroticismo está asociado con un riesgo para la disforia y la depresión clínica, y que el estilo rumiativos puede explicar el efecto del género y del neuroticismo en la vulnerabilidad para los episodios de disforia (Roberts, Gilboa & Gotlib, 1998, citado por Manrique 2003).

Asimismo, se encontró correlación negativa y significativa entre: BDI Total con validación, comprensión, relación con los valores más altos, controlabilidad, consenso con los otros y aceptación o inhibición. Esto quiere decir que mientras el paciente más valide sus emociones como algo que puede experimentar, acepte y no la niegue, comprenda y lo relacione con los valores que presenta, entienda que otras personas también pasan por su misma experiencia emocional creará mayor sentido y replantear sus estados emocionales. Por eso vemos que los esquemas arriba mencionados están siendo correlacionados de forma negativa con los estados depresivos. La experiencia de la emoción, la empatía y la validación son claves durante las primeras etapas del proceso terapéutico (Greenberg et al., 2000).

El consenso de lo que le sucede de las emociones son bases en proceso de intervención terapéutica, una de los aspectos básicos es proveer soporte y se trata de hacer

sentir que las respuestas del cliente ante las crisis son las más entendibles dadas la situación utilizar la palabra “común” para describir dichas reacciones haciendo hincapié en que otros también actúan así, buscando consenso. (James & Gilliland 2013)

Asimismo Leahy (2002) propone que las emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la soledad, son experiencias universales pero que las diferencias individuales en la conceptualización de ellas y en las estrategias de respuesta, van a determinar lo problemático que lleguen a ser estas experiencias emocionales.

Muchos pacientes pueden interpretar que no tienen que presentar ningún tipo de emoción negativa y este error los lleva a no entender sus emociones y los significados que pueden lograr al clarificar la función de sus emociones. Mientras más validación menos niveles depresógenos se entiende que la aceptación es un recurso importante en la conceptualización de las emociones y cualquier estrategia que invalide sería contraproducente para las estrategias de afrontamiento.

La tercera senda entraña ver a las emociones como incomprensibles, avergonzantes, no similares a las que otros tienen y que requieren a una simplificación. Estas interpretaciones negativas también contribuyen a la rumiación, la preocupación y a prolongación o escalada de los sentimientos negativos (Leahy, 2003).

Es importante que los pacientes también identifiquen sus valores, en el proceso de conceptualizar sus emociones la evitación cognitiva puede ver las emociones como incomprensibles, sin embargo el replanteo de estas dándoles un sentido de valor permite aceptar y validar estas emociones.

Muchas de las emociones son el resultado de evaluaciones automáticas que hacemos sobre el significado de las situaciones en relación a nuestro bienestar. Son el resultado de nuestras valoraciones acerca de la relevancia que las situaciones tienen, en función de aquello que nos interesa (Fridja 1986, citado por Greenberg, 2000).

El énfasis en los valores superiores podría ser derivado desde un modelo cognitivo existencial del procesamiento emocional, tal como Víctor Frank, quien visualizó las experiencias evocativas emocionales como un potencial de apertura dentro de la clarificación de valores (Leahy 2002).

Leahy, Tirch, & Melwani,(2012). En su investigación sobre flexibilidad psicológica, aversión al riesgo y depresión encuentran que los participantes que estuvieron mejor en Flexibilidad Psicológica fueron más propensos a experimentar validación experiencial, vieron sus emociones con sentido, tuvieron menos culpa acerca de sus emociones, tuvieron un mejor sentido de control, pensaron que sus emociones eran similares a la de otros, y fueron menos propensos a rumiar. De tal manera, como predictor, las Creencias Negativas específicas acerca de emociones estuvieron relacionadas con la evitación experiencial. Así mismo en esa misma investigación apoyan un modelo de esquema emocional en el que la validación normaliza el ánimo depresivo y reduce la vergüenza o culpa en la emoción.

Los resultados indican que existen diferencias significativas en los esquemas de Validación, Comprensión y expresión, siendo las mujeres las que manifiestan una media más alta en estos esquemas a comparación de los varones.

El deseo por experimentar y expresar sentimientos, reflejan una aceptación de que las emociones son importantes y que pueden ampliar posiblemente cambios o entendimientos. Sin embargo, los individuos difieren considerablemente en este aspecto. El modelo cognitivo no enfatiza la expresión como un factor en la reducción de la depresión o ansiedad, sin embargo los modelos enfocados en la catarsis y la emoción enfatizan la importancia de la expresión en reducir de manera negativa los afectos y, en el caso de la teoría enfocada en la emoción, incrementar la comprensión y la aceptación. (Leahy 2002).

La expresión de las emociones es algo que se busca en las intervenciones terapéuticas porque permite entender y clarificar los procesamientos emocionales que presentan los pacientes, son estrategias básicas de intervención en crisis permitir catarsis. (James & Gilliland, 2013).

Podríamos inferir que en esta muestra de pacientes la expresión de las emociones han sido parte de un repertorio de respuesta de mayor aceptación y validación en cuanto a su conceptualización en el género femenino en comparación con el género masculino, esto resulta interesante en el contexto de investigar cómo se comporta estos esquemas en poblaciones no clínicas observando los esquemas característicos en función del género. El entendimiento de las emociones está en comprender las funciones de las emociones algo importante a desarrollar para lograr mayor comprensión de las emociones. Así el miedo establece que la meta es escapar, y nos prepara para huir, enfado tiene que ver con superar obstáculos, y nos prepara para atacar, las metas que se persiguen están profundamente relacionadas con la regulación de nuestros vínculos sociales. Sentirnos felices y amorosos, por ejemplo, nos prepara para la cooperación; la tristeza para la retirada o la búsqueda de

ayuda; el enfado para establecer los límites. En segundo lugar, las emociones establecen las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que convierte al afecto en un determinante crucial de la conducta humana (Fridja, 1986; Oatley y Jenkins, 1992, citado por Greenberg, 2000).

Así también no se encuentran diferencias significativas según edad en los esquemas emocionales mostrándonos que la edad no es una variable que marque diferencias en los esquemas presentes.

Los esquemas que puntúan con mayor confiabilidad son Comprensibilidad y Control. De acuerdo a lo planteado por Mezulis et al. (2004), se consideran aceptables los coeficientes de confiabilidad con valores desde .50,

CONCLUSIONES

Con la investigación realizada se adapta al español la prueba de esquemas emocionales de Leahy (LESS), siendo relevante para su uso en poblaciones con el mismo idioma, asimismo se podrá explorar los esquemas emocionales en la población clínica, ya que presentan características similares en sus respuestas cognitivas, afectivas, comportamentales. De por si estos resultados marcan una pauta evaluativa e interventiva que contribuye con el modelo cognitivo-conductual, enriqueciendo el marco teórico y empírico de las creencias con respecto a las emociones.

Evaluativa, porque permite explorar esquemas emocionales que están relacionados a la depresión, siendo una línea de exploración en las entrevistas iniciales y en la conceptualización de los casos.

Interventiva porque según los esquemas identificados, las estrategias conductuales-cognitivas y/o experienciales permitirán corregir los mismos y desarrollar recursos afrontativos que mejoren el procesamiento emocional.

Esta prueba, con su validez contribuye con el soporte empírico de la relación entre los esquemas emocionales y la psicopatología.

Queda la oportunidad de realizar otros trabajos de investigación que permitan estudiar esta variable con diversas muestras clínicas y grupos poblaciones. Ya que es un tópico de importancia en el quehacer psicológico, tanto en el nivel preventivo como en el psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Alloy, L. & Riskind, J. (2009). *Cognitive Vulnerability to emotional disorders*. Hillsdale: Erlbaum
- Beck A.; Rush, F.; Shaw, B.& Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (16va ed.). Biblioteca de Psicología. Editorial Descleé de Brouwer.
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 1. Madrid, España: Mc Graw Hill interamericana.
- Brenlla, M. & Rodriguez, C. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Buela – Casal, G. (2001). En Sierra, J. (Ed.). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.Pag 274-278.
- Caballo V. (1997). *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1.-Trastornos de ansiedad, sexuales afectivos y psicóticos*. Siglo XXI de España Editores S. A. Madrid. Pag 514-515.
- Carranza, R. (2011). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Para Universitarios de Lima*. Recuperado el 20 de Abril del 2013 de <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/103/CSS10Articulo.pdf?sequence=1>

- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial médica panamericana
- Gálvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitiva conductual. *Medicina natural*, 3 (1) 10-16. Recuperado el 15 de enero del 2013 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=36511935&lang=es&site=ehost-live>
- Greenberg, L.; Rice, L. & Elliot, R. (1996). *Facilitando el Cambio Emocional*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (2000). *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- Gottman, J.; Katz, & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10 (3), 243 - 268.
- Freeman, A. & Oster, C. (1997) Terapia cognitiva de la depresión. En Caballo (Eds.). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1 (pp. 543 - 574). Madrid: Siglo veintiuno editores.
- Hernández, C., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (4a. Ed.). México .D.F: Mc Graw-Hill.

Instituto especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002).

Estudio epistemológico metropolitano en salud mental. Informe general. Lima: IESM
HD-HN

James, R. & Gilliland, B. (2013). *Crisis Intervention Strategies*. Belmont: Brooks/Cole
Cengage Learning.

Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice* 9,
177-190.

Leahy, R. (2003a). Emotional schemas and resistance. En Leahy (Ed.) *Roadbooks in
Cognitive_behaviorial Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for
Changes*. (pp. 91 -115) New York: The Guilford Press.

Leahy, R. (2003b). *Cognitive Therapy Techniques. A practitioner's guide*. New York: The
Guilford Press.

Leahy, R. (2006) *Meta-Cognition and Meta-Emotion in Worry*. Miami: ADAA 26th
Annual Conference.

Leahy, R. (2007). Emotional Schemas and resistance to change in anxiety
disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 14, 36 - 45

Leahy, R. & Kaplan, D. (2004). *Emotional schemas and relationship for depression and
anxiety disorders*. New York: Guilford Press

Leahy, R.; Tirsch, D. & Melwani, P. (2012). Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5 (4), 362 – 379.

Lega, L.; Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual*. Madrid: Siglo XXI

Manrique, E. (2003). Antecedentes tempranos y Modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán”*4 (2), 43-62

Manrique, E. & Aguado, H. (2006). Esquemas Emocionales, Evitación Emocional y Proceso de Cambio en Terapia Cognitiva-Conductual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán”*7 (1), 362 - 379

Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S. & Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130(5), 711-747.

Ministerio de salud (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: Perú

Reeve, J.(1994).*Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.

Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Thompson, K (2002). Depresión y discapacidad. Recuperado el 04 de Marzo del 2011 de <http://www.fpg.unc.edu/~ncodh/pdfs/spanishdepression.pdf>

Vásquez, C.; Hernán, L. & Hervas, G. (2008). Modelos Cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. J.L Vásquez-Barquero (Ed). Las fases Tempranas de los Trastornos Depresivos. Barcelona, España.

Valeno, O. (2001). *La depresión como problema de salud pública*. (Monografía inédita de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Vara, A. (2006) *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Lima: Asociación por la defensa de las minorías

Wells, A. (2004). Anxiety Disorders: Metacognition and Change. *En Leahy (Ed.), Roadblocks in Cognitive-behavioral Therapy*. Nueva York:Guilford.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Habana: Editorial Ciencias Médicas

APENDICES

A.- FICHA SOCIODEMOGRAFICA

No _____

En los siguientes cuestionarios no hay respuestas correctas e incorrectas.

Antes, le pedimos que complete los datos que siguen. Muchas gracias por su colaboración.

1. Edad: _____

2. Lugar de Nacimiento: _____

3.- Tiempo de Residencia en Lima: _____

4.- Distrito de residencia: _____

5.- Sexo: (indique lo que corresponda con un X)

Masculino _____

Femenino: _____

Soltero/a _____

Casado/ a : _____

Separado _____

Divorciado/a: _____

Viudo/a _____

Conviviente: _____

No de hijos _____

6.-Estudios realizados: (indique lo que corresponda con un X)

primaria _____

secundaria _____

técnicos _____

Universitarios _____

Estudios de Maestria o Post Grado _____

7.-Situación Laboral: (indique lo que corresponda con una X)

Activo: _____

Ama de casa: _____

Jubilado: _____

Desempleado: _____

8.-Tiempo de su enfermedad: (indique lo que corresponda con una X)

0 a 2 semanas: _____

De 2 semanas a 6 meses: _____

De 6 meses a 1 año: _____

Mas de 1 año: _____

Recibe terapia Psicológica?:

Si ()

No ()

B.-INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (SEGUNDA EDICIÓN) – BDI II
(Adaptación: Brenlla, 2006)

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía hacerlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
---	--

- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.



Continúa atrás

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesando que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambio en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambio en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p>
---	---

<p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	--

C.- ESCALA DE ESQUEMAS EMOCIONALES DE LEAHY (LESS)

Adaptada al castellano

Estamos interesados en conocer cómo usted maneja sus emociones o sentimientos por ejemplo, cómo maneja sus sentimientos de cólera, tristeza, ansiedad, o sentimientos respecto a la sexualidad.

Todos nos diferenciamos en cómo manejamos estos sentimientos; por lo tanto, no existen respuestas correctas e incorrectas. Por favor lea con cuidado cada una de las oraciones o enunciados con sus respectivas respuestas, empleando el uso de la escala dada más abajo, considerando cómo usted ha manejado sus sentimientos en el último mes. Marque con una (X) la alternativa elegida.

Escala:

- 1 = Muy falso para mí.
- 2 = Algo falso para mí.
- 3 = Algo verdadero para mí.
- 4 = Muy verdadero para mí.

Preguntas	Muy falso para mí	Algo falso para mí	Algo Verdadero para mí	Muy Verdadero para mí
1. Cuando me desanimo, trato de pensar sobre una forma diferente de ver las cosas.				
2. Cuando tengo un sentimiento que me molesta, intento pensar en por qué éste no es importante.				
3. A menudo pienso que yo respondo con sentimientos que otras personas no tendrían.				
4. Algunos sentimientos son negativos de tener.				
5. Existen emociones acerca de mí que simplemente no entiendo.				
6. Creo que es importante permitirme que lllore a fin de dejar “fuera” mis sentimientos.				
7. Si me permitiera tener algunos de mis sentimientos, temo que perdería el control.				
8. Otros entienden y aceptan mis sentimientos.				
9. No puedes permitirte tener ciertos tipos de sentimientos –como sentimientos sobre sexo o violencia.				
10. Mis sentimientos no tienen sentido para mí.				
11.-Si otras personas cambiaran, yo me sentiría mucho mejor.				
12.-Pienso que hay sentimientos que tengo, de los cuales no soy muy consciente.				

13.-A veces temo que si me permito tener un sentimiento fuerte, éste no se iría.				
14.-Siento vergüenza de mis sentimientos.				
15.-Cosas que molestan a otras personas, a mí no me molestan.				
16.-Nadie se preocupa por mis sentimientos.				
17.-Es importante para mí ser razonable y práctico(a), más que ser sensible y abierto(a) a mis sentimientos.				
18.-No puedo soportar cuando tengo sentimientos contradictorios –como gusto y disgusto por la misma persona.				
19.-Soy mucho más sensible que otras personas.				
20.-Intento de librarme de un sentimiento desagradable inmediatamente.				
21.-Cuando me desanimo, trato de pensar en cosas más importantes en la vida- aquellas que yo valoro.				
22.-Siento que puedo expresar mis sentimientos abiertamente.				
23.-A menudo me digo, “¿Qué hay de malo en mí?”				
24.-Pienso de mi mismo(a) como una persona superficial.				
25.-Quiero que la gente crea que soy diferente de la manera que verdaderamente siento.				
26.-Me preocupa que no voy a ser capaz de controlar mis sentimientos.				
27.-Tienes que protegerte de tener ciertos sentimientos.				
28.-Sentimientos fuertes solo me duran por un breve periodo de tiempo.				
29.-No se puede confiar en tus sentimientos para que te digan lo que es bueno para ti.				
30.-No debería tener algunos de los sentimientos que tengo.				
31.-Con frecuencia me siento “adormecer” emocionalmente –como si no tuviera sentimientos.				
32.-Pienso que mis sentimientos son extraños o raros.				
33.-Otras personas provocan que tenga sentimientos desagradables.				
34.-Cuando tengo sentimientos en conflicto por alguien, me molesto o confundo.				
35.-Cuando tengo un sentimiento que me molesta, trato de pensar en otra cosa o trato de hacer algo distinto.				

36.-Cuando me desanimo, me detengo y pienso sobre cuán mal me siento.				
37.-Me gusta tener absolutamente claro lo que siento por alguien.				
38.-Toda persona tiene sentimientos como los míos.				
39.-Yo acepto mis sentimientos.				
40.-Creo que tengo los mismos sentimientos que otras personas tienen.				
41.-Existen valores elevados a los cuales aspiro.				
42.-Me preocupa que si tuviese ciertos sentimientos, yo podría volverme loco(a).				
43.-Mis sentimientos parecen venir de ninguna parte.				
44.-Creo que es importante ser racional y lógico en casi todo.				
45.-Me gusta tener absolutamente claro lo que siento por mí mismo(a).				
46.-Me enfoco mucho en mis emociones o mis sensaciones físicas.				
47.-No quiero que nadie conozca sobre algunos de mis sentimientos.				
48.-No quiero tener que reconocer que tengo ciertos sentimientos –sin embargo, yo sé que los tengo.				

D.-HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Ud. Esta siendo invitado a participar de una investigación sobre las características de los pensamientos sobre las emociones. Esta investigación es realizada por el estudiante de la maestría de la USMP psicólogo Paul Brocca Alvarado.

Si usted decide aceptar, se solicitará contestar dos cuestionarios, referidos a la manera como se siente habitualmente.

Los derechos que cuenta como participante incluyen:

ANONIMATO: TODOS LOS DATOS QUE USTED OFREZCA SON

ABSOLUTAMENTE ANÓNIMOS, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

INTEGRIDAD: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: tiene el derecho de abstenerse a participar o incluso de retirarse de estas evaluación cuando lo considere conveniente.

En función de lo leído:

Desea participar de la investigación?

Si_____

No_____

E.-Emotional Schema Questionnaire (LESS)

We are interested in how you deal with your feelings or emotions--for example, how you deal with feelings of anger, sadness, anxiety, or sexual feelings. We all differ in how we deal with these feelings, so there are no right or wrong answers. Please read each sentence carefully and answer each sentence, using the scale below, as to how you deal with your feelings during the past month. Put the number of your response next to the sentence.

Scale:

- 1 = very untrue of me
- 2 = somewhat untrue of me
- 3 = slightly untrue of me
- 4 = slightly true of me
- 5 = somewhat true of me
- 6 = very true of me

- 1----When I feel down, I try to think about a different way to view things.
- 2--- When I have a feeling that bothers me, I try to think of why it is not important.
- 3__ I often think that I respond with feelings that others would not have.
- 4__ Some feelings are wrong to have.
- 5__ There are things about myself that I just don't understand.
- 6__ I believe that it is important to let myself cry in order to get my feelings "out."
- 7__ If I let myself have some of these feelings, I fear I will lose control.
- 8__ Others understand and accept my feelings.
- 9__ You can't allow yourself to have certain kinds of feelings - - like feelings about sex or violence.
- 10---My feelings don't make sense to me.
- 11__ If other people changed, I would feel a lot better.
- 12---I think that there are feelings that I have that I am not really aware of.
- 13__ I sometimes fear that if I allowed myself to have a strong feeling, it would not go away.
- 14__ I feel ashamed of my feelings.
- 15__ Things that bother other people don't bother me.
- 16__ No one really cares about my feelings.
- 17__ It is important for me to be reasonable and practical rather than sensitive and open to my feelings.
- 18__ I can't stand it when I have contradictory feelings - - like liking and disliking the same person.
- 19__ I am much more sensitive than other people.
- 20__ I try to get rid of an unpleasant feeling immediately.
- 21__ When I feel down, I try to think of the more important things in life--what I value.
- 22__ When I feel down or sad, I question my values.
- 23__ I feel that I can express my feelings openly.
- 24__ I often say to myself, "What's wrong with me?"
- 25__ I think of myself as a shallow person.
- 26__ I want people to believe that I am different from the way I truly feel.

- 27__ I worry that I won't be able to control my feelings.
- 28__ You have to guard against having certain feelings.
- 29__ Strong feelings only last a short period of time.
- 30__ You can't rely on your feelings to tell you what is good for you.
- 31__ I shouldn't have some of the feelings that I have.
- 32---I often feel "numb" emotionally--like I have no feelings.
- 33__ I think that my feelings are strange or weird.
- 34__ Other people cause me to have unpleasant feelings.
- 35__ When I have conflicting feelings about someone, I get upset or confused.
- 36__ When I have a feeling that bothers me I try to think of something else to think about or to do.
- 37__ When I feel down, I sit by myself and think a lot about how bad I feel.
- 38__ I like being absolutely definite about the way I feel about *someone else*.
- 39__ Everyone has feelings like mine.
- 40__ I accept my feelings.
- 41__ I think that I have the same feelings that other people have.
- 42---There are higher values that I aspire to.
- 43__ I think that my feelings now have *nothing* to do with how I was brought up.
- 44__ I worry that if I have certain feelings I might go crazy.
- 45__ My feelings seem to come out of nowhere.
- 46__ I think it is important to be rational and logical in almost everything.
- 47__ I like being absolutely definite about the way I feel about *myself*.
- 48__ I focus a lot on my feelings or my physical sensations.
- 49__ I don't want anyone to know about some of my feelings.
- 50__ I don't want to admit to having certain feelings--but I know that I have them.