



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado

Autor: Oscar Nievas

Tutor: Dra. Victoria Gradín

Título: “Síntomas depresivos en estudiantes universitarios y su relación con esquemas tempranos desadaptativos y actitudes disfuncionales”.

Montevideo, Uruguay
29 de julio de 2016

Síntomas depresivos en estudiantes universitarios y su relación con esquemas tempranos desadaptativos y actitudes disfuncionales

Resumen: La depresión es un problema que afecta de manera creciente a la población mundial con graves consecuencias sanitarias. El modelo cognitivo es el más usado para entender y explicar la depresión. El modelo cognitivo de la depresión, plantea que en la génesis de los síntomas depresivos se encuentran los esquemas tempranos desadaptativos y las actitudes disfuncionales. El propósito de este trabajo fue investigar la relación de los síntomas depresivos con las actitudes disfuncionales y con los esquemas tempranos desadaptativos, en estudiantes universitarios de la UdelaR. Los estudiantes que se interesaron en la investigación respondieron online cuestionarios auto administrados para medir, esquemas tempranos desadaptativos (YSQ-SF), actitudes disfuncionales (DAS) y síntomas depresivos (BDI-II). De todos los estudiantes que respondieron los cuestionarios un 40% presentaron síntomas depresivos de acuerdo al puntaje obtenido en el inventario de depresión de Beck (BDI-II). El análisis de datos muestra que los síntomas depresivos correlacionan positiva y significativamente con los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ-SF) y con las actitudes disfuncionales (DAS), lo cual está de acuerdo a lo esperado, según el modelo cognitivo de la depresión. Se observó además, una activación significativamente mayor en 12 de los 15 esquemas tempranos desadaptativos de Young (YSQ-SF), en los individuos que presentan síntomas depresivos, en comparación con los que no presentan síntomas depresivos. Los resultados de esta investigación representan una primera aproximación en nuestro país para intentar relacionar los síntomas depresivos con estilos cognitivos, en el marco del modelo cognitivo de la depresión.

Palabras clave: síntomas depresivos, modelo cognitivo, estudiantes universitarios.

Introducción

La depresión mayor es un trastorno frecuente en todo el mundo, su prevalencia de vida se sitúa entre un 8% y un 12% (OMS, 2012). Afecta aproximadamente a unos 350 millones de personas, este número se incrementa día a día y puede convertirse en un problema sanitario grave a nivel mundial (OMS, 2016). Las repercusiones sanitarias y sociales de la depresión son muy importantes. La Organización Mundial de la Salud, considera que ya es la principal causa de incapacidad a nivel mundial. (OMS, 2016). En el mundo causa, junto con la ansiedad y el estrés, tantas o más muertes que el cáncer y el sida (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

El episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día (también puede ser irritable en algunos casos), casi cada día, según lo indica el propio sujeto y/o disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades (anhedonia) (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Además, por lo menos 5 de los siguientes síntomas asociados: pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes en torno a la muerte, intención, planificación o intento de suicidio. Cuando la depresión es de larga duración y de intensidad moderada a grave, puede generar sufrimiento y en el peor de los casos puede llevar al suicidio (OMS, 2016).

Se considera que esta patología es la causa del 64 % de los suicidios y que un 15 % de pacientes con un episodio depresivo mayor severo, comete suicidio (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). Es importante recordar que Uruguay, ocupa el primer lugar en el índice de suicidios en América Latina con un 17.7 de suicidios cada 100.000 habitantes, siendo el grupo de adultos jóvenes (15 a 35 años) el que ha experimentado un crecimiento mayor (González, 2014).

En Uruguay, una encuesta realizada en 2008 plantea que el 15% de la población sufre trastorno depresivo mayor y el 26% reporta síntomas depresivos (Prechac, Rocha, Silveira, Ormaechea y Pérez, 2013). De quienes sufren depresión mayor, el 18% son mujeres y el 11% hombres (Almada, Miraballes y Agrafojo, 2014). Según un estudio realizado en el período 1999-2000 en el Hospital de Clínicas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (Udelar), la depresión era la patología mental más frecuentemente tratada (Almada, Miraballes y Agrafojo, 2014).

La depresión constituye uno de los primeros motivos de consulta psicológica de los universitarios a nivel mundial (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). Los estudiantes universitarios se encuentran atravesando un momento crítico, donde acontece la incorporación a un mundo nuevo social, pleno de incertidumbres, ansiedades y dificultades (Medrano y Olaz, 2008). Los estudiantes constituyen un grupo especialmente vulnerable a los síntomas depresivos.

Al respecto podemos citar una revisión internacional de 24 artículos seleccionados, publicados entre 1990 y 2010 sobre síntomas depresivos en estudiantes universitarios de Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook (2013), la cual, reportó una media en la prevalencia de los síntomas depresivos de 30.6%, la revisión incluía investigaciones que mostraban una incidencia que iba desde un 10% en Macedonia, a un 85% en USA, pasando por valores de 12.9% en Suecia, 26.8 % en Corea, 34% en Canadá, 52.7% en Líbano, 21% en Europa, 71% en Egipto y 13.9% en Irlanda, entre otras. Los autores concluyen que la evidencia acumulada sugiere que los síntomas depresivos constituyen un problema importante en la población estudiantil afectando a un tercio aproximadamente de su población, que las mujeres se ven más afectadas que los hombres y que la incidencia de la depresión en los universitarios, es considerablemente superior a la reportada para la población en general. Factores como cambios en la forma de vida, alteraciones a nivel del sueño y de la alimentación, cambios a nivel de las relaciones familiares y sociales, preocupaciones académicas e incertidumbres sobre la posible inserción laboral, pueden aumentar la vulnerabilidad

de los estudiantes a la depresión (Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook, 2013).

Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica, como por ejemplo el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (Elkin et al. 1989) y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, 2009), recomiendan la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo.

Numerosos estudios publicados demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (Verdeli, Mufson, Lee, Keith, 2006). Es considerada la psicoterapia de mayor crecimiento y con mayor investigación (Beck & Dozois, 2010). Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico, pero con una menor tasa de recaídas (Beck & Dozois, 2010).

Modelo Cognitivo de la Depresión

El Modelo Cognitivo es el más empleado para entender y explicar la depresión, este modelo postula que las emociones no son determinadas por los acontecimientos, sino por las interpretaciones que hace el individuo de dichos acontecimientos (Beck, J., 1995) (Figura 1). Sostiene este modelo, que las experiencias tempranas actuando sobre las predisposiciones genéticas del individuo, llevan al desarrollo de estructuras cognitivas organizadas denominadas esquemas, las cuales contienen las creencias centrales que genera el individuo sobre sí mismo y su relación con el entorno.

A través de estos esquemas, el individuo interpreta los diferentes acontecimientos a los que se ve enfrentado en el correr de su vida (Beck, 1976). Constituyen estructuras organizadas de conocimiento, mediante las cuales el individuo configura su conocimiento del mundo. Estos esquemas cognitivos, si son flexibles, realistas y generan un eficiente procesamiento de la información, se consideran adaptativos. Por el contrario, los esquemas rígidos, globales y extremos, se consideran desadaptativos, generan una incorrecta interpretación de las situaciones que enfrenta el individuo y pueden llevar al desarrollo de una psicopatología (Beck & Dozois, 2011).

Estos esquemas con creencias centrales negativas, se activan en situaciones de potencial estrés psicológico que puedan vincularse a dicha creencia (Beck, J., 1995). A modo de ejemplo podemos citar el esquema que contiene la creencia central: “soy incapaz”. Las personas con síntomas depresivos tienen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, la denominada por Beck: “triada depresiva” (Beck, 2000).

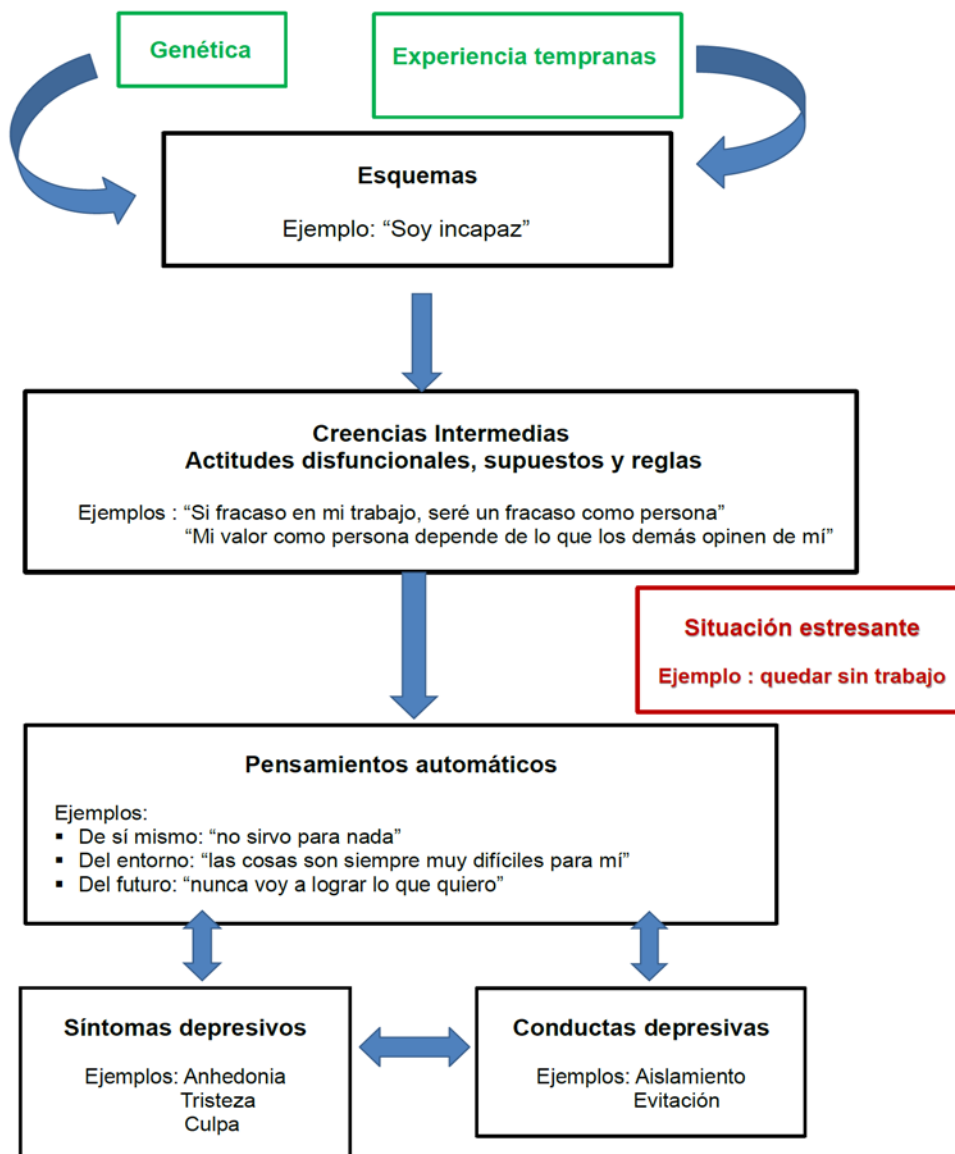


Figura 1. Esquema Cognitivo de la Depresión

Estos individuos presentan, distorsiones cognitivas, procesando negativamente la información, tiene un sesgo en su memoria ya que recuerdan principalmente los

aspectos negativos de su pasado, y además un sesgo atencional, focalizando su atención en los aspectos negativos de la realidad.

En un nivel de creencias intermedias encontramos las actitudes disfuncionales, consisten en información de tipo proposicional basada en reglas, creencias y orientaciones, con un formato de tipo condicional. Por lo general están relacionadas a una excesiva necesidad de aprobación por parte de los demás y a la preocupación de ser evaluados (Sanz y Vázquez, 1991). Son consideradas más transitorias y dependientes del estado de ánimo que las creencias centrales (Alloy et al., 2006). A modo de ejemplo de actitudes disfuncionales podemos citar la creencia: “si fracaso en mi trabajo, soy un fracaso como persona”.

Frente a acontecimientos potencialmente estresantes, en relación a un esquema, a partir de este y de las actitudes disfuncionales vinculadas, se generan los pensamientos automáticos. De estos derivan los comportamientos, las emociones y los síntomas de carácter depresivo (Beck, 1976). Los pensamientos automáticos son procesos no deliberativos, espontáneos y generados a partir de las situaciones inmediatas. Suelen ser veloces, breves y el individuo puede no ser consciente de ellos (Beck, J., 1995).

A su vez, los síntomas depresivos, como por ejemplo, la tristeza y la anhedonia, y los comportamientos depresivos, actúan alimentando los pensamientos automáticos. Además los síntomas y las conductas también actúan sobre el procesamiento cognitivo de la información, todo lo cual desemboca en una continua retroalimentación de los síntomas y las conductas depresivas con las distorsiones interpretativas de la información y los sesgos atencionales (Beck, A., 2008).

Terapia de Esquemas de Jeffrey Young

La Terapia de Esquemas de Young (Young, Klosko, Marjorie y Weishear, 2013) fue desarrollada para el tratamiento de problemas caracterológicos que se tornaban crónicos. Young destaca que los esquemas desadaptativos constituyen patrones emocionales y cognitivos contraproducentes para el individuo que se comienzan a

formar al principio de nuestro desarrollo, reflejos del entorno familiar y que se van repitiendo a lo largo de la vida, Young los denomina: “Esquemas Tempranos Desadaptativos”.

Estos esquemas tempranos reflejarían creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente, se auto perpetúan, son disfuncionales y mantenerlos tiene consecuencias negativas. Según Young et al (2013), son consecuencia de necesidades infantiles insatisfechas y de experiencias disfuncionales con las personas significativas de nuestra vida, sobre todo en los primeros años de vida. Estos esquemas pueden estar presentes en distintos niveles de gravedad, siendo los que se generan de manera más temprana, los más intensos y difíciles de cambiar (Vílchez, 2009).

Existirían 5 dimensiones, reflejo de las necesidades insatisfechas infantiles y de las que derivarían los 18 esquemas tempranos desadaptativos (Young et al., 2013). Estas son: a) dimensión **Desconexión/Rechazo** (compuesta por los esquemas de: privación emocional, abandono inestabilidad, desconfianza/abuso, aislamiento social e imperfección/vergüenza); b) dimensión **Perjuicio en Autonomía y Desempeño** (compuesta por los esquemas de: fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al peligro y apego); c) dimensión **Límites inadecuados** (compuesta por los esquemas de: grandiosidad e insuficiente autocontrol); d) dimensión **Tendencia hacia el Otro** (compuesta por los esquemas de: subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación) y e) dimensión **Sobrevigilancia e Inhibición** (compuesta por los esquemas de: inhibición emocional, metas inalcanzables, negatividad y castigo).

Según Young et al. (2013) los esquemas tempranos desadaptativos estarían presentes en las poblaciones “normales” pero se harían más extremos y activos en las poblaciones clínicas.

A partir del modelo planteado, se espera que, tanto las actitudes disfuncionales como los esquemas tempranos desadaptativos presenten una correlación positiva significativa con la presencia de síntomas depresivos.

Esta investigación tiene como objetivo:

- a) Estudiar la relación entre los síntomas depresivos y los esquemas tempranos desadaptativos propuestos por Young, así como también la relación entre los síntomas depresivos y las actitudes disfuncionales, en una muestra de estudiantes universitarios de la UdelaR.
- b) Estudiar la relación de los síntomas depresivos, con cada dominio propuesto por Young y con cada esquema temprano desadaptativo de Young, tomados de manera individual.
- c) Medir la presencia de cada esquema temprano desadaptativo de Young en la muestra obtenida y realizar la comparación de dicha presencia, entre estudiantes con y sin síntomas depresivos.

Materiales y métodos

Se convocaron a participantes mayores de 18 años con o sin síntomas depresivos, a través de vías de comunicación internas de los servicios de la Universidad de la República y de las redes sociales universitarias. Hubo 482 interesados, los cuales pudieron informarse acerca de los detalles de la investigación en una página web en el servidor de la Facultad de Psicología.

En esta página web, los interesados podían acceder a la Hoja de Información para el participante (este material describe en un lenguaje accesible en qué consiste la investigación), así como al Consentimiento Informado del estudio. Asimismo, mediante esta web se les pedía que brindaran información personal como edad, género, área de estudio, máximo nivel educativo alcanzado y que completaran tres cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck-II(BDI-II), Cuestionario de Esquemas de Young-Versión Reducida (YSQ-SF) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS). Dicho llamado se realizó durante el segundo semestre del año 2015. Finalmente, después de depurados los datos (excluyendo los resultados que presentaban incongruencias o que estaban incompletos), se trabajó con una muestra de 416 estudiantes

universitarios, con una media de edad de 28.5 años y un desvío de 10.5. Los estudiantes provenían de diferentes áreas educativas de la UdelaR y de diferentes niveles educativos (ver Tabla 1 y Anexo).

Se segmentó la muestra en dos grupos. Se usó como criterio para esa clasificación el puntaje obtenido en BDI-II, si se obtuvo una puntuación mayor o igual a 16 se consideró al estudiante, como perteneciente al grupo con presencia de síntomas depresivos significativos.

Resumen de datos de la muestra				
		BDI - II		
n		416	s/síntomas depresivos 249	c/síntomas depresivos 167
Género	M / H	338 / 78	193 / 56	145 / 22
Edad		28.5 ± 10.5	27.7 ± 9.7	29 ± 10.4
YSQ - SF		178.8 ± 53.9	150.3 ± 37.2	221.3 ± 46.4
DAS		116 ± 32.9	101.4 ± 26.1	137.7 ± 30.1
BDI - II		14.4 ± 10.2	7.6 ± 4.3	24.6 ± 7.5

Tabla 1. Descripción de la muestra. YSQ-SF, Cuestionario de esquemas tempranos desadaptativos de Young- Versión Reducida; DAS, Escala de Actitudes Disfuncionales, BDI-II, Inventario de depresión de Beck. Los valores de edad, YSQ-SF, DAS y BDI-II son media ± desvío estándar.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos. Consiste en veintiún ítems (Ej. “me siento triste todo el tiempo”), con una escala de cuatro opciones de respuesta. Es considerado el índice más apropiado y el más usado para medir

sintomatología depresiva (Dozois, 2009). Se utilizó la segunda versión del inventario de depresión de Beck (Beck, Steer & Brown, 1996), en su versión validada al español (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005).

Cuestionario de Esquemas de Young- Versión Reducida (YSQ-SF)

Mide esquemas tempranos desadaptativos (Young, 1998). Consiste en setenta y cinco afirmaciones, como por ej. “no me aceptan en ningún lugar”. Evalúa 15 esquemas, mediante una escala Lickert de seis opciones que van desde “totalmente falso” a “me describe perfectamente”. Este cuestionario posee una alta sensibilidad para identificar psicopatología (Londoño, et al. 2012). Se ha encontrado una asociación entre este cuestionario y los síntomas depresivos (Calvete, Estévez, López de Arroyabe & Ruiz, 2005). Se utilizó la adaptación española de Cid y Torrubia (1997).

Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS-A)

Evalúa la presencia de actitudes disfuncionales. Consiste en cuarenta afirmaciones como por ej.: “si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará”, con una escala Lickert de siete opciones de respuesta que van desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. El DAS-A es considerado un instrumento adecuado para evaluar las actitudes disfuncionales (Sanz y Vázquez, 1993), además posee una buena capacidad de discriminación entre individuos depresivos y no depresivos (Dobson & Breiter, 1983). Se utilizó la adaptación española de Sanz y Vázquez (1993).

Análisis

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Mediante un análisis correlacional, se analizó la relación existente entre las actitudes disfuncionales (DAS) y los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ-SF) con los síntomas depresivos (BDI-II). Además se estudió la correlación de cada dominio y cada esquema de Young (YSQ-SF) con los síntomas depresivos (BDI-II).

A continuación, se analizó el porcentaje de participantes que obtuvo un puntaje mayor o igual a 16 puntos (lo que es considerado presencia de síntomas depresión

significativos) y se clasificó según el género, área de estudio y nivel educativo. Por último, se realizó un test-T para comparar las medias alcanzadas por los participantes con y sin síntomas depresivos en los diferentes esquemas tempranos desadaptativos.

Resultados

El análisis correlacional encontró que los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ-SF) presentan una correlación positiva significativa con los síntomas depresivos (BDI-II) ($r=0.703$, $p<0.01$) (Figura 2). También las actitudes disfuncionales (DAS) presentan una correlación positiva y significativa con los síntomas depresivos (BDI-II) ($r=0.557$, $p<0.01$) (Figura 3).

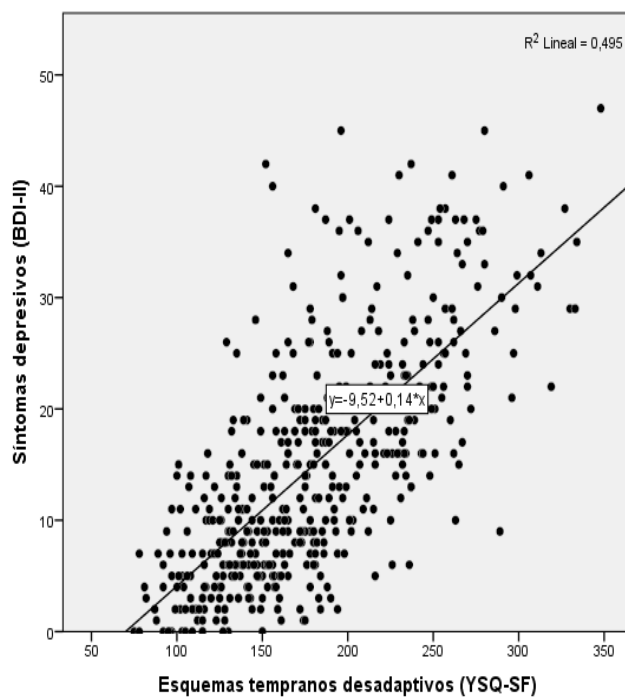


Figura 2. Correlación de los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ-SF) con los síntomas depresivos (BDI-II) ($r=0.703$; $p<0.01$).

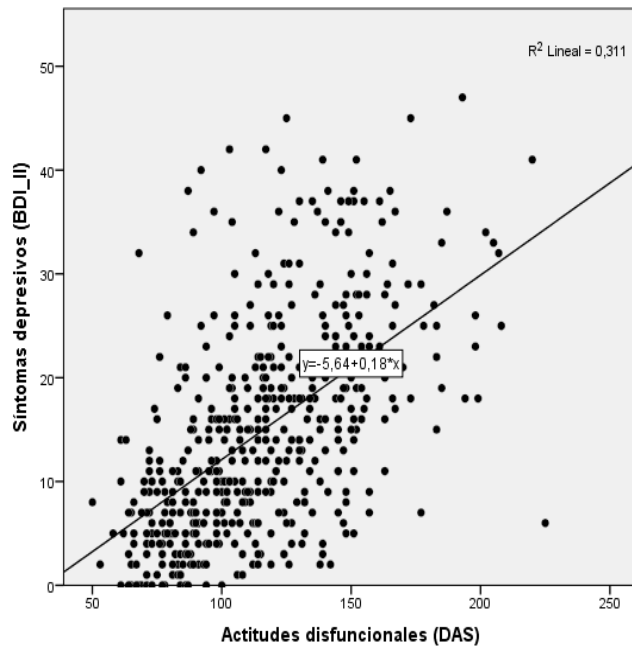


Figura 3. Correlación de las actitudes disfuncionales (DAS) con los síntomas depresivos (BDI-II) ($r=0.557$; $p<0.01$).

Los cinco dominios de los esquemas tempranos desadaptativos de Young (YSQ-SF) presentaron una correlación positiva significativa con los síntomas depresivos (Beck-II) (Tabla 2). Así como también los quince esquemas tempranos desadaptativos de Young (YSQ-SF) tomados individualmente. (Tabla 3).

Correlación de cada Dominio (YSQ-SF) con BDI-II	
Dominios (YSQ-SF)	Coefficiente de Pearson
Desconexión / Rechazo	0.668**
Perjuicio en autonomía y desempeño	0.647**
Límites inadecuados	0.482**
Tendencia hacia el otro	0.506**
Sobrevigilancia e inhibición	0.350**

**** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

Tabla 2. Correlación de cada Dominio de los esquemas temprano desadaptativos con los síntomas depresivos.

Correlación de cada Esquema (YSQ-SF) con BDI-II	
Esquemas Tempranos Desadaptativos	Coefficiente de Pearson
Privación emocional	0.506**
Abandono/ Inestabilidad	0.499**
Desconfianza/ Abuso	0.474**
Aislamiento social	0.513**
Imperfección/Vergüenza	0.559**
Fracaso	0.513**
Dependencia	0.478**
Vulnerabilidad al peligro	0.545**
Apego	0.366**
Subyugación	0.560**
Auto sacrificio	0.272**
Inhibición emocional	0.358**
Meta inalcanzables	0.135**
Grandiosidad	0.253**
Insuficiente autocontrol	0.514**
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).	

Tabla 3. Correlación de cada esquema temprano desadaptativos con los síntomas depresivos.

Un test T mostró que los estudiantes con y sin síntomas depresivos se diferenciaron significativamente en sus puntajes en doce de los quince esquemas tempranos desadaptativos, obteniendo los estudiantes con síntomas depresivos, un puntaje significativamente mayor, en los esquemas de privación emocional ($t_0=10.18$, $p<0.05$), abandono inestabilidad ($t_0=11.02$, $p<0.05$), desconfianza/abuso ($t_0=10.37$, $p<0.05$), aislamiento social ($t_0=11.18$, $p<0.05$), imperfección/vergüenza ($t_0=12.34$, $p<0.05$), fracaso ($t_0=10.94$, $p<0.05$), dependencia/incompetencia ($t_0=10.46$, $p<0.05$), vulnerabilidad al peligro ($t_0=12.87$, $p<0.05$), apego ($t_0=7.98$, $p<0.05$), subyugación ($t_0=12.86$, $p<0.05$), inhibición emocional ($t_0=6.4$, $p<0.05$) e insuficiente autocontrol ($t_0=7.07$, $p<0.05$). No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de los esquemas de Autosacrificio, Metas inalcanzables y Grandiosidad (Figura 4).

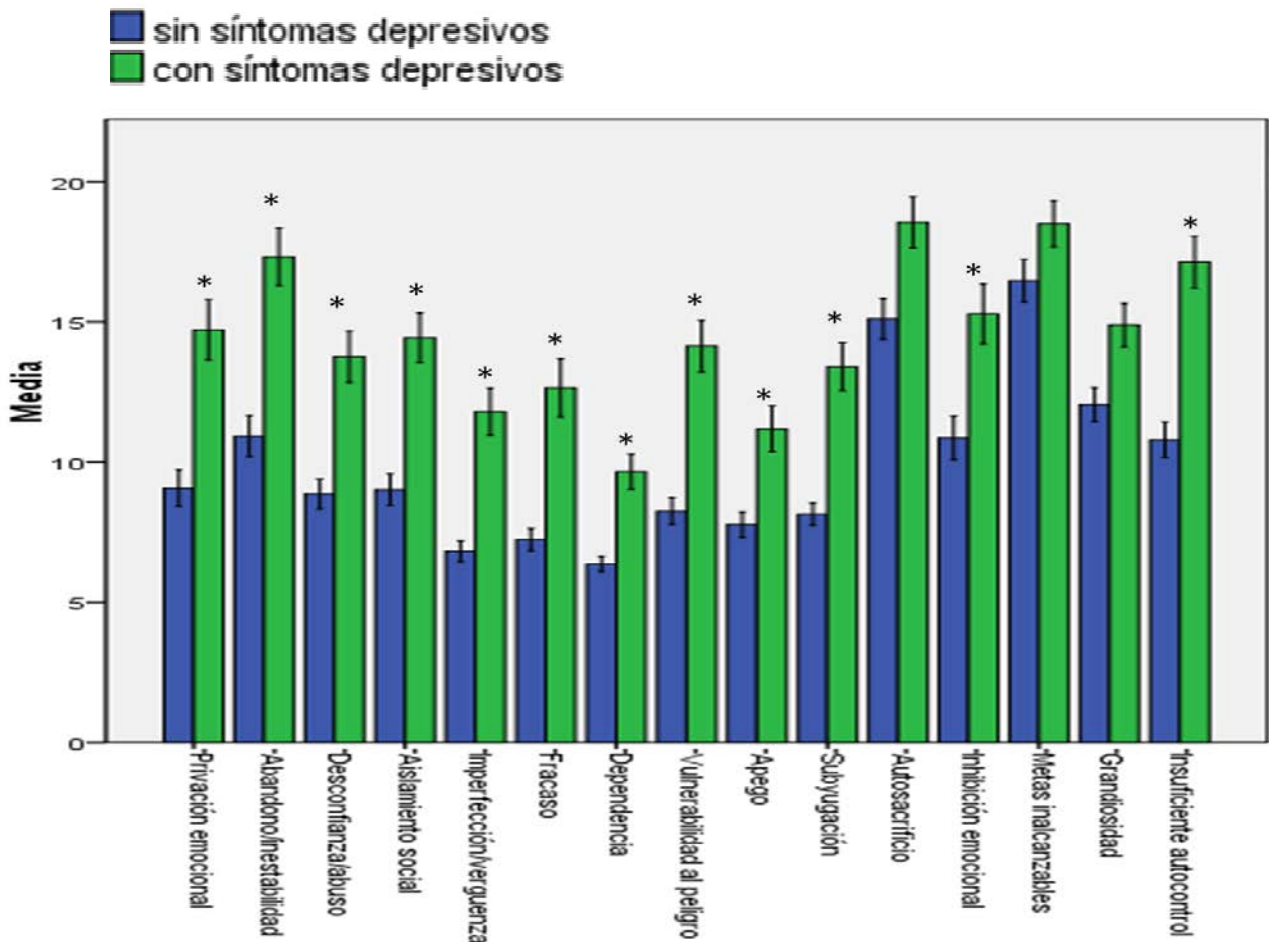


Figura 4. Comparación de las medias de los esquemas (YSQ-SF) entre individuos con y sin síntomas depresivos; * esquemas que presentaron diferencias significativas entre sus medias-test T.

Discusión

Los datos obtenidos muestran que los síntomas depresivos correlacionaron de forma positiva y significativa con las actitudes disfuncionales y con los esquemas tempranos desadaptativos. Estos resultados están en concordancia con estudios anteriores, en cuanto a la correlación positiva entre las actitudes disfuncionales y los síntomas depresivos (Hankin, Abramson, Miller & Haefel, 2004; Iacovello, Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella & Rose, 2006; Senormanci, Konkan, Guclu, Senormanci & Sungur, 2013), y a la correlación positiva entre los esquemas tempranos desadaptativos y los síntomas depresivos (Harris & Curtin, 2002; Hawke & Provencher, 2011; Fouladi, 2015).

En nuestra investigación, los esquemas tempranos desadaptativos mostraron una correlación lineal positiva de mayor valor, que las actitudes disfuncionales, con los síntomas depresivos. Se puede sostener por lo tanto que en la muestra de estudiantes universitarios recogida, existe una tendencia moderada ($r^2 = 0.495$), a que cuanto mayor sea la presencia de esquemas tempranos desadaptativos en un estudiante, mayor sea la presencia de síntomas depresivos. También, que existe una tendencia débil ($r^2 = 0.311$), a que cuanto mayor sea la presencia de actitudes disfuncionales, mayor sea la presencia de síntomas depresivos.

Los resultados están de acuerdo a lo planteado por el modelo cognitivo de la depresión (Beck, 1976). Es importante tener en cuenta que este modelo es base de la psicoterapia cognitiva para la depresión y que ha recibido un apoyo general a nivel de investigaciones transversales y longitudinales (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Wang, Halvorsen, Eisemann & Waterloo (2010), encontraron en su trabajo, correlaciones positivas de las actitudes disfuncionales (DAS) y de los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ) con los síntomas depresivos (BDI) en individuos diagnosticados con depresión, pero no así en individuos diagnosticados sin depresión. En su investigación además, destacan la capacidad de los esquemas tempranos desadaptativos (YSQ) como posibles marcadores de vulnerabilidad a la depresión, por sobre las actitudes disfuncionales (DAS). Además, Sanz y Vázquez (1993), concluyen revisando investigaciones, que la mayoría de estas, sostienen que las actitudes disfuncionales serían una característica no tan estable, más dependiente del estado de ánimo.

Los datos obtenidos en nuestro estudio, muestran que tomados individualmente, todos los esquemas tempranos desadaptativos correlacionan positiva y significativamente con los síntomas depresivos. Los esquemas que mayor correlación alcanzaron son los de: subyugación (dimensión tendencia hacia el otro) e imperfección vergüenza (dimensión desconexión/rechazo), alcanzando en ambos casos una correlación moderada. Darvishi, Rahmani, Akbari & Rahbar (2013) encontraron una correlación

positiva significativa de todos los esquemas tempranos desadaptativos con los síntomas depresivos, menos en el caso del esquema de auto sacrificio y en el de privación emocional. Fouladi (2015) encuentra correlación positiva significativa de todos los esquemas tempranos desadaptativos con los síntomas depresivos, con excepción de los esquemas de: abandono, dependencia, metas inalcanzables y grandiosidad. Eberhart (2011), analiza muchas investigaciones y encuentra evidencia sobre la correlación positiva significativa de todos los esquemas tempranos desadaptativos con los síntomas depresivos, a excepción del esquema de grandiosidad. Renner et al. (2011) reuniendo los resultados de investigaciones llega a la conclusión de que la mayor parte de los esquemas han mostrado correlación con los síntomas depresivos, especialmente los pertenecientes a la dimensión de desconexión rechazo y a la dimensión de deterioro en autonomía y desempeño.

En nuestra investigación, al realizar el análisis correlacional por dimensiones, encontramos que la dimensión que alcanza una mayor correlación es la de Desconexión/Rechazo ($r= 0.668$). Esta dimensión se fundamenta en la incapacidad de poder establecer relaciones seguras y satisfactorias con otras personas, el individuo tiene la creencia de que su necesidad de seguridad, amor, protección y estabilidad no podrá ser satisfecha. Está compuesta esta dimensión por los esquemas de: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza y aislamiento social. En segundo lugar encontramos la dimensión de Deterioro en Autonomía y Ejecución ($r=0.647$), esta dimensión se fundamenta en la incapacidad para funcionar de manera independiente de los demás, está compuesta por los esquemas de: dependencia, fracaso, vulnerabilidad al peligro y apego (Young et al, 2013). Ambos dominios alcanzan una correlación de tipo moderada.

En esta línea también Fouladi (2015), en los artículos revisados encontró que todos los dominios correlacionaban con los síntomas depresivos, siendo el dominio de Desconexión/Rechazo el que presentaba la correlación más alta. Halvorsen et al. (2010), Renner et al. (2012) y Petrocelli et al. (2001) en sus investigaciones también

encontraron que todos los dominios correlacionaban positivamente con los síntomas depresivos. Se ha puesto en evidencia que los esquemas tempranos desadaptativos que poseen un componente interpersonal importante, juegan un papel preponderante en la generación de los síntomas depresivos (Eberhart & Hammen, 2010; Hankin, Abramson, Miller & Haefel, 2004).

Young et al. (2013) nos advierte sobre la importancia que implica poder identificar los esquemas particulares que están implicados en desordenes como la depresión, de manera tal, que estos esquemas se conviertan en objetivos primarios de la terapia cognitiva. Por lo tanto este tipo de datos, nos permitirían conocer en general, en qué tipo de esquemas sería importante priorizar el trabajo terapéutico.

También, se ha observado en nuestra investigación una media de activación significativamente mayor en 12 de los 15 esquemas tempranos desadaptativos, en los individuos que presentaban síntomas depresivos frente a los que no los presentaban.

Este resultado está de acuerdo a lo esperado según el modelo de (Young et al, 2013), ya que este, plantea un diferente patrón de activación de esquemas según la condición psicológica presente. Es decir existirían contenidos cognitivo característicos, para cada estado psicológico, en este caso, la presencia o no de síntomas depresivos.

Shariatzadeh, Vaziri & Mirhashemi (2014), encontraron un puntaje mayor en todos los esquemas, y significativamente mayor en 12 de los 15 esquemas testeados al comparar individuos con y sin depresión, resultado similar al hallado en nuestra investigación, solo que en su investigación los esquemas que no alcanzaron diferencias significativas fueron los de abandono, dependencia y metas inalcanzables, siendo este último el esquema coincidente con nuestra investigación. Nuestra investigación no pudo hallar que las diferencias fueran significativas en el esquemas de grandiosidad, auto sacrificio y metas inalcanzables. En concordancia con estos resultados podemos citar además las investigaciones de Qasemi, Sayyadi & Akbari (2014); Calvete et al., (2005) y Riso, du Toit, Blandino, Penna, Dacey, Duin, et al, (2003), los cuales coinciden en encontrar que los esquemas tempranos desadaptativos son significativamente más frecuentes en los pacientes depresivos que

en los no depresivos.

Limitaciones

En cuanto a las posibles limitaciones de esta investigación, es importante recordar que el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y número de síntomas presentes, sino también aspectos como la duración, gravedad, curso, causas alternativas y algunos posibles diagnósticos concurrentes, que solo pueden ser evaluados mediante una entrevista diagnóstica a cargo de un profesional. Otra de las limitaciones de este estudio es el hecho de que para fines prácticos se hizo utilizó la versión reducida del YSQ-SF, la cual evalúa solo 15 esquemas tempranos desadaptativos en comparación a los 18 evaluados por la versión original.

Conclusión

Esta investigación pone de manifiesto la correlación positiva de los esquemas desadaptativos y de las actitudes disfuncionales con los síntomas depresivos en una muestra de estudiantes universitarios, lo cual apoya el modelo cognitivo de la depresión.

Los datos recogidos en este trabajo, nos plantean la necesidad de continuar investigando sobre esta temática en los estudiantes universitarios. Sería importante poder generar investigaciones longitudinales para establecer las capacidades para actuar como marcadores de vulnerabilidad frente los síntomas depresivos, de los esquemas tempranos desadaptativos y de las actitudes disfuncionales. Además sería recomendable realizar estudios con muestreos probabilísticos donde estén representadas todas las áreas de la Universidad de manera de poder realizar inferencias sobre toda la población Universitaria. Esto sería de gran interés a nivel del aporte de conocimiento explicativo y a nivel del conocimiento de los posibles esquemas relacionados con los síntomas depresivos, lo cual podría contribuir a su prevención y tratamiento. La Facultad de Psicología sería la indicada para estudiar y tratar esta problemática. Es de especial interés el caso de los estudiantes de

psicología, ya que de ellos dependerá el cuidado de la salud mental de nuestra población.

Referencias

- Almada, R. Miraballes, R. y Agrafojo, S. (2014). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2),116-130.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrence of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115,145 -156.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV-TR. Barcelona: Masson. Disponible en: <https://books.google.com.uy>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory (2nd.ed.)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desée de Brouwer.
- Beck, A. T. (2008). Evolution of the Cognitive Model of Depression. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977.
- Beck & Dozois (2010). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Med.*, 62, 397-409.

- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa: Barcelona.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire Short Form. Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99.
- Cid, J., & Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young*. Manuscrito no publicado.
- Darvishi, F., Rahmani, M.A., Akbari, B. & Rahbar, M. (2013). A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1072 – 1077.
- Dobson, K. S. & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assesment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dozois, D. (2009). Changes in Self Schema Structure in Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078 –1088.
- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2010). Interpersonal Style, Stress, and Depression: An Examination of Transactional and Diathesis-Stress Models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(1), 23–38.
- Eberhart, N.K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., Abela, J. R. Z. (2011). Maladaptative shemas and depression: Test of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 75-104.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collings, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff,

- M.B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982
- Fouladi, M. (2015). Prediction of Depression Through Early Maladaptative Schemas. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6 (1), 602-611.
 - Gonzalez, V.H. (2014). Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010. (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo.
 - Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haefel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 309-345.
 - Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
 - Hawke, L.D. and Provencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25, 257-276.
 - Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2006). The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 93, 61-69.
 - Ibrahim, A. K, Kelly, S.J., Adams, C.E. & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 391-400.
 - Londoño, N., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K. et al. (2012). Young Schema Questionnaire – Short Form: validación en Colombia.

Universitas Psychologica, 11(1), 147-164.

- Medrano, L. y Olaz, F. (2008). Autoeficacia Social en Ingresantes Universitarios: su relación con el Rendimiento y la Deserción Académica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 61(4), 369-383.
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). Depression. The treatment and management of depression in adults. CG90. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponible en: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/
- Organización Mundial de la Salud (2016). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Petrocelli, J. V., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., Campbell, L.F. (2001). Cognitive Schemas as Mediating Variables of the Relationship between the Self Defeating Personality and Depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191.
- Prechac, M. P., Rocha, A.P., Silveira, A., Ormaechea, G. y Pérez, S.G. (2013). Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica Uruguaya*, 29(3), 174-180. Disponible en: ISSN 1688-0390.<http://www.scielo.edu.uy>
- Qasemi, M., Sayyadi, A. & Akbari, B. (2014). The comparison between early maladaptive schema in major depressive disorder and the general population. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 3(7), 265-273.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective*

Disorders, 136, 581-590.

- Riso, L. P.; du Toit, P. L.; Blandino, J. A.; Penna, S.; Dacey, S.; Duin, J. S.; Pacoe, E. M.; Grant, M. M. & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (1), 72–80.
- Riveros, M., Hernández H. y Rivera, J. (2007). Nivel de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Rev/ Psi.*, 10, 91–102.
- Sanz J. y Vázquez C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch & E. Ibañez (Eds.). *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, 785-875). Valencia: Promolibro.
- Sanz J. y Vázquez C. (1993). Adaptación Española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades Psicométricas y Clínicas. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 19 (67), 707-750.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Senormanci, O; Konkan, R; Guclu, O; Senormanci, G & Sungur, M.Z. (2013). The Relation Between Dysfunctional Attitudes, Rumination Response Styles and Depression. *The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 26 (3), 239-247.
- Shariatzadeh, M., Vaziri, S. & Mirhashemi, M. (2014). Comparison of Early Maladaptive Schemas in Patients with Dysthymic Mood Disorder, Major Depression and Healthy Control Subjects. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 118-127.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años

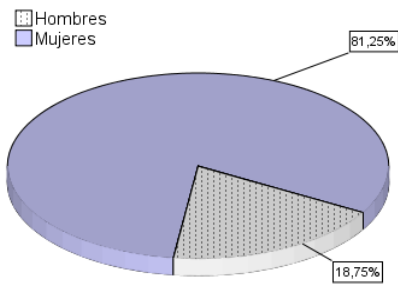
de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.

- Verdeli, H.; Mufson, L., Lee, L., Keith, J.A. (2006). Review of Evidence Based Psychotherapies for Pediatric Mood and Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2 (3), 395-421.
- Vílchez, Edgar Rodríguez. (2009). La Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young. *Av.Psicol.*, 17(1), 59-74.
- Wang, E. Halvorsen, M., Eisemann, M. & Waterloo, K., (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396.
- Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). The Young Schema Questionnaire: Short Form. Disponible en: <http://www.schematherapy.com/id54.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishear, M. E. (2013). *Terapia de Esquemas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

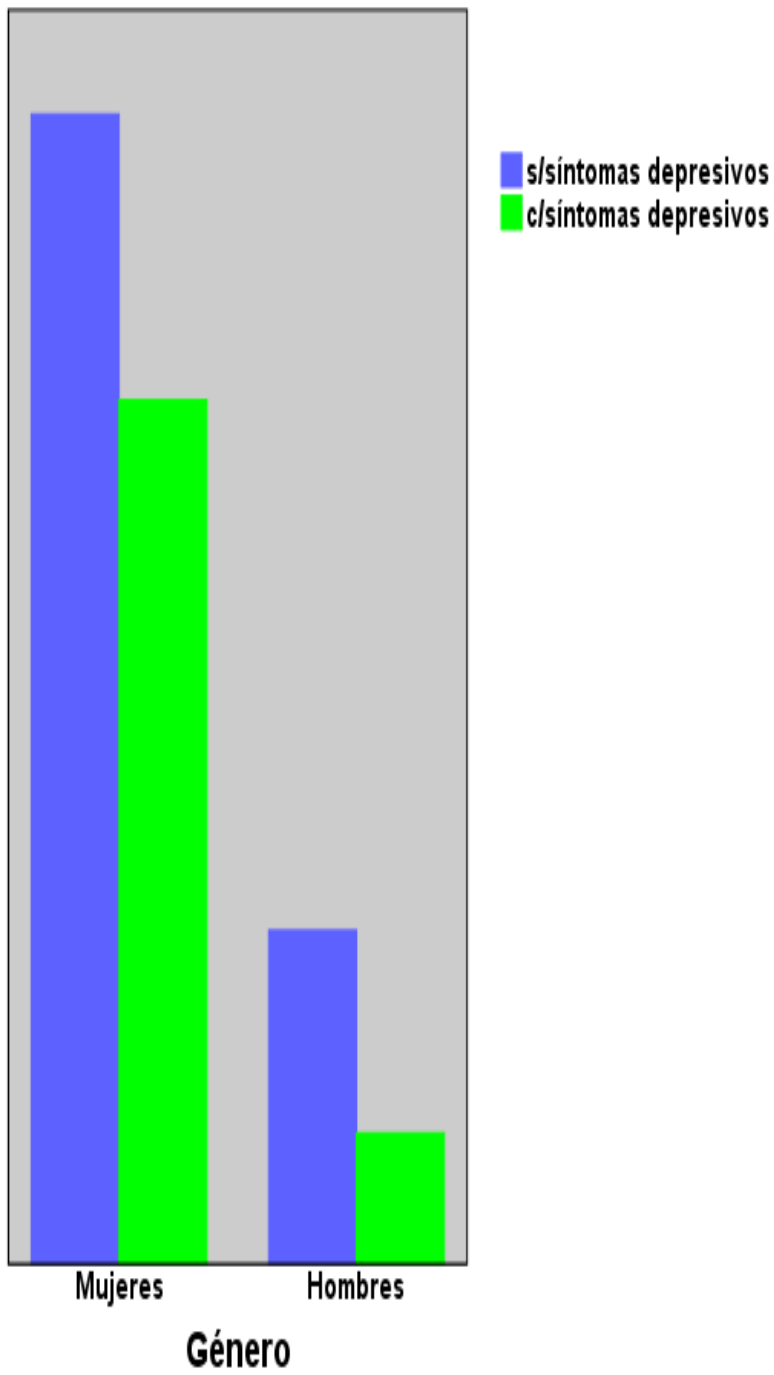
ANEXO.

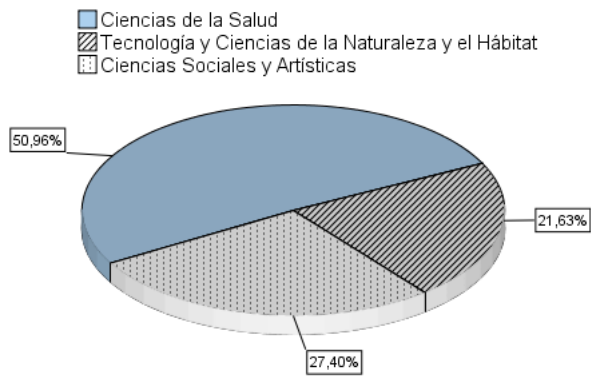
- **Datos descriptivos de la muestra según género, área de estudio y nivel educativo.**
- **Correlaciones de la investigación.**

Se diferenció con marcadores en las tablas y gráficos los casos que presentaron síntomas depresivos (color verde) para diferenciarlos de los casos que no presentaron síntomas depresivos



Porcentaje dentro de cada género				
Género	Indicadores Beck		Total	100%
	s/síntomas depresivo	c/síntomas depresivo		
Hombres	71.8 %	28.2%		
Mujeres	57.1%	42.9%		
Total	59,9%	40,1%		

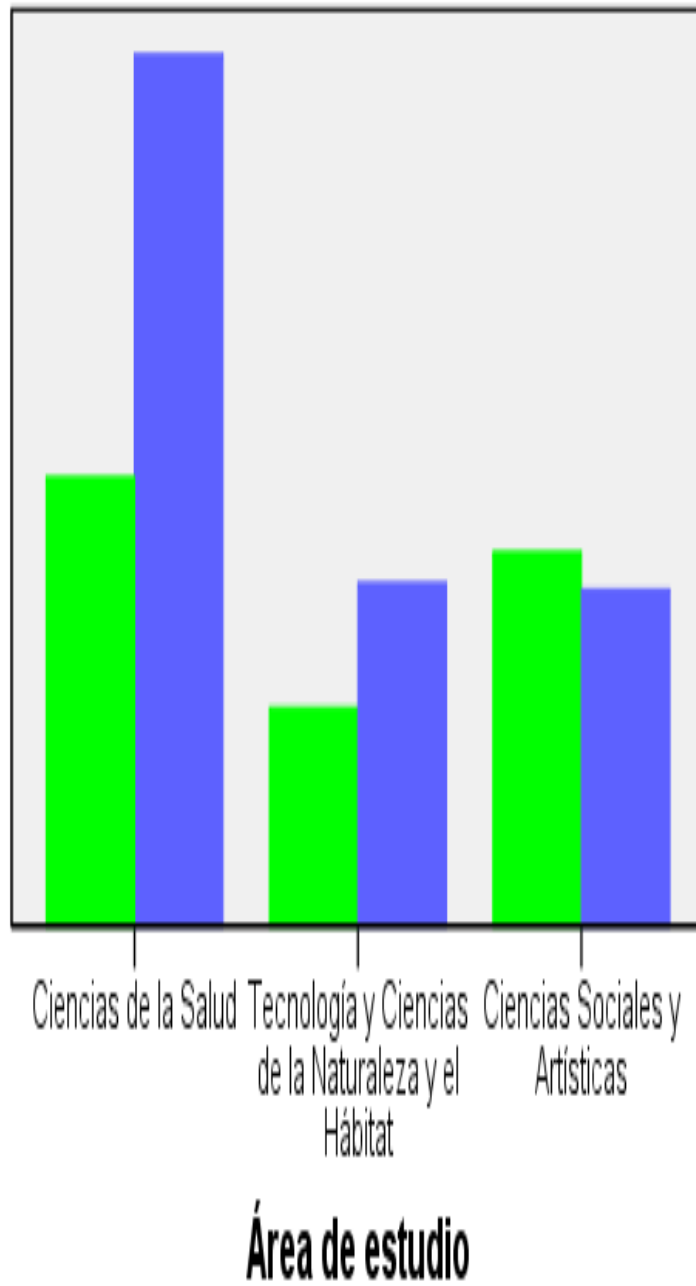




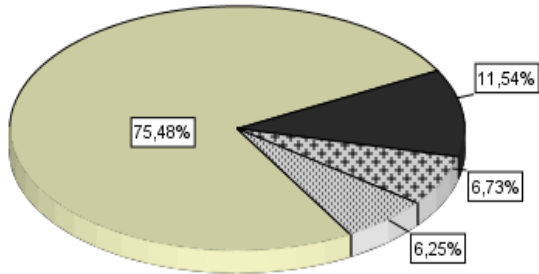
Porcentaje dentro de cada área de estudio

Área de estudio	Indicadores Beck		
	s/síntomas de- presivos	c/síntomas de- presivos	
Ciencias de la Salud	66%	34%	
Tecnología y Ciencias de la Natura- leza y el Hábitat	61.1%	38.9%	
Ciencias Sociales y Artísticas	47.4%	52.6%	
Total	59.9%	40.1%	100 %

■ s/sintomas depresivos
■ c/sintomas depresivos



- terciario incompleto
- terciario completo
- posgrado incompleto
- posgrado completo



Porcentaje dentro de cada nivel educativo		Indicadores Beck		
Nivel educativo		s/síntomas depresivo	c/síntomas depresivo	
		Grado incompleto	60,2%	39,8%
	Grado completo	56,3%	43,8%	
	Posgrado incompleto	57,1%	42,9%	
	Posgrado completo	65,4%	34,6%	
	Total	59,9%	40,1%	100%

