

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Esquemas precoces desadaptativos y depresión
en mujeres víctimas de violencia,
2023**

Giuliana Gianela Quispe Avila
Diana Jessica Poma Alegria

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : **Eliana Mory Arciniega**
Decano de la Facultad de Humanidades

DE : **Ps. Jorge A. Salcedo Chuquimantari**
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 28 de Noviembre de 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: **“ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS Y DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, 2023”**, perteneciente al/la/los/las estudiante(s) **GIULIANA GIANELA QUISPE AVILA / DIANA JESSICA POMA ALEGRIA**, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: <120) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,


 **Jorge Salcedo Chuquimantari**
Director de la EAP Psicología
Universidad Continental

Ps. Jorge A. Salcedo Ch

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Diana Jessica, Poma Alegria, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 73116997, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "Esquemas Precoces desadaptativos y depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

24 de Noviembre de 2023.



Diana Jessica, Poma Alegria

DNI. No. 73116997

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Giuliana Gianela Quispe Avila, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 71562246, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "Esquemas precoces desadaptativos y depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

20 de noviembre de 2023.



Giuliana Gianela Quispe Avila

DNI. No. 71562246

ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS Y DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uca.edu.ar Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Ecuador Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María	1%

9	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
13	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.unife.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad de Deusto Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 120 words

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Dios, a nuestras familias, a docentes, a amigos,
y a compañeros de trabajo por su estimable apoyo
en nuestro camino de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios padre y madre celestiales por ser la luz en la oscuridad y guiarme por el camino del conocimiento. En segundo lugar, doy gracias a mis padres, a mi compañera de tesis y a los catedráticos, quienes con mucho esfuerzo me ofrecieron la oportunidad y apoyo durante mi desarrollo personal y profesional. A nuestro asesor de tesis Dr. Ps. Jorge Salcedo Chuquimantari, doy las gracias, pues nos brindó sus valiosos conocimientos y valores éticos en nuestro progreso para ser buenos profesionales. Finalmente, agradezco a mis compañeros de diferentes facultades con quienes pude compartir experiencias maravillosas como vivir la diversidad cultural, siendo estos gratificantes en mi crecimiento personal y laboral.

Giuliana Q. A

Agradezco primero a Dios, por haberme brindado salud, protección y sabiduría en este proceso. A mis padres, por ser la motivación necesaria, que con sus palabras de aliento y amor me ayudaron hacer realidad mi deseo de culminar la carrera profesional. A mi *partenaire* de tesis por compartir horas de estudio y amistad en mi etapa universitaria. A nuestro asesor; psicólogo Jorge Salcedo Chuquimantari, por la orientación y apoyo brindado para la realización de la presente tesis. Asimismo, a la Universidad Continental, por facilitarme formas de solución y conseguir resultados lisonjeros en la culminación de la carrera de psicología, que era una quimera en un inicio.

Diana p. A

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia de un programa de violencia contra la mujer de la ciudad de Huancayo. El estudio fue de nivel descriptivo correlacional, de tipo básica, de diseño no experimental-transversal. Asimismo, la muestra estuvo conformada por 73 mujeres víctimas de violencia de pareja que fueron derivadas al programa de violencia contra la mujer de un centro de salud de Huancayo. Además, se empleó el Cuestionario de Esquemas Precoces Desadaptativos de Young (YSQ-S3) en su tercera versión, adaptado por Andrea Matute en una muestra mixta peruana a partir de su estudio de las propiedades de la traducción española; y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por A. Beck y colaboradores, adaptado en una muestra peruana por Renzo Carranza. De esta manera, se verificó con un nivel de significancia de $\alpha=0.05$; por lo que los resultados muestran que no existe correlación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión (0,417; $p>0.05$); por otro lado, se obtuvo una correlación significativa entre las dimensiones de los esquemas disfuncionales: dimensión I “desconexión y rechazo” (0,001; $p<0,05$), dimensión III “límites insuficientes” (0,001; $p<0,05$) y finalmente, con la dimensión IV “dirigido por las necesidades de los demás” (0,002; $p<0,05$). Se concluyó que la presencia de esquemas precoces desadaptativos no implica que se presente o exista relación con la sintomatología de la depresión, siendo otros factores que genere la presencia de esta.

Palabras clave: esquemas, depresión, esquemas precoces desadaptativos, mujeres víctimas de violencia.

ABSTRACT

The general objective of this research was to determine the relationship between early maladaptive schemes and depression in women victims of violence in a program of violence against women in the city of Huancayo. The study was of descriptive correlational level, of basic type, non-experimental-transversal design. The sample consisted of 73 women victims of intimate partner violence who were referred to the program of violence against women of a health center in Huancayo. We used Young's Questionnaire of Early Disadaptive Schemes (YSQ-S3), its third version, adapted by Andrea Matute in a mixed Peruvian sample from her study of the properties of the Spanish translation; and Beck's Depression Inventory-II (BDI-II), elaborated by A. Beck et al., adapted in a Peruvian sample by Renzo Carranza. Verified with a significance level of $\alpha=0.05$, the results show that there isn't correlation between early maladaptive schemas and depression (0.417; $p>0.05$); on the other hand, a significant correlation was obtained between the dimensions of dysfunctional schemas: dimension I "Disconnection and Rejection" (0.001; $p<0.05$), dimension III "Insufficient Boundaries" (0.001; $p<0.05$) and finally, with dimension IV "Driven by the needs of others" (0.002; $p<0.05$). It was concluded that the presence of early disadaptive schemes does not imply that the symptomatology of depression is present, being other factors that generate its presence.

Keywords: schemes, depression, disadaptive early schemes, women victims of violence

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	1
1.1. Formulación del Problema	4
1.1.1. Problema general	4
1.1.2. Problemas específicos	4
1.2. Objetivos del Estudio	5
1.2.1. Objetivo general	5
1.2.2. Objetivos específicos	5
1.3. Justificación e Importancia del Estudio	5
1.3.1. Justificación teórica	5
1.3.2. Justificación metodológica.....	6
1.3.3. Justificación práctica.....	6
1.4. Hipótesis del Estudio	7
1.4.1. Hipótesis general.....	7
1.4.2. Hipótesis específicas	7
1.5. Operacionalización de Variables	9

1.5.1. Variable 1	9
1.5.2. Variable 2: Depresión	10
2. CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	11
2.1.2. Antecedentes nacionales	13
2.1.3. Antecedentes locales	15
2.2. Aspectos Teóricos	16
2.2.1. Esquemas precoces desadaptativos.....	16
2.2.1.1. Esquema.....	16
2.2.1.2. Desde la psicología “esquema”.....	16
2.2.1.3. Desde el modelo cognitivo conductual	18
2.2.1.4. Esquemas de Young.....	20
2.2.1.5. Complejidad de los trastornos mentales	21
2.2.1.6. Modelo integrativo.....	21
2.2.1.7. Condición biológica.....	22
2.2.1.8. Esquemas precoces desadaptativos.....	25
Generalidades	25
Características.....	26
Dimensiones de los esquemas precoces desadaptativos.....	26
Dimensión I. Familia distante y fría	26
Dimensión II. Familia complicada y sobreprotectora	27
Dimensión III. Familia permisiva e indulgente	28
Dimensión IV. Familia condicional.....	29
Dimensión V. Familia severa e inflexible	29

2.2.2. Depresión	30
2.2.2.1. Definición	30
2.2.2.2. Enfoques teóricos de la depresión.....	34
2.2.2.3. Factores en relación con la depresión	37
2.2.2.4. Evaluación.....	39
2.2.2.5. Criterios diagnósticos.....	40
2.3. Definición de Términos Básicos	42
3. CAPÍTULO III.....	44
DISEÑO METODOLÓGICO	44
3.1. Método de Estudio	44
3.2. Tipo de Estudio	44
3.3. Enfoque de Estudio	45
3.4. Diseño de estudio	45
3.5. Temporalidad de Estudio	45
3.6. Población o Universo	46
3.7. Muestra	47
3.7.1. Criterios de la muestra	47
3.7.2 Presentación de variables sociodemográficas de la muestra.....	48
3.8. Técnicas de Recolección de Datos.....	50
3.8.1. Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3), Young J.	51
3.8.2. Escala de Depresión.....	53
3.9. Descripción de Análisis de información	54
CAPÍTULO IV.....	56
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
4.1 Contraste de Hipótesis	56
4.1.1 Prueba estadística de hipótesis general	56

4.1.2 Prueba estadística de HIPÓTESIS ESPECÍFICA.....	57
4.2 Análisis Descriptivo de Variables.....	62
4.3 Discusión	65
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
Anexos	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de V1. Esquemas precoces desadaptativos.....	9
Tabla 2 Descripción de V2. Depresión	10
Tabla 3 Dimensión I: Desconexión y rechazo	27
Tabla 4 Dimensión II: Deterioro en autonomía y ejecución.....	28
Tabla 5 Dimensión III: límites insuficientes.....	28
Tabla 6 Dimensión IV: Dirigido por las necesidades de los demás	29
Tabla 7 Dimensión V: Sobrevigilancia e inhibición.....	30
Tabla 8 Cálculo para obtener la muestra.....	46
Tabla 9 Estadísticos descriptivos de la edad.....	48
Tabla 10 Distribución en rangos de edades	48
Tabla 11 Frecuencia del tipo de violencia	49
Tabla 12 Ficha técnica del Cuestionario de Esquemas de Young	51
Tabla 13: Estadístico de Confiabilidad del Cuestionario de esquemas precoces de Young....	52
Tabla 14 Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck-II	53
Tabla 15 Estadístico de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II.....	54
Tabla 16 Datos categóricos del Cuestionario de Esquemas.....	55
Tabla 17 Datos categóricos del Cuestionario de Depresión de Beck-II	55
Tabla 18 Relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión	57
Tabla 19 Relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo.....	58
Tabla 20 Relación entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución.....	59
Tabla 21 Relación entre la depresión y la dimensión límites insuficientes	60
Tabla 22 Relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás	61
Tabla 23 Relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición.....	62

Tabla 24 Tabla cruzada entre la depresión y esquemas precoces desadaptativos	63
Tabla 25 Resultados específicos entre las dimensiones de los esquemas de Young y la Depresión	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema de investigación descriptiva correlacional de dos variables	45
Figura 2 Fórmula de muestra para una población finita	46
Figura 3 Porcentaje de edades.....	49
Figura 4 Frecuencia de tipo de violencia	50

INTRODUCCIÓN

A mediados de los años 80, Jeffrey Young (2013), propuso una terapia sobre la base de un modelo de esquemas precoces desadaptativos para tratar problemas clínicos o crónicos, como los siguientes: la depresión crónica, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias, los traumas infantiles (Aguas, 2022), así como el tratamiento de los trastornos de personalidad. Asimismo, la terapia de esquemas se caracteriza por centrarse en la identificación del origen del trastorno y no en los síntomas e introduce conceptos de esquemas desadaptativos tempranos, como un grado más trascendente de la cognición, además es una combinación de la terapia cognitivo conductual y elementos de varias escuelas entre ellas: la Gestalt, constructivismo, los elementos dinámicos y la teoría del apego. Por tanto, la terapia de esquemas surge como respuesta a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual (TCC), se consideraba un gran reto para los terapeutas cognitivos conductuales tratar los trastornos de personalidad, catalogándolos como “pacientes difíciles” por sobrepasar los límites de los supuestos de dicha terapia, por ello, Young (2013), en su terapia, profundiza la teoría cognitiva conductual de Aaron T. Beck (2010).

Young (2013) menciona que los esquemas desadaptativos tempranos, se adquieren por la acumulación de experiencias traumáticas en edades tempranas (niñez o adolescencia), aflorando en la persona una autoestima inapropiada, autodescalificación y una valoración negativa de sí mismo, lo que provoca disfuncionalidad en sus interacciones sociales, asimismo son de carácter invariable, permanente y resistentes a una modificación, por lo tanto, al evocarse en situaciones significativas en edades tardías, se niegan a desaparecer, siendo cómodo para el sujeto; ya que aceptar el deterioro que provocan, sería sinónimo a renunciar saber cómo es nuestro alrededor y autoconocernos (Meza y Santayana, 2019). En consecuencia, los esquemas tempranos están conformados por memorias, emociones, cogniciones y captaciones corporales vinculado a las conexiones interpersonales y con uno mismo.

Por otro lado, la depresión, al ser uno de los problemas actuales a nivel mundial, requiere mayor énfasis para mejorar la estrategia en la Salud Mental. Según la literatura, la terapia cognitiva conductual tiene mayor evidencia empírica en el tratamiento de la depresión, tanto de forma individual, como combinada con la farmacoterapia; su acercamiento se enfoca en la resolución de problemas, ya que depara un alivio de los síntomas a corto plazo y previene la recurrencia de estas a largo plazo, sin embargo, existe dificultades para abordar depresiones crónicas.

Ante ello, la propuesta de una terapia de esquemas sería una opción adecuada; ya que la teoría de dicha terapia considera un tratamiento útil para la depresión, como ya se sabe, los esquemas disfuncionales se originan en edades tempranas en conexión con las figuras parentales o cuidadoras. En la infancia del sujeto, estos esquemas cumplieron una función adaptativa, siendo útil en aquel momento y situación. Sin embargo, en la edad adulta dichos esquemas normalmente permanecen inactivos, pero frente a circunstancias asociadas a eventos determinados de la vida, los esquemas pueden ser activados nuevamente, considerándose disfuncionales, ya que están fuera de su contexto original, iniciando una sintomatología depresiva. Se considera además que una población vulnerable a la depresión, son las mujeres víctimas de violencia, a nivel mundial se estima que el 27 % de la población femenina ha sufrido violencia (OMS, 2021), en el Perú 63,2 % mujeres han sufrido violencia (INEI, 2019) y en la región Junín, el 2022 se detectó 8, 755 casos (DIRESA, 2022). Los esquemas desadaptativos son considerados como factores vulnerables de la depresión, sin embargo, existe poca investigación peruana que hayan tenido por objetivo indagar la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos y depresión en mujeres víctimas de violencia.

A partir de ello, la presente investigación, se enfoca en un estudio correlacional con el fin de determinar la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos y la depresión en mujeres víctimas de violencia en el 2023. El estudio fue realizado en un centro de salud del

área de Psicología, programa de violencia de la ciudad de Huancayo, con la participación de 73 mujeres víctimas de violencia.

En cuanto a la metodología, el estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo correlacional; el nivel de la investigación es descriptivo correlacional. Además, el estudio realizado se encuentra estructurado por los siguientes capítulos:

El capítulo I está conformado por el planteamiento del estudio, donde se formula el problema, con sus respectivas preguntas de investigación, de carácter general y específico, asimismo se adhiere los objetivos, la justificación del estudio, contiene la hipótesis general, hipótesis específicas y descripción de variables.

El capítulo II está constituido por el marco teórico, donde se describe a los antecedentes de nivel internacional, nacional y local, en referencia a lo escrito sobre el tema abordado; se exponen además las bases teóricas respecto al primer constructo, esquemas desadaptativos, dando a conocer la definición, teoría y características, asimismo respecto al segundo constructo, la depresión, señalando la definición, características y estadísticas. Además, se circunscribe la definición de términos básicos y las variables de investigación.

Asimismo, el capítulo II está plasmado por el diseño metodológico, que adjunta el método de estudio, tipo, enfoque diseño, temporalidad, también da a conocer la población y la muestra, exponiendo las técnicas de recolección de datos, instrumentos psicológicos y la descripción del análisis de información.

Mientras que el capítulo IV se proporciona los resultados, contrastación de la hipótesis general y específicas, la discusión, conclusiones y recomendaciones. En última instancia, se conocen las conclusiones, referencias bibliográficas y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Los esquemas precoces desadaptativos se pueden definir como moldes o patrones mentales, los cuales se van formando durante el desarrollo de la infancia, esto sucede mediante la recolección de experiencias tempranas que suelen ser expresadas en la vida adulta, dominando a nivel emocional, cognitivo, motivacional y comportamental. De acuerdo con Young, Klosko, y Weishaar (2013), estos esquemas precoces desadaptativos se caracterizan por ser resistentes al cambio, estables y no desaparecen por completo, pero puede reducirse la intensidad y su frecuencia. Por aquel motivo, existen personas con esquemas disfuncionales que en su vida adulta se sienten arrastradas por experiencias de angustia de su infancia.

En muchas ocasiones se ha oído hablar del producto de una mente sana en un cuerpo sano, a diario las personas se esfuerzan por ser cada día mejores en diferentes ámbitos de su vida, pero una condición médica como la depresión puede llegar a ser consecuencia de expectativas y necesidades no satisfechas. Cada día se reportan alrededor del mundo diagnósticos de la depresión, el impacto social se profundiza en casos crónicos. Si viene cierto la depresión es la consecuencia de las interacciones sociales, biológicas y psicológicas (Corea, 2021). A nivel internacional, se estima que la tercera parte de la población presenta un trastorno mental, las dos terceras lo ocupan la depresión y el TAG; es decir, que más de 280 millones de personas padecen del trastorno mental de la depresión, donde el 5 % es presentada en la población adulta y el 5.7 % en adultos mayores de 60 años respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2021), siendo la enfermedad de salud mental más prevalente en causas de muerte por enfermedades mentales.

En el Perú, debido a la depresión unipolar, se pierden alrededor de 11.4 años de vida saludable por mil habitantes (Ministerio de Salud del Perú, 2014). Estas cifras son

preocupantes, además de las pérdidas económicas que se realizan en cuanto a problemas relacionados a la salud mental, la depresión es aquella que genera mayor cantidad de gastos, siendo estos aproximados a cinco millones de soles (La República, 2015). En el 2021 fueron atendidos un total de 313 455 casos de personas con depresión a través de los diversos servicios de salud mental a nivel nacional, esta cifra indica un aumento de 12 % de casos en relación con la etapa prepandemia (Estado peruano, 2021). De esta cantidad, el 75 % pertenecen al sexo femenino y el otro 25 % restante al sexo masculino (MINSa, 2021). Asimismo, el 22 de octubre del 2022, el gobierno peruano finalizó el estado de emergencia sanitaria por la Covid-19, la población peruana a pesar de haberse recuperado de la enfermedad viral; Maqbali et al, realizaron un estudio al personal de salud donde la prevalencia general de la depresión alcanzó el 35 %, después de la ansiedad con 37 % y problemas de sueño con el 43 % (Maqbali et al, Mejía, H. y Ramos, L., 2022). La evidencia empírica nos afirma que la pandemia producto de la COVID-19, ha generado efectos negativos a nivel económico y social, siendo el más perjudicado la salud en general y las condiciones del estilo de vida en las personas, el cual acarreó también problemas psicológicos, como la depresión; ya que durante la pandemia se estima un aumento del 25 % en la prevalencia mundial de la ansiedad y depresión (OPS, 2021). Sin embargo, no solo se presentaron consecuencias negativas de gran impacto psicológico en el personal de salud.

También, ante la mención de estado de emergencia y el mandato de cuarentena, León (2021) afirmó, a través de su estudio, estadísticas donde se evidencia altos indicadores de abuso y violencia hacia la mujer. Asimismo, durante el año de encierro pandémico, la OMS (2021) aseveró las siguientes cifras de mujeres que experimentaron violencia física y/o sexual en una de cada tres mujeres por parte de su pareja sentimental o violencia sexual por algún tercero, las víctimas se encontraron en rangos de edad de 15 a 49 años.

En la región Junín, la problemática no es diferente, se contabilizó, aproximadamente,

un total de 33,427 personas con depresión en el 2020 (Comercio, 2021). Y por el lado de cifras de violencia según lo referido por la Coordinación de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Junín, una de cada tres féminas han recibido violencia a nivel psicológico, físico o sexual, siendo un total de ocho mil setecientos cincuenta y cinco casos detectados del mes de enero a noviembre del 2022, además existen signos relacionados a la depresión en niñas, adolescentes y mujeres que sufren violencia, estos síntomas en su mayoría son los siguientes: Un cambiante estado de ánimo, bajo rendimiento académico, irritabilidad y aislamiento (Palomino, 2022). Ante ello nos cuestionamos ¿cómo funciona nuestro sistema psíquico tanto a nivel cognitivo, afectivo, volitivo y somático, cada vez que “nos deprimimos”, y más aún en mujeres que sufren violencia?

Por otro lado, la literatura nos menciona que los esquemas desadaptativos se inician en edades tempranas, producto de ambientes hostiles, como maltratos y negligencias; dichos esquemas se establecen de forma inoperante perjudicando nuestros pensamientos y emociones, a medida que se presenten diferentes adversidades, adjudicando una vulnerabilidad en la psique. En consecuencia, ¿son acaso los esquemas desadaptativos factores de vulnerabilidad para explicar el funcionamiento de la depresión en mujeres víctimas de violencia? Y si ese fuese el caso, ¿qué esquemas estarían correlacionados en los distintos niveles de depresión, en mujeres violentadas? También, considerando que los esquemas desadaptativos son generados en etapas tempranas, ¿podrían estos factores predisponer la presencia de depresión en mujeres que sufren violencia? Ante la problemática presentada es necesario realizar un estudio, el cual está enfocado al conocimiento de aquellos aspectos psicológicos que intervienen en los procesos depresivos de mujeres violentadas para poder salvaguardar su bienestar tanto emocional como físico.

Bajo esta información es indispensable realizar un estudio sobre la relación que podría existir entre la presencia de esquemas disfuncionales y la depresión, priorizando su estudio en

el sexo femenino víctimas de violencia, ya que en estudios la incidencia en mujeres se observó la presencia los síntomas depresivos como dos veces más que en los hombres. Por tanto, este estudio permitiría conocer los aspectos psicológicos del problema a fin de poder ajustar las técnicas de intervención, promover la salud mental y velar por bienestar de las personas.

1.1. Formulación del Problema

1.1.1. Problema general

¿Qué relación existe entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023?

1.2. Objetivos del Estudio

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.
- Determinar la relación entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.
- Determinar la relación entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.
- Determinar la relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.
- Determinar la relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023.

1.3. Justificación e Importancia del Estudio

1.3.1. Justificación teórica

A nivel teórico, la presente investigación está avalada por teorías de carácter integrativo, entre ellas la teoría cognitiva, la teoría del aprendizaje y el desarrollo evolutivo, las cuales proponen ceñir las disfunciones psíquicas.

Acercas de la variable esquema precoz desadaptativo, está avalada por los postulados por Jeffrey Young (2013), quien propone un modelo integrativo basado en una terapia afectiva emocional denominada “terapia de esquemas”, ante la necesidad de sujetar estrategias que

ayuden a comprender como las experiencias vividas a lo largo de la vida de una persona puede contribuir de forma significativa en la configuración de su identidad personal.

Por otro lado, la variable depresión es sustentada por el modelo cognitivo de Aaron T. Beck (2010), quien menciona que los eventos traumáticos favorecen la aparición de creencias desadaptativas que van a predisponer a la depresión; mientras que los factores estresantes actuarían como precipitante, asimismo los postulados del modelo conductual de Ferster (1973, citado en Martell et al, 2013), quien hace énfasis en la ausencia de reforzadores positivos y la importancia de reactivar conductas placenteras para explicar y tratar este fenómeno

Asimismo, la presente investigación cuenta con un nivel de importancia considerable en la comunidad científica; ya que no existen antecedentes en el contexto nacional y local, que expliquen la relación entre ambas variables de estudio en una muestra con mujeres víctimas de violencia; por lo tanto, determinar la relación de esquemas maladaptados y la depresión podría contribuir a nivel personal, social y terapéutico.

1.3.2. Justificación metodológica

A nivel metodológico, el estudio fortalece los postulados de un método descriptivo correlacional, corte transversal, no experimental, considerándose como una investigación empírica. Por tanto, el uso de este método nos permite correlacionar nuestras variables de estudio en un momento determinado y sirve como antecedente metodológico para posteriores estudios en relación con las mismas variables. Además, los instrumentos utilizados poseen una adecuada confiabilidad, validez y consistencia en población local, el cual sería de gran utilidad para futuras investigaciones.

1.3.3. Justificación práctica

A nivel práctico, al ser la depresión un problema con tasas elevadas de padecerla a nivel mundial, se busca conceder aportes a la comunidad clínica de la salud mental, para un

eficaz abordaje de la depresión, basado en un modelo de esquemas, contribuyendo en la mejora de la salud mental. Asimismo, a modo de promocionar y prevenir a la sociedad o población en general, se busca estilos de crianza adecuados para evitar adquirir esquemas disfuncionales en edades tempranas y que estas se manifiesten en la edad adulta siendo vulnerables a padecer de Depresión.

1.4. Hipótesis del Estudio

1.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023

1.4.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Hipótesis específica 2

Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Hipótesis específica 3

Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Hipótesis específica

Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Hipótesis específica 5

Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023.

1.5. Operacionalización de Variables

1.5.1. Variable 1

Tabla 1

Descripción de VI. Esquemas precoces desadaptativos

Variable 1	Esquemas precoces desadaptativos		
Instrumento	-Young Schema Questionnaire Short Form Third Edition (YSQ-S3) -Cuestionario de esquemas de Young, tercera versión (YSQ-S3)		
Definición conceptual	Según Young (1990-1999), los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos de experiencias arraigadas durante el desarrollo de la infancia o la adolescencia, estos integran las emociones, pensamientos y sensaciones en relación con un recuerdo; lo cual queda implantadas en la psique humana y se obtuvo como resultado un comportamiento disfuncional en diferentes ámbitos de la vida de una persona.		
Dimensiones	Esquemas	Ítems	Escala de valoración
Desconexión y rechazo	Abandono /inestabilidad	(2,20,38,56,74)	Los 90 ítems del YSF-3 tiene una valoración del 1 al 6 (puntos):
	Desconfianza/abuso	(3,21,39,57,75)	
	Privación emocional	(1,19,37,55,73)	
	Imperfección/vergüenza	(5,23,41,59,77)	
	Aislamiento social	(4,22,40,58,76)	
Deterioro en autonomía y desempeño	Dependencia/ incompetencia	(7,25,43,61,79)	1 = “totalmente falso” 2=“ la mayoría de veces falso” 3= “más verdadero que falso” 4=“en ocasiones verdadero” 5= “la mayoría de veces verdadero” 6= “me describe perfectamente”
	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	(8,26,44,62,80)	
	Apego confuso/ Yo inmaduro	(9,27,45,63,81)	
Límites deficitarios	Fracaso	(6,24,42,60,78)	
	Grandiosidad/autorización	(14,32,50,68,86)	
Dirigido a las necesidades de los demás	Autocontrol insuficiente/ autodisciplina	(15,33,51,69,87)	
	Subyugación	(10,28,46,64,82)	
	Autosacrificio	(11,29,47,65,83)	
Sobrevigilancia e inhibición	Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento	(16,34,52,70,88)	
	Negatividad/pesimismo	(17,35,53,71,89)	
	Inhibición emocional	(12,30,48,66,84)	
	Metas inalcanzables/hipercriticismo	(13,31,49,67,85)	
	Castigo	(18,36,54,72,90)	

1.5.2. Variable 2: Depresión

Tabla 2

Descripción de V2. Depresión

Variable 2	Depresión		
Instrumento	Inventario de depresión de Beck (BDI-II)		
Definición conceptual	Aaron T. Beck, define a la depresión como resultado de una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro, producto de esquemas negativos en una temprana edad, el cuál permanece latente y activo ante adversidades.		
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valoración
Unidimensional (Depresión)	Tristeza	1(1)	Cada ítem debe ser valorado en una escala de 0 a 3 puntos, según la sintomatología del paciente. Interpretación general de la depresión: 0-6 = Mínimo 7-11 = Leve 12-16 = Moderado 17-63 = Severo
	Pesimismo	1(2)	
	Fracaso	1 (3)	
	Pérdida del placer	1 (4)	
	Sentimientos de culpa	1 (5)	
	Sentimiento de Castigo	1 (6)	
	Disconformidad con uno mismo	1 (7)	
	Autocrítica	1 (8)	
	Pensamientos o deseos suicidas	1 (9)	
	Llanto	1 (10)	
	Agitación	1 (11)	
	Pérdida de interés	1 (12)	
	Indecisión	1 (13)	
	Desvalorización	1 (14)	
	Cambios de apetito	1 (18)	
	Pérdida de energía	1 (15)	
	Cambios de hábitos de sueño	1 (16)	
	Irritabilidad	1 (17)	
	Dificultada de concentración	1 (19)	
	Cansancio o fatiga	1 (20)	
	Pérdida de interés en el Sexo	1 (21)	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Aguas (2022), en su trabajo de tesis “Los esquemas maladaptativos tempranos y su correlación con depresión y bipolaridad: una revisión sistemática”, hace una valoración de artículos científicos del 2011 al 2021 en correlación de dichas variables de estudio. El tipo de investigación fue denominada revisión sistemática, con un diseño de carácter no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo. Asimismo, el estudio se basó de 10 artículos con base empírica, extraídas de fuentes confiables. Los autores llegaron a la conclusión subsiguiente: la mayoría de los estudios tuvieron mayor interés en la depresión y no en el trastorno bipolar, asimismo en la mayoría se hizo uso de los instrumentos psicológicos siguientes, BDI-II y el YSQ-versión corta; por otro lado, los esquemas maladaptativos tempranos tienen significancia con la depresión y bipolaridad, sin embargo, no fue viable distinguir esquemas representativos para cada trastorno en estudio.

Por su parte, Agudelo et al. (2021), en su investigación integrativa denominada “Relación entre afecto negativo y dominios de esquemas maladaptativos tempranos como variables de personalidad en el trastorno depresivo mayor: un estudio de casos y controles”, plantearon el objetivo de explorar el peso del afecto negativo y los dominios de los esquemas maladaptativos tempranos como indicador de variables de la personalidad asociados a la depresión. La metodología empleada fue de carácter cuasiexperimental y la muestra estuvo constituida por 238 pacientes diagnosticados con depresión mayor y 236 de la población sin diagnóstico. Asimismo, se hizo uso de los siguientes instrumentos: entrevista estructurada M.I.N.I; Cuestionario de Depresión IDER, compuesta por 20 ítems, 10 evalúan estado y el

restante rasgo; Inventario de Ansiedad Estado Rasgo STAI, compuesta por 40 ítems y el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-SF de 75 ítems. Los autores concluyeron que los pacientes con Depresión presentaron niveles más altos de afecto negativo rasgo y mayores puntuaciones en los dominios de esquemas maladaptativos tempranos en comparación con los controles

Mientras que Lucadame et al. (2017), en su estudio denominado “El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión”, analizaron cuáles fueron los esquemas desadaptativos intermediarios en los tipos de estilos parentales y los indicios de la depresión. El diseño del estudio planteado fue descriptivo-correlacional. Asimismo, la muestra estuvo conformada por 310 estudiantes universitarios en el rango de edades de 18 a 46 años de la facultad de psicología. También, se utilizaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Esquemas de Young-abreviado, compuesto por 75 ítems con 15 subescalas, el Inventario de Estilos Parentales de Young, de 72 ítems con 17 subdimensiones y el Listado de síntomas breves (LSB-50), conformada por 50 afirmaciones de tres escalas que miden los signos de la depresión. Los autores llegaron a la conclusión subsecuente: el constructo de la depresión fue significativamente correlacional con los dominios de la figura paterna-materna de los estilos parentales y con los 15 esquemas desadaptativos.

A su vez, Ribeiro et al. (2014), en su artículo “Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: estudio de comparación intergrupala”, tuvieron la finalidad de verificar si hay diferencia en los puntajes alcanzados en la evaluación de esquemas desadaptativos tempranos en sujetos con y sin depresión, así como indagar si hay relación entre los esquemas y los síntomas de la depresión. Asimismo, la investigación presente es de tipo cuantitativo, transversal, de comparación intergrupala. La muestra estuvo constituida por 238 sujetos de población general, divididos en dos grupos: participantes con síntomas depresivos y

participantes sin síntomas depresivos con edades entre 18 a 59 años. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF 2) con 75 ítems y la Escala Factorial de Ajuste Emocional/Neuroticismo (EFN-Hutz y Nunes, 2001), conformada por 82 ítems y 4 subescalas: ansiedad, depresión vulnerabilidad e inadaptación psicosocial; en el presente estudio, se empleó únicamente el factor depresión con 20 ítems. Los autores concluyen que sí existe correlación positiva ($p < 0,001$) entre la sintomatología depresiva y los esquemas desadaptativos tempranos, hace mayor énfasis en el dominio de rechazo/desconexión ($p < 0,005$), autonomía y desempeño perjudicados ($p < 0,001$) y supervigilancia e inhibición ($p < 0,039$).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Barreda (2021), en su artículo original conocido como “Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas de depresión en personas atendidas en un hospital especializado en salud mental”, estableció la diferencia de los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) en sujetos con y sin síntomas depresivos, asimismo evaluó la vinculación entre los síntomas de depresión y los EDT. Asimismo, en su metodología empleada fue descriptivo correlacional, donde la muestra fue constituida por 371 pacientes de un nosocomio especializado en la ciudad de Lima, los cuales fueron seleccionados mediante criterios de inclusión (muestreo intencional), así con la aplicación del BDI-II, se subdividió en dos grupos, 135 con ausente o nulos niveles de depresión y 136 con leve, moderado y graves niveles de depresión. Además, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario de Esquemas de Young-Versión breve (YSQ-S3) de 90 ítems, evaluados en escala Likert. La autora concluyó que existe diferencias significativas en muestras clínicas (personas con síntomas de depresión), con mayor intensidad en los esquemas desadaptativos a diferencia de los que no, además 17 esquemas y 5 dimensiones guardan relación con sintomatología depresiva.

A su turno, Meza y Santayana (2019), en la publicación de un artículo denominado “Esquemas maladaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados”, tuvieron la finalidad de comparar la relación existente entre sus variables de estudio, los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión en pacientes hospitalizados en una institución de salud de Lima. El estudio es cuantitativo con un diseño descriptivo/correlacional. Asimismo, la muestra se encuentra conformada por 100 pacientes del sexo masculino con edades entre 18 a 23 años quienes son internos de distintas unidades de hospitalización. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ–SF 3) con 90 ítems, la cual indica una validación de parte del criterio de jueces en el 2013, Perú. También, utilizaron la Escala de Depresión de 20 frases formuladas en términos negativos y positivos en relación con la problemática. Los resultados que obtuvieron fueron la correlación significativa entre el esquema de negatividad (percepción negativa de apreciar el entorno de forma pesimista) y la depresión.

A su vez, Huerta (2017), en su estudio “Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de lima”, tuvo como objetivo analizar la relación entre los dominios de los esquemas cognitivos disfuncionales y la dependencia emocional. El método utilizado fue de tipo sustantivo correlacional y de diseño descriptivo correlacional, transversal. Asimismo, la muestra fue conformada por 385 mujeres clasificadas por la presencia o no de violencia, con edades entre 14 a 60 años. Para la recolección de datos se utilizó la ficha de datos sociodemográficos. Además, los instrumentos utilizados fueron la ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ–SF 3) de 90 ítems en una escala tipo Likert por 6 enunciados y El Inventario de Dependencia Emocional de Aiquipa, J (IDE) que consta de 49 reactivos valorados en seis puntos en una escala Likert. En el estudio se concluye que existe una correlación significativamente positiva, entre la dependencia emocional y las cinco

dimensiones de los esquemas ($p < 0.01$), predominando la dimensión desconexión y rechazo; dimensión deterioro en autonomía-ejecución y dimensión sobrevigilancia e inhibición ($r = 0.678$, $r = 0.679$ y $r = 0.660$, respectivamente).

Mientras que Castañeda y Fernández (2017), en su tesis denominada “Esquemas maladaptativos tempranos y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja”, determinaron la correlación entre las dimensiones de los esquemas maladaptativos tempranos y la dependencia emocional. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental. Asimismo, la muestra fue de 130 mujeres que oscilan entre edades de 18 y 50 de un departamento de criminalística forense. Para medir las variables se utilizó el Inventario de dependencia emocional (IDE) Aiquipa consta de 46 reactivos y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ–L2) de 71 ítems. En el estudio se concluye que existe una correlación significativamente positiva, entre la dependencia emocional y los esquemas desadaptativos ($p < 0.01$).

2.1.3. Antecedentes locales

Quiñon y Cataño (2021), en su artículo publicado “Participación de los esquemas desadaptativos en la violencia de pareja y el bienestar psicológico: una revisión descriptiva de la literatura”, tuvo como intención analizar las literarias respecto a los esquemas desadaptativos en la violencia y bienestar psicológico en la pareja. El tipo de estudio fue de revisión de literatura con un enfoque cualitativo, descriptivo. Asimismo, la colecta de información se basó bajo los criterios de inclusión y exclusión de 16 trabajos académicos en idiomas inglés, portugués y castellano publicadas a partir del 2015. Los autores concluyeron que los esquemas se forman a partir de experiencias negativas en edad temprana, asimismo dichos esquemas desadaptativos perjudican en los recuerdos a nivel corporal, emocional y cognitivo, dando pie a ser más vulnerables a la depresión, finalmente los esquemas más relacionados en esta población son 3; del dominio desconexión y rechazo, autonomía y rendimiento.

Por su parte, Lauro (2019), en su tesis denominada “Esquemas tempranos desadaptativos y dependencia emocional en mujeres estudiantes de psicología de una universidad de Huancayo”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la dependencia emocional y los esquemas tempranos desadaptativos en mujeres estudiantes de psicología de una Universidad de Huancayo, 2019. Asimismo, la metodología fue de corte correlacional con diseño no experimental transaccional, donde se hizo uso del Cuestionario de Esquemas de Young forma abreviada (YSQ-SF) con 75 ítems, adaptada por Junior Hilario y el Inventario de dependencia emocional, con siete factores, adaptado por Jesús Aiquipa. La muestra estuvo integrada de 115 estudiantes mujeres de pregrado-cuarto ciclo. Concluyendo que existe una relación directa entre ambas variables de estudio.

2.2. Aspectos Teóricos

2.2.1. Esquemas precoces desadaptativos

2.2.1.1. Esquema

Como primer apartado de la importancia de la teoría, se presentará al “esquema” desde un marco extenso de áreas de estudio. Para empezar el concepto según el diccionario de la Real Academia Española es el siguiente: “Esquema es la idea que alguien tiene lo cual influye en su comportamiento” (Real Academia Española, 2018); es decir, la cognición que presenta el individuo según su experiencia influirá en su forma de responder ante los estímulos externos.

En cuanto otras áreas de estudio, en la educación, hace uso del concepto de esquema como un instrumento donde se organiza ideas, imágenes y codificaciones que sirven para facilitar el proceso de aprendizaje. Asimismo, en la tecnología de la información su uso es recurrente.

2.2.1.2. Desde la psicología “esquema”

Para Piaget, los esquemas son estructuras mentales manifestadas a través del

comportamiento del infante, expone que dicho comportamiento refleja el inicio del patrón para convertirse con el tiempo en un acto voluntario y finalmente en operaciones mentales. Piaget, en su teoría evolutiva, expone dos procesos de aprendizaje: asimilación y acomodación, donde añade que la asimilación es la interpretación o capacidad de comprender una nueva experiencia sobre la base de esquemas previos y la acomodación como la adaptación de los conocimientos presentes que consiste en moldear los conocimientos actuales para incorporar información nueva (Piaget, 2000). Asimismo, añadió que en el desarrollo humano implicaba la adquisición de esquemas o también denominadas estructuras cognitivas de forma latente que permitían pensamientos y acciones organizados (Flavell, 1985 citado por Schunk, 2012), es decir, los esquemas son un reflejo de las experiencias previas y establece el propio conocimiento en un determinado momento.

Mientras que, en la teoría del aprendizaje, Schunk (2012) agrega “un esquema es una estructura que organiza grandes cantidades de información en un sistema significativo” (p. 189).

Por su parte, en la terapia cognitiva también se subraya la significancia de los esquemas en los procesos cognitivos y su actuación en la forma de respuesta ante los estímulos de experiencias que rodean al individuo. Por ello, Beck y colegas (1967; citados en Young, 1999), en su estudio de la *Depresión: causas y tratamiento*, incorporaron el término *esquema* en sus investigaciones y en el desarrollo original del tratamiento para la depresión, exponiendo lo siguiente: “Un esquema es una configuración cognitiva para recopilar, sistematizar y evaluar la información que recibe el individuo del medio externo; por lo tanto, el molde compacto cognitivo permitirá al individuo percibir e interpretar cada experiencia de forma significativa” (p. 16). Lo que exponen los autores es cómo los procesos cognitivos perciben e interpretan a una respuesta de información ya contenida desde la selección, sistematización y evaluación. Tal proceso se denomina “esquema”, lo cual posteriormente A. Beck (1976) incorpora dicho

constructo dentro de la triada cognitiva.

2.2.1.3. Desde el modelo cognitivo conductual

La terapia de esquemas de Young (2013) tuvo marcha de transformación a partir del tratamiento cognitivo de A. Beck (Rodríguez, 2019). El psiquiatra estadounidense Aaron Beck ha reflejado influencia en el avance de tratamientos en el ámbito clínico y educativo desde los años 60. Uno de sus mayores caminos fue sus investigaciones relacionadas con la depresión, por lo que se concluye que las personas que sufren de este trastorno mental no sean porque buscan el fracaso, sino porque distorsionan su realidad recogiendo perspectivas negativas sobre sí mismo (Ruiz et al., 2012). Por ello, el tratamiento cognitivo para la depresión tiene como objetivo la reestructuración de pensamientos distorsionados que generan incomodidad al individuo (Dahab et al., 2002). Al conocer los avances de la teoría cognitiva, también surgió la necesidad del estudio de la respuesta tras la cognición, por ello se integra a la terapia racional emotiva conductual de Ellis, que dio la integración de cognición y conducta, lo cual se denomina terapia cognitivo conductual (Ruiz, et al., 2012).

El modelo cognitivo conductual ha demostrado resultados positivos a la comunidad científica con su tratamiento psicológico para el eje I, como los siguientes: trastornos del ánimo, ansiedad, somatomorfos, alimentarios y de abuso de sustancias; centrándose en la reducción de síntomas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas (Young, et al., 2013). Es decir, con entrenamiento, el sujeto puede acceder a sus emociones, como identificar la culpa, la tristeza, la ira, entre otras; lo cual lo ayudará a observar y registrar cada sentimiento y pensamiento, también se permitirá abrirse al acceso de imágenes y cognición que lo ayudará en su progreso (Young, et al., 2013); ya que, durante el desarrollo de la terapia, la persona aprende a identificar los pensamientos negativos, analizarlos para transformarlos en pensamientos realistas e indudables, conduciendo a cambios positivos en el estado de ánimo y su perspectiva de sí mismo, del marco social y del futuro (Dahab et al., 2002). Asimismo, lo

importante en la terapia es la relación terapéutica es manifestada de forma visible, ya que es evidenciado en el cumplimiento de tareas y en la colaboración de cambios que puedan sujetarse al tratamiento.

Sin embargo, aunque múltiples estudios aprobaron la eficacia de las estrategias y técnicas que contiene el tratamiento de la TCC en pacientes con depresión, significativamente para ciertos pacientes no funciona satisfactoriamente (Rodríguez, 2019). Asimismo, según Young et al. (2013), el 60 % equivale a un índice que recibieron el tratamiento de la terapia cognitivo conductual eficientemente ameno para la depresión, mientras que existe un 30 % de recaída tras un año de tratamiento. Es decir, hay un grupo de personas que acarrean consigo aún una visión negativa que aún no se comprende.

Bajo la visión de una persona con depresión y las creencias o supuestos básicos disfuncionales que son complicados de remediar, son asignados como esquemas depresivos, aquellos que se esfuerzan por mantenerse, que manejan la información de actos, emociones y creencias latentes sobre sí mismo (Figuroa, 2002). Cuya información de los esquemas se encuentran almacenadas en la memoria de largo plazo, por ello se observa dificultoso salir de la depresión para algunas personas; ya que los esquemas dan origen al proceso cognitivo asignado “pensamiento automático” (Figuroa, 2002). Aquello característico de responder ante un estímulo de forma automática o como se encuentra registrado en el sistema emocional para dar una respuesta conductual de una determinada forma y momento. Por lo tanto, para Kovacs y Beck (1978), los esquemas son los que subyacen a las condiciones negativas e integran el núcleo de la afección (Figuroa, 2002).

No obstante, el enfoque teórico de Young se centra en el estudio del origen de los esquemas, estilos de afrontamiento y modos para superar la problemática de diagnósticos crónicos como la depresión difícil de tratar, mientras para la terapia cognitiva es secundario (Young et al., 2013).

2.2.1.4. Esquemas de Young

Para Young, un esquema es un patrón, una estructura conformada por cogniciones, emociones, sensaciones y recuerdos capturados de sí mismo y la relación con el entorno social, desarrollándose desde la niñez o adolescencia (Young et al., 2013). En 1999, el autor añade al constructo esquema el término *disfuncional* para identificar patrones inadaptados desarrollados en la infancia que se perpetuaran a lo largo de la vida (Castrillón et al., 2005). Donde estos esquemas disfuncionales se expresan posteriormente en la vida adulta configurándose y respondiendo de forma inadaptada.

Desarrollo

Young (2013) añade que muchos esquemas se desarrollan en el estadio preverbal antes que el niño obtenga el lenguaje. Lo cual es característico de los niños antes que adquiera el lenguaje, que solo almacenen emociones, sensaciones corporales y recuerdos.

Asimismo, el autor refiere que el desarrollo de los esquemas son producto de la carencia emocional temprana y como el resultado de experiencias tóxicas en la niñez (Young et al., 2013), seguido de ser registradas e interpretadas inconscientemente hasta que se perpetua en la vida. Estas necesidades emocionales insatisfechas son un factor clave en el origen de los esquemas, ya que no fueron satisfechas durante los primeros años de vida del infante, por lo tanto, no se origina vínculos seguros (Rodríguez, 2019). Entre ellos la autonomía, libertad de expresión o el sentimiento de autoridad no llegan a ser satisfechas de forma funcional.

Por lo tanto, los esquemas son producto de las experiencias desagradables como traumas emocionales que se acumulan en el tiempo y en una edad adulta se recrean situaciones similares expresándose como respuesta involuntaria disfuncionales. Es decir, si un niño experimenta un ambiente emocional negativo, el menor almacenara el comportamiento hostil del que fue tratado, donde será atribuido dicha respuesta a otras vivencias.

Características

Los esquemas se clasifican en incondicionales y condicionales, por lo tanto, el esquema que se encuentra contenido es incondicional, mientras que los esquemas condicionales son producto del esfuerzo del individuo por mitigar los esquemas incondicionales. Young expone a los esquemas incondicionales como primarios lo cual agrupa a la privación emocional, imperfección, aislamiento social, dependencia e incompetencia y algunas creencias irracionales como los siguientes: el fracaso, negatividad y pesimismo, castigo, grandiosidad; por otro lado, el esfuerzo de los esquemas condicionales se encuentra: la subyugación, autosacrificio, inhibición emocional, metas inalcanzables y búsqueda de aprobación o reconocimiento (Young et al., 2013).

2.2.1.5. Complejidad de los trastornos mentales

Para ello, Young, Klosko y Wheishaar (2013) señalan que para pacientes caracterológicos es complicado definir el núcleo del problema, ya que es necesario realizar cambios constantes en el tratamiento, por lo cual los pacientes mencionados suelen carecer de flexibilidad cognitiva y rigidez, por lo tanto, será difícil acceder a sus propios pensamientos.

2.2.1.6. Modelo integrativo

Jeffrey Young y colaboradores (1990-1999, citado por Young, 2013, p. 27) presentan un modelo integrativo basado en técnicas psicológicas de diferentes escuelas como los siguientes: cognitivo conductual, Gestalt, la teoría del apego, relaciones objetales y el psicoanálisis; que resulta en un tratamiento unificador para enfermedades mentales crónicas como trastornos de personalidad y trastornos del eje I. Según Young (1993), estos problemas psicológicos se caracterizan por ser crónicos, arraigados, permanecen en el tiempo, Y generan problemas interpersonales o rigidez en patrones conductuales (López et al., 2011). Por ello, la propuesta unificadora, denominada terapia de esquemas, donde se enfatiza la importancia de

la relación terapéutica, experiencia afectiva y discusión de experiencias vividas en épocas tempranas de la vida, la cual ha demostrado ser útil en problemas complejos de pareja, tratamiento de agresiones y prevenciones, recaídas en pacientes con adicciones a sustancias (Young et al., 2013).

2.2.1.7. Condición biológica

Para comprender el concepto esquema es necesario también conocer desde una perspectiva biológica. Según Rodríguez (2014), las investigaciones de la biología del cerebro señalan localizaciones cerebrales donde las experiencias traumáticas alcanzarían a originar esquemas, como el abandono o el abuso, viéndose implicadas el condicionamiento del miedo y trauma en la extensa red cerebral.

Aprendizaje y memoria

Para la integración y organización de nueva información temporal hasta llegar al sistema sensorial, el cerebro experimenta procesos donde da lugar a dos funciones psicológicas superiores el aprendizaje y la memoria, lo cual se encuentran profundamente ligados (Pérez, 2015). El aprendizaje comprende de la adquisición y moldeamiento de conocimientos, habilidades y destrezas; y, la memoria cumple funciones de retención, registro y evocación de información.

Retención. Información reciente, lo cual es trasformada en representación mental e interpretada en el cerebro a través de los sentidos.

Registro. Almacenamiento de experiencias vivenciales

Evocación. Información remota o antigua que implica que el recuerdo fue trasladado a la conciencia

Por lo tanto, se infiere que solo se puede acreditar un aprendizaje si se recuerda de un episodio o situación de la vida al haber sido registrada en la memoria.

El contenido emocional

Procede como una tensión cerca al sistema nervioso periférico, estimulando y retomando el impulso nervioso para el buen funcionamiento de la memoria en la codificación y consolidación (Justel, Psyrdellis y Ruetti, 2013). No obstante, la memoria no solo codifica, registra y evoca un contenido emocional grato, sino va de acuerdo con la significancia emocional de la vivencia que tuvo como, por ejemplo: un desarrollo traumático. Según el extracto de la investigación de LeDoux (1996), se infiere que también se determina un aprendizaje en el marco de una vivencia traumática, donde estos recuerdos se establecen en un sistema que compromete al hipocampo y a las áreas corticales. Asimismo, los recuerdos inconscientes se asientan por medio del condicionamiento del miedo que son procesados a través de la amígdala (Rodríguez, 2014). En consecuencia, el condicionamiento de miedo y trauma no solo se ve comprometida con un único sistema sino en la amplia red cerebral, dejando de existir un único sistema emocional, sino múltiples en el cerebro. Por ello, los eventos prematuros de alto impacto emocional son reproducidas por las personas en situaciones similares a la experiencia traumática vivida.

Memoria emocional y cognitiva

De acuerdo con la autora Pérez (2015), el miedo es una emoción que alarma al organismo de posibles perjuicios, daños o amenazas, es decir, a mayor frecuencia de la emoción se tiene mejor eficiencia para reaccionar a eventos posteriores que contienen estímulos de un contexto semejante. En estudios con interés en la emoción de miedo lo cual produce alarma, se ha visto comprometido las investigaciones acerca del almacenamiento emocional en el cerebro.

La amígdala es una estructura localizada en el lóbulo temporal, donde su función es el de almacenar la memoria emocional, mientras que el hipocampo y neocórtex almacenan la memoria cognitiva (LeDoux, 1994); donde las respuestas emocionales pueden no ser influidas

por el sistema de procesamiento superior, como el: la conciencia, pensamiento y razonamiento (Young et. al., 2013). Lo cual, los autores indican una serie de características entre ambos sistemas:

- La amígdala registra las reacciones emocionales que son inconscientes lo cual evidencia “la emoción sin cognición”. Lo cual significa que no es necesario hacer uso del pensamiento para que las emociones sean registradas en la amígdala.
- Ante el peligro, la información llega primero a la memoria emocional (amígdala) mucho antes que a la memoria cognitiva (el córtex), “Emoción antes que cognición”.
- Las respuestas corporales ante una emoción son automáticas.
- Para LeDoux (1994), los recuerdos emocionales parecen ser indelebles en el cerebro, lo cual indica que no pueden borrarse de la memoria por el impacto emocional que traen consigo, Por ello, Young y colaboradores (2013) añaden que aquellas respuestas frente al estímulo suelen tener un valor de supervivencia, lo cual los hace resistentes a su eliminación.

Por lo tanto, en la diferencia entre el córtex y amígdala, el primero suprime las respuestas basadas en valoraciones cognitivas, en cambio, la segunda evoca respuestas y no inhibe.

Por ello, la estructura de un esquema que ha sido desarrollado por medio eventos negativos significativos que macaron en la edad prematura, suelen ser difíciles de desprenderse de las redes que implican a la memoria sensorial aún con el esfuerzo de modificarlos, terminando siendo recuerdos impermeables en el tiempo y siendo parte de posteriores respuestas que serán evocadas en determinadas situaciones que se repitieron con frecuencia y

de acuerdo con la intensidad emocional que partió la experiencia.

2.2.1.8. Esquemas precoces desadaptativos

Generalidades

Acuñado por Young y colaboradores como “esquemas tempranos inadaptados” (López et. al., 2003). Siendo denominados patrones disfuncionales que implican a nivel cognitivo y emocional. Asimismo, tiene el mismo significado conceptual de Cid (2009), quien denominó “esquemas precoces desadaptativos”, las cuales se originan de necesidades emocionales insatisfechas durante la infancia, reiterándose a lo largo de la vida adulta. Por lo que es necesario referir que las conductas disfuncionales no son propios de los esquemas, sino las respuestas que genera un esquema que van siendo en un grado significativo inadaptados.

Según Young y Klosko (2007), las cinco necesidades universales son las siguientes: *pertenencia*, lo cual implica la seguridad, afecto, aceptación, estabilidad; *autonomía*, que integra la competencia y el sentido de identidad; *libertad de expresión*, en cuanto a emociones y deseos; *espontaneidad y límites realistas* y autocontrol. Por lo tanto, la aparición de un esquema tiene que verse implicado por insatisfacción de necesidades universales que planteó Young, formándose en el tiempo en relación con las figuras cuidadoras.

Asimismo, el grado de disfuncionalidad de los esquemas se presentan en la edad adulta, cuando las respuestas que se brindan ya no son adaptadas a la realidad, o se muestra deficiencia para mantener relaciones interpersonales. Según Young y Klosko (2007), los esquemas pueden expresarse con distintos grados de gravedad, rigidez y oposición (López et al., 2011). Ya que el mismo autor Young (2013), añade que una de las características de los esquemas disfuncionales es su impermeabilidad en el cerebro, por lo tanto, ante una situación similar el cerebro evocara respuestas que se encuentran en la memoria sensorial. Por ello, la resistencia al cambio se deberá a la edad prematura que genero el esquema de la intensidad del impacto

emocional.

Características

Las principales características de los esquemas precoces desadaptativos son los siguientes:

- i. Son estructuras centrales de verdades a priori de uno mismo y del entorno.
- ii. Son resistentes al cambio o modificación alguna, por lo tanto, se mantienen en el tiempo.
- iii. Existe una interferencia entre las consecuencias del producto de esquemas disfuncionales y querer satisfacer las necesidades nucleares necesarias para un buen funcionamiento vital.
- iv. Los esquemas inadaptados se activan en la presencia de estímulos relacionado con el impacto emocional; es decir, a estímulos con niveles elevados de afecto.
- v. Las respuestas contraproducentes son el resultado de la correlación del temperamento, situaciones de miedo o dolorosas en relación con los cuidadores en los primeros años de vida.

Dimensiones de los esquemas precoces desadaptativos

Dimensión I. Familia distante y fría

Es un disparador para el desarrollo de esquemas disfuncionales de dominio uno, cuando en la familia o ambiente de crianza de un niño en sus primeros años de vida, existe la ausencia de afecto, aprobación, la seguridad de parte de los cuidadores.

Tabla 3*Dimensión I. Desconexión y rechazo*

Desconexión y rechazo	
Abandono/Inestabilidad	Se hace referencia al individuo que tiene la impresión de que las personas cercanas e importantes para él, dejaron de brindarle su apoyo y protección de una forma impredecible, aun cuando más los necesita.
Desconfianza/abuso	El individuo se siente convencido que las personas terminan haciendo daño al resto con manipulación, con mentiras o se aprovechan por conveniencia o beneficio propio.
Privación emocional	Noción del individuo al no recibir afecto, o no ser escuchado, por lo tanto, cree que las personas significativas a su entorno no podrán brindarle el apoyo emocional que requiere.
Imperfección/vergüenza	Es embargado por el sentimiento de inferioridad e incapacidad de cubrir una actividad importante, teniendo temor a mostrarse ante los demás debido que no se cree merecedor de ser querido o amado.
Aislamiento social/alienación	Percepción de ser diferente al resto, de no encajar con el entorno al no presentar sentido de pertenencia.

Dimensión II. Familia complicada y sobreprotectora

El entorno familiar evita fortalecer lazos de confianza con el niño y no hay el intento de que él menor pueda desenvolverse fuera del entorno familiar, estas personas ya de adultas experimentan la fuerte sensación de necesitar de los demás para lograr sobrevivir, tomar decisiones, resolver problemas; ya que carecen de capacidad para actuar con autonomía y llevar una vida funcional.

Tabla 4*Dimensión II. Deterioro en autonomía y ejecución*

Deterioro en autonomía y ejecución	
Dependencia/Incompetencia	La creencia de ser insuficiente en la resolución de problemas, economía o decisiones útiles del día a día que implica responsabilidad si no recibe ayuda de alguien más
Vulnerabilidad al peligro o enfermedad	Miedo desmedido a eventos catastróficos o desastres naturales, enfermedades médicas, emocionales; donde su aparición podría ser sorpresivo y no poder lograr mantener el control.
Apego confuso/yo inmaduro	Existe adyacencia desmedida a una o varias personas importantes para el individuo (con frecuencia suele ser los progenitores), la creencia de que uno de los individuos no podrá perdurar sin el soporte del otro.
Fracaso	Convicción de fracasar ineludiblemente en la obtención de logros, ya sea: a nivel de deportes, académico o en una carrera profesional.

Dimensión III. Familia permisiva e indulgente

Desde muy temprana edad, los cuidadores no aplican límites, valores y disciplina al infante, lo cual de edades posteriores o de adulto tiende a agredir, mantener el poder sobre los demás a beneficio propio, sin medir las consecuencias.

Tabla 5*Dimensión III. Límites insuficientes*

Límites insuficientes	
Grandiosidad/ Autorización	Exagerada creencia de superioridad cree que no se encuentra sujeto a las normas de interacción social que implica reciprocidad, a fin de mantener dominio y control sobre los demás.
Insuficiente autocontrol/ Autodisciplina	Evita a toda costa situaciones incómodas, debido al insuficiente autocontrol y tolerancia a la frustración que pueda manejar, evitando expresar sus emociones e impulsos adecuadamente

Dimensión IV. Familia condicional

Implica aceptación condicional y poner las necesidades del niño en un segundo plano, es decir, estos niños con frecuencia ya de adultos suelen esforzarse en satisfacer las necesidades de los demás antes que los propios y accionar de forma cuidadosa a fin de mantener un vínculo emocional.

Tabla 6

Dimensión IV. Dirigido por las necesidades de los demás

Dirigido por las necesidades de los demás	
Subyugación	A fin de evitar situaciones que implican ira o abandono, el sujeto se siente obligado a someterse al control del resto. Siendo los sentimientos o necesidades de otros más importante que los propios.
Autosacrificio	Con la finalidad de mantener una conexión emocional con alguien más, es mejor satisfacer las necesidades de otros antes que las propias, de tal forma de evitar culpa o sufrimiento impropio.
Búsqueda de aprobación /reconocimiento	Percepción excesiva por la apariencia, estatus social o logros, para que el sujeto se sienta reconocido y consiga la aprobación social de las personas.

Dimensión V. Familia severa e inflexible

Tras una infancia carente de felicidad, control y rigidez. De adultos será dominante la conducta de accionar con esfuerzo, eficiencia y autoevaluación a costa de su felicidad.

Tabla 7*Dimensión V. Sobrevigilancia e inhibición*

Sobrevigilancia e inhibición	
Negatividad/pesimismo	Marco de miedo de cometer errores, debido a la desmedida sensación de resultar de forma negativa ya sea en el trabajo, a nivel económico o social, reduciendo las posibilidades positivas
Inhibición emocional	Restricción de sentimientos, conversación libre y acciones auténticas, a fin del temor a ser criticado, pasar vergüenza o evitar ser reprobado.
Metas inalcanzables /hipercrítico	A costa de evitar las críticas, el sujeto tiende a sobre exigirse, presionarse, autocriticarse y preocuparse por ser competente con sus metas en todo tiempo.
Castigo	Perspectiva firme y dura que los errores deben ser sancionados lo que causa que el sujeto se sienta airado e inflexible para perdonar equivocaciones aún consigo mismo.

2.2.2. Depresión**2.2.2.1. Definición**

La depresión se considera un trastorno afectivo cognitivo siendo el diagnóstico más frecuente en atención primaria de los últimos tiempos. Dentro de las definiciones consultadas se encontró un concepto esencial de la depresión, delimitándose a un estado de profunda tristeza y que en conjunto con otras variables hacen que su adaptación al medio sea más difícil y disfuncional. La Organización Mundial de la Salud (2021) define a la depresión como un trastorno mental frecuente que ocasiona malestar a nivel personal, familiar, social y laboral en una persona que lo padece.

Además, según APA (1987, citado en Lascarro, 2022), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, temporal o permanente, el cual se caracteriza por presentar una tristeza patológica, asociado frecuentemente a sentimientos de desesperanza, desmotivación y culpa, que impide al sujeto disfrutar de la vida. Es decir, en algún momento de la vida los seres humanos experimentan tristeza ante un contexto difícil considerándose “una reacción normal”,

que usualmente pasa al poco tiempo; sin embargo, la tristeza patológica de la depresión interfiere con el desempeño del individuo en su vida cotidiana y no solo afecta a quien la padece sino también a aquellos que lo rodean.

Por otro lado, para Gérard (2012), la depresión es un fenómeno de una ruptura muda, es decir, la persona que la padece no es consciente de poseer una enfermedad mental y al no hacer uso la capacidad para analizar ve ciertas situaciones como una secuencia de obstáculos, el cual conlleva a cambios patológicos en la ejecución de actividades a nivel físico, intelectual, social, laboral y sexual.

Particularidades de la depresión

- Se ha observado una mayor prevalencia entre edades de 15 a 45 años.
- La depresión presenta un gran impacto en la educación, productividad, en el funcionamiento y las relaciones personales del individuo.
- Se estima que; de cada 2 sujetos afectados por un primer episodio depresivo, 1 padecerá un segundo episodio (Gérard, 2012), y se considera que, del total de hospitalizaciones psiquiátricas, el 75 % son por depresión (Beck et al, 2010).
- En la población joven los síntomas son de carácter comportamental y a diferencia de los adultos mayores que frecuentemente presentan síntomas somáticos (GPC, 2014); dicho de otra forma, la tercera edad presenta más sintomatología propia de su edad como la sudoración, temblores, dolor de cabeza, etc.
- Es más común observar la depresión en personas con enfermedades físicas crónicas, siendo recíprocas ambas variables (Corea, 2021), es decir, la depresión puede alterar desfavorablemente el curso de la enfermedad física y al mismo tiempo una enfermedad física puede agudizar la depresión.

- La depresión puede también converger con el abuso de sustancias, trastornos alimentarios, algunos trastornos de personalidad, enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Características

Según la *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto GPC* (2014), la depresión presenta características a nivel afectivo, cognitivo, volitivo y somático.

Afectivo: relacionados al estado del ánimo

- Estado de ánimo deprimido: síntoma principal de la depresión, también denominada tristeza patológica el cuál se manifiesta con un sentimiento de desesperanza o vacío, y en estado grave como ausencia de sentimientos.
- Anhedonia: pérdida de placer en actividades de aquello que era agradable para el sujeto y que ahora resultan indiferentes.
- Irritabilidad: expresado en conductas agresivas y desmedidas, sin algún motivo aparente.
- Disforia: estado de malestar general, que resulta molesto expresado en sentimientos de tristeza, ansiedad, malhumor o irritabilidad.

Cognitivo: relacionado a los pensamientos y cogniciones

- Ideación negativa y pesimista: rasgo sobresaliente de un depresivo, donde la persona ve de forma desfavorable situaciones acerca del pasado, presente y futuro, así como de sí mismos.
- Falta de concentración: presencia de un déficit de atención y frecuentes olvidos, y si son más intensos se denomina cuadro de pseudodemencia depresiva.
- Alteración en la percepción del paso del tiempo: de forma subjetiva, el tiempo

transcurre lentamente para un sujeto deprimido.

- Inseguridad: dificultad para la toma de decisiones en situaciones cotidianas e incluso en asuntos que antes resultaba fácil de resolver la persona se siente menos capaz.
- Preocupación excesiva y desproporcionada: son pensamientos de obstaculización ante problemas pequeños o moderados de carácter económico, familiar, personal, etc., que tienden a exagerarse.
- Ideación suicida: se estima que al menos la tercera parte presenta una clara ideación auto lítica y entre el 10 y 15 % cometen suicidio (Valentín, 2018).

Volitivo: relacionados a la voluntad, impulso y conducta

- Apatía: desgano para realizar actividades, donde el sujeto expresa un estado de indiferencia completa.
- Pobreza comunicativa: el lenguaje evidencia disminución en la velocidad y volumen, las personas deprimidas suelen tener discursos monosílabos.
- Menos interés en mantener relaciones sociales y sexuales: alejamiento del círculo social, incluida la pareja sentimental, donde existe pérdida del deseo sexual.
- Descuido en la apariencia personal: es la ausencia de interés por la higiene personal, el sujeto deprimido tiene desgano en arreglarse o verse bien.
- Conductas autodestructivas: las personas con depresión suelen autolesionarse y en algunos casos culminan en suicidio. Estadísticamente un trastorno depresivo y depresión grave tienen un riesgo suicida 4 y 20 veces mayor respectivamente, que los habitantes en general (GPC, 2014).

Somático: relacionado a síntomas físicos

- Cansancio o fatiga: sin haber realizado actividades significativas el sujeto siente fatiga, siendo para él un enorme esfuerzo que parece imposible.
- Dificultades en el sueño: denominados también “insomnio” y se caracteriza por tardar en conciliar el sueño, despertar temprano sin cumplir las horas de sueño o en despertar a mitad de sueño, sin embargo, en algunos casos se puede presentar hipersomnía.
- Alteraciones en el apetito: se refleja en la disminución del apetito o raras veces en la necesidad exagerada de comer, ello se traduce en pérdida o ganancia de peso.
- Dolores o molestias psicósomáticas: no tienen causa orgánica, los cuales se manifiestan en mareos, vértigo, dolores de cabeza atípicos, trastornos digestivos, diarrea, estreñimiento, molestias en la zona torácica, dolores en la parte alta del abdomen (dispepsia), taquicardia, etc.

2.2.2.2. Enfoques teóricos de la depresión

A continuación, se expone a la depresión desde diferentes perspectivas teóricas.

En el *psicoanálisis*, S. Freud definió a la depresión como “melancolía” y desarrolla las particularidades de este fenómeno en su libro duelo y melancolía publicado en 1917. Desde esta perspectiva, Freud hace una comparación entre ambas variables, hace énfasis en la melancolía como la manifestación de perturbaciones del amor propio, mientras que en el duelo no se manifiesta; es decir, un melancólico presenta un empobrecimiento del yo. En el duelo se da la pérdida del objeto en forma consiente, en cambio, en la melancolía el sujeto no es consciente de la pérdida. Además, Freud explica a la depresión como la existencia de un super yo extremadamente exigente; es decir, una persona con alto sentido del deber y obligación creando un sentimiento de culpa o autorreproches si no logra su objetivo (Valentín, 2018; citado en Belloch et al., 2008). Por otro lado, el psicoanálisis define a la depresión como una

triada caracterizada por el descenso del humor que termina en tristeza, añadido a otros dos fenómenos como los siguientes: la inhibición y el dolor moral, el primero hace referencia al enlentecimiento de los procesos psíquicos, reduciendo los intereses del sujeto; mientras que en el segundo fenómeno es producto de las situaciones dolorosas, lo que conlleva una baja autoestima; por ello, se infiere que el dolor moral es producto del afloramiento de adquirir esquemas desadaptativos en edades tempranas (Ey, Bernard y Brisset, 1996).

En el *modelo conductual*, Ferster (1973, citado en Martell et al., 2013) indicó que la depresión es una manifestación de la limitada continuidad de conductas reforzadas positivamente que se usan para controlar el medio y se caracteriza por el incremento de conductas de huida y evitación, con la finalidad de liberar sentimientos de aversión, es decir, la persona con depresión huye de fuentes potenciales y naturales de reforzamiento, debido a que el contacto con estas resulta doloroso o aversivo en ese determinado momento. Esta huida lleva a un alivio inmediato, sin embargo, mantiene a la depresión a la larga.

Asimismo, para Lewinsohm (1974, citados en Martell et al., 2013), la depresión es el producto de una serie de ausencias en el refuerzo positivo a través de acumulación de experiencias vividas, es decir, es el entorno quien otorga las consecuencias necesarias para mantener un comportamiento adecuado y adaptativo.

El *modelo cognitivo de Beck* (2010), define a la depresión como un mal funcionamiento del procesamiento de información debido a creencias nucleares profundas por situaciones de importancia para el sujeto, conduciendo a síntomas fisiológicos, emocionales y conductas disfuncionales. Beck explica este fenómeno desde tres aspectos fundamentales, entre ellas: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

- La triada cognitiva hace referencia a tres componentes: en el primer componente, el sujeto deprimido se ve negativamente hacia sí mismo, es decir,

se autodescalifica, se siente inútil, entre otros; en el segundo componente, el sujeto interpreta su entorno de forma negativa, en otras palabras, siente que todos están en su contra; finalmente, en el tercer componente, el sujeto presenta una visión negativa hacia el futuro.

- El modelo de esquemas es de carácter peculiar donde se adquiere en edades tempranas, estos esquemas mayormente se activan en situaciones generadoras de ansiedad, produciendo disfuncionalidad en el sujeto.
- Los errores de procesamiento de información se presentan cuando el sujeto deprimido perpetua validez en sus conceptos negativos, a pesar de no existir evidencia.

En el enfoque *cognitivo conductual*, los postulados de la terapia racional-emotivo conductual de Ellis (1995, citado en Lascarro 2022) menciona que la depresión es el resultado de interpretaciones irracionales de carácter punitiva, pesimista y auto denigrante que presentan sobre los sucesos de su vida. Lo que Ellis proponía era una terapia basada en modificar las creencias y conductas desadaptativas mediante el análisis racional, con el objetivo que el sujeto pueda comprenderlas y posteriormente sustituirlas por una postura más racional acorde a la realidad, en otras palabras, llevar a cabo la reestructuración cognitiva.

Desde un *modelo cognitivo social*, Seligman (1975, citado en Bosqued 2005) denomina a la depresión como los siguientes: “indefensión aprendida” (p. 22) a partir de experimentos con animales, deduciendo que el sujeto con depresión aprende a sentirse indefenso, desamparado e impotente, debido a situaciones que le generan desesperanza y la pérdida de control.

En el modelo *biológico*, la depresión es el resultado de la interacción de diferentes componentes interpersonales, evolutivos, constitucionales y ambientales, que alteran de

manera reversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo (Belloch, Sandin, y Ramos, 2008 citado en Valentín, 2018). El funcionamiento normal del cerebro apresta mecanismos experimentados y fluidos para tomar decisiones, lo que conlleva a procesos casi automáticos, actualizándose permanentemente, estas neuronas funcionales del cerebro mantienen un pensamiento coherente y aporta en la asociación de ideas. Por el contrario, el funcionamiento de un cerebro deprimido nace de un mal diálogo entre el subcórteX y el córtex prefrontal, donde el filtraje dinámico de información sensorial y de las zonas profundas del cerebro es alterado por un aflujo de estimulaciones del contexto situacional (Morales, 2017). Para la planificación y la toma de decisiones, el cerebro es asaltado por una serie de informaciones provenientes de los córtex prefrontales, conformada por la orbitofrontal (emociones positivas) y la parte lateral (cogniciones). Gérard (2012) refiere que, al recibir un exceso de información desordenada, el cerebro se hiperactiva en mecanismo de defensa, es ahí donde los córtex prefrontales (planificación) y frontales (motores), se desgastan Y generan alteraciones en las regiones subcorticales, por ello el hipocampo es afectado, ahí es donde surgen las dificultades de la memoria, problemas de concentración y problemas de sueño; asimismo, desaparecen las regulaciones hedónicas, que dismine la emotividad en el sujeto.

2.2.2.3. Factores en relación con la depresión

Los factores poseen ciertas limitaciones, es decir, es difícil de determinar qué factores pueden ser causas o consecuencias de la depresión, ya que en su mayoría interactúan del mismo modo; en el inicio y/o mantenimiento (Dávila y Rincón, 2018). Borges (2018) considera que la depresión se interpreta como un proceso multifactorial y complejo, significa que su progreso se debe a diversos factores, sin aún conocer el peso en correspondencia a las situaciones y a una etapa determinada.

Estos factores relacionados a la depresión según la diversidad de investigaciones se pueden clasificar en personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos:

- En los *factores personales*, se estima que las mujeres son más vulnerables en padecer un trastorno depresivo, con una carga de 50 % más elevada que en los varones; por el contrario, en el caso de la población masculina los más afectados tienen antecedentes de ataques de pánico (GPC, 2014); también influye mayormente los rasgos de personalidad (Morales, 2017), la literatura afirma que los neuróticos, perfeccionistas y los que poseen altos grados de necesidad a ser amados, deseados y protegidos, son considerados sujetos de riesgo, por otro lado se sugiere que los trastornos de ansiedad son predictores letales para una depresión mayor, en la mayoría de los casos se ha observado su aparición en el primer episodio.
- En los *factores sociales*, se ha reportado las dificultades laborales y económicas (Pupo et. al., 2022), en su mayoría las personas con desempleo y de bajos recursos económicos, son más vulnerables a padecer el trastorno; por otro lado, el estado civil, es decir el no tener una relación de pareja aumenta la probabilidad, como también el hecho de estar expuestos constantemente a situaciones adversas implica en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.
- En los *factores cognitivos*, se ve reflejada por los aportes de Beck; es decir, los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y esquemas disfuncionales, son base fundamental en la elaboración de la información, los cuales cumplen un papel predictivo en el trastorno depresivo (Cuesta, Picón y Pineida, 2022)
- En los *factores familiares*, son más propensos a padecer depresión como en aquellas familias inflexibles y discordes. Estas incluyen desequilibrio emocional en los progenitores sobre todo en la figura materna, ya que la depresión materna incide en la predisposición a que el niño la padezca. Por el contrario, una familia comunicativa reduce las probabilidades de desarrollar este trastorno.

- Respecto a los *factores genéticos*, existe una doble fragilidad, que se conoce como la de origen y evolución (Gérard, 2012), la primera hace referencia a los factores genéticos, que se manifiestan por los genes, como la que codifica la serotonina y alude a factores psíquicos ambientales, cómo la ausencia afectiva de uno de los progenitores; por otro lado, la segunda refiere al origen evolutivo, es decir, la probabilidad de recaer ante la mayor cantidad de depresiones precedentes.
- Por otra parte, se dice que los factores que benefician una apropiada adaptación hacia las adversidades son el nivel socioeconómico, las relaciones interpersonales y una mejor integración a nivel familiar, esta última es el primer ente en aportar la construcción, de una personalidad sana (Gérard, 2012), para posteriormente evitar esquemas que perjudiquen y conlleven a un episodio depresivo.

2.2.2.4. Evaluación

Existen abundantes escalas para valorar la depresión, sin embargo, los instrumentos con mejores propiedades psicométricas son los siguientes: El Inventario de Depresión de Beck (Beck depression Inventory) conocido como BDI, la Escala Heteroaplicada de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y el Zung Self Rating Depression Scale (GPC, 2014).

Niveles de la depresión

Según la OPS (2008 citado en Castillo, 2023), existen tres niveles de depresión: leve, moderada y grave.

- *Depresión leve.* Se caracteriza porque el sujeto padece un estado de ánimo bajo, pero es suficiente para proseguir con sus actividades cotidianas. De las cuales presentan dos o tres de los siguientes síntomas: tristeza patológica, disminución de energía, reducción de actividad, limitación de la capacidad para disfrutar, el interés

y concentración; cansancio frecuente sin razón aparente, alteración del sueño y del apetito, baja autoestima, ideas de culpa e inutilidad.

- *Depresión moderada.* Este nivel se caracteriza porque existe probabilidad, que el sujeto no puede continuar con sus actividades habituales y manifiestan cuatro o más síntomas de los presentados en el párrafo anterior.
- *Depresión grave.* En este nivel existen ideas y conductas suicidas. Los síntomas característicos son la baja autoestima y las ideas de culpabilidad e inutilidad, acompañados de síntomas somáticos.

2.2.2.5. Criterios diagnósticos

Sobre la base del décimo manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (CIE-10), se determina el diagnóstico de un episodio depresivo, para ello se debe tener en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

A. Criterios generales. Se cumple de forma obligatoria en todos los episodios.

- i. El episodio tiene una duración de al menos dos semanas.
- ii. No existe suficientes síntomas de un episodio hipomaniaco o maniaco (F30), en ningún momento de la vida del sujeto.
- iii. No es aplicable al consumo de sustancias o trastorno mental orgánico (F10,-F00,).

B. Presenta al menos (2/3) síntomas siguientes

- En la mayor parte del día manifiesta un humor depresivo anormal, durante al menos dos semanas.
- Anhedonia.
- Fatiga en aumento o abulia.

C. Otros síntomas

- Desconfianza o baja autoestima.
- Sentimientos de autocríticas o de autoculpa inapropiada.
- Ideas o conductas suicidas.
- Dificultades o quejas de la capacidad de razonar o atender (indecisión).
- Agitación o lentificación psicomotriz (objetiva o subjetiva).
- Problemas de sueño.
- Dificultades en el apetito (aumento o disminución)

D. Puede haber síndrome somático cuatro del total (4/8)

- Anhedonia.
- No existe reacciones emocionales de carácter normal.
- Despertarse de 2 a más horas, en horario no adecuado.
- Deterioro gradual del humor depresivo.
- Enlentecimiento psicomotor (objetivo).
- Disminución del apetito.
- Disminución del peso en un 5 % como mínimo de lo normal.
- Disminución notable del apetito sexual.

A continuación, el CIE-10 organiza al episodio depresivo dentro de los trastornos del humor o afectivos y se subdivide en lo siguiente:

- Episodio depresivo leve (F32.0). Está presente dos o tres síntomas del criterio B
- Episodio depresivo moderado (F32.1). Esta presente al menos dos síntomas del

criterio B y síntomas del criterio C, hasta sumar al menos seis síntomas.

- Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos (F32.2)
- Otros episodios depresivos (F32.8)
- Episodio depresivo, no especificado (F32.9)

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Esquemas

Son patrones conformados por emociones, sensaciones, recuerdos y pensamientos, que se construyen a partir de experiencias pasadas.

2.3.2. Dolor moral

Es el dolor psíquico, mas no físico, producto de situaciones desagradables, como el duelo, la separación, el abandono, el desempleo, etcétera.

2.3.3. Depresión

Es un trastorno mental que presenta sintomatología de carácter afectivo; como la tristeza patológica y la anhedonia, que alteran el funcionamiento global adaptativo de la persona.

2.3.4. Timia

Es el estado emocional, relativamente de duración larga que puede ser en tres niveles; humor deprimido, normal y elevado.

2.3.5. Inhibición

Enlentecimiento de las funciones psíquicas como la memoria, atención, pensamiento, la psicomotricidad y la afectividad.

2.3.6. Terapia cognitivo conductual

Es un modelo de terapia, donde se hace uso de la modificación de la conducta, manipulando la forma de pensar y sentir en modo disfuncional.

2.3.7. Terapia de esquemas

Es un modelo de terapia integrativa, propuesto por Jeffrey Young (2013), para el tratamiento de enfermedades crónicas y trastornos de personalidad, mediante la manipulación de los esquemas desadaptativos.

2.3.8. Conductas desadaptativas

Comportamiento inadecuado ante una determinada situación, los cuales generan intranquilidad y desarmonía.

2.3.9. Violencia física

Comportamiento desmedido que ejerce poder de una persona a otra e inflige daño no accidental, haciendo uso de algún objeto o la fuerza física.

2.3.10. Violencia psicológica

Es una forma de abuso psíquico sin la intervención del contacto físico, se manifiesta en insultos, humillaciones, manipulación, etc.

2.3.11. Violencia mixta

Conducta agresiva, en ella se mezcla las agresiones físicas, con los abusos psicológicos.

2.3.12. Mujeres víctimas de violencia

Mujeres que acuden a un programa, para ser atendidas en el área de psicología, a razón de haber sufrido violencia por su pareja o algún miembro de su familia.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Método de Estudio

Para moldear nuevos conocimientos sobre la presente investigación, se utilizó el método científico, debido a su proceso sistemático, al plantear con interés un problema, formulando hipótesis con el fin de ser comprobadas o rechazadas. Esto da lugar a una validez y confiabilidad de los resultados (Hernández et al., 2014). Asimismo, mediante la metodología de investigación se comprenderá las relaciones de las variables de estudio, por lo que es objetiva y eficiente su elección.

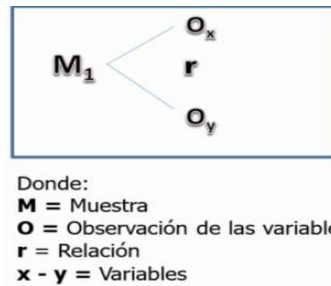
3.2. Tipo de Estudio

La investigación a la cual pertenece el presente estudio es básica, debido a que tiene como finalidad generar conocimientos teóricos; asimismo, la investigación de tipo es pura y la que más complejidad posee. Con su uso se buscan hallazgos nuevos con técnicas novedosas, dejando de lado si la investigación tendrá provecho o no, sus resultados no poseen ámbito aplicativo comúnmente. Esto sustenta el propósito de la investigación al comprobar la relación que existe entre esquemas desadaptativos precoces y la depresión, con la finalidad generar nuevos conocimientos.

El nivel de investigación es de tipo descriptivo correlacional, oportuno para el objetivo del estudio lo cual se desea describir las características y/o propiedades valiosas del fenómeno, Asimismo, de tipo correlacional, debido a su propósito de asociar las variables de estudio; ya sea por su grado de relación (Hernández et al., 2014).

Figura 1

Esquema de investigación descriptiva correlacional de dos variables



En la figura 1 se puede apreciar el esquema de investigación descriptiva correlacional de dos variables. Donde la muestra es representada por (M), observación de variables (O), lo cual indica (Ox/Oy) las variables de estudio: esquemas precoces desadaptativos y la depresión, finalmente se denota la relación (r) entre las variables correspondientes.

3.3. Enfoque de Estudio

Para la presente investigación es apropiado un enfoque cuantitativo, debido al uso de la recopilación de información para verificar la hipótesis sobre la base de la medición de números y el análisis estadístico con el fin de acreditar el comportamiento y teoría del fenómeno en estudio (Hernández et al., 2014). Por tanto, se consideró el enfoque conveniente al estudio, ya que el objetivo de la investigación es probar la relación entre variables, por lo que es necesario también la confirmación del marco teórico, en sí los datos valiosos como antecedentes al estudio que ayudan como producto de medición y en la medición estadística.

3.4. Diseño de estudio

El tipo de investigación es no experimental, debido a la negativa de manipulación intencional de variables, por lo que contiene el propósito de observar, analizar y medir los datos registrados al fenómeno estudiado en su entorno natural (Hernández et al., 2014).

3.5. Temporalidad de Estudio

La secuencia de la investigación es transversal, la cual se caracteriza por estudiar las

variables de forma sincrónica en un determinado momento (Pineda et al., 1994). También, se denomina diseño de investigación transaccional o transversal, teniendo el mismo objetivo de recolección de datos en el momento actual, espacio y tiempo presente (Sampieri, p. 154. 2014, citado por Liu, 2008 y Tucker, 2004).

3.6. Población o Universo

Para Hernández et al. (2014), para llevar a cabo una buena investigación transparente es necesario delimitar una población para el estudio en la que se quiere generar resultados (p. 174), por lo tanto, la población de interés para el presente estudio está conformada por 90 mujeres víctimas de violencia que acuden a un módulo de reducción de violencia contra la mujer establecido en una unidad de salud de Huancayo. Para delimitar la muestra se empleó la siguiente fórmula que aplica para una población finita.

Figura 2

Fórmula de muestra para una población finita

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Tabla 8

Cálculo para obtener la muestra

Z	Nivel de confianza	1.96
N	Población	90
E	Error de estimación o error máximo aceptado	0.05 (5 %)
P	Probabilidad de ocurrencia	0.5 (50 %)
Q	Probabilidad de rechazo	0.5 (50 %)
N	Tamaño de la muestra	=73,071 =73

Donde:

$$n = \frac{1.96^2 * 165 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(90 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 73.07$$

Por lo tanto, el cálculo indica que la muestra será de 73 mujeres de una unidad de salud.

3.7. Muestra

De acuerdo con la fórmula empleada anteriormente, la muestra está conformada por 73 mujeres víctimas de violencia de un módulo de reducción de la violencia contra la mujer establecido en una unidad de salud de Huancayo con edades entre 18 a 60 años.

3.7.1. Criterios de la muestra

Criterios de inclusión

- Mujeres de entre 18 a 60 años.
- Mujeres que radiquen en la ciudad de Huancayo.
- Mujeres que hayan sido víctimas de violencia de pareja.
- Mujeres que tengan la capacidad de comprender y desarrollar los inventarios.

Criterios de exclusión

- Se excluye a mujeres que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Se excluye a mujeres que no hayan culminado con el desarrollo de los inventarios.
- Se excluye a mujeres que acudan al servicio de psicología con un motivo diferente al propósito del estudio.

3.7.2 Presentación de variables sociodemográficas de la muestra

En la investigación se emplearon medidas de tendencia central y de variabilidad (Hernández, 2014), algunas que corresponden al estudio como las siguientes: el mínimo, máximo, rango, media y desviación estándar; además, de tablas de frecuencia y figuras para exponer datos sociodemográficos de la muestra.

Distribución de la edad

Según se contempla en la tabla 9, la cantidad de participantes del estudio fueron 73 mujeres víctimas de violencia donde se halló que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 57. Asimismo, se obtuvo una media 35,08 años (DE=10,972) lo que significa que los datos se encuentran dispersos.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de la edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	73	18	57	35,08	10,972
N válido	73				

En la tabla 10, se puede apreciar los rangos de edades con mayor frecuencia de entre 29 a 39 años con un porcentaje de 34.25 % de la muestra, seguido de un rango de 18 a 28 años con un porcentaje del 31.50 %, asimismo, de 40 a 50 años con un porcentaje de 20.55 % y finalmente, de 50 a 60 años con el menor porcentaje del 13.70 %.

Tabla 10

Distribución en rangos de edades

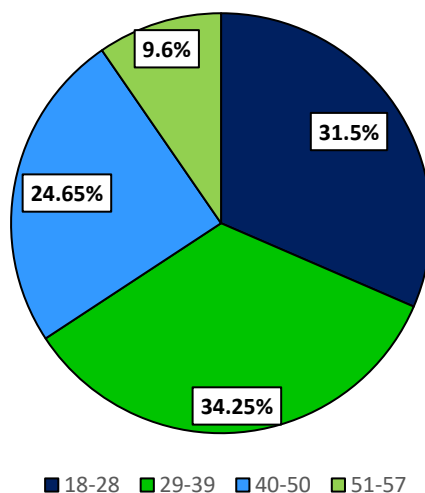
Edad	n de participantes	%
18-28	23	31.50 %
29-39	25	34.25 %
40-50	18	24.65 %
51-57	7	9.6 %
Total	73	100 %

Fuente: Elaboración propia

En la figura 3 se aprecia que el número de participantes por rangos, el mayor rango está entre edades de 29 a 39 años y el mínimo de 51 a 57 años.

Figura 3

Porcentaje de edades



Tipos de violencia

La cantidad de participantes fue de 73 mujeres víctimas de violencia, de las cuales el 52,1 %; es decir, 38 mujeres presentaron abuso psicológico; y del 47.9 %, 35 mujeres, violencia mixta.

Tabla 11

Frecuencia del tipo de violencia

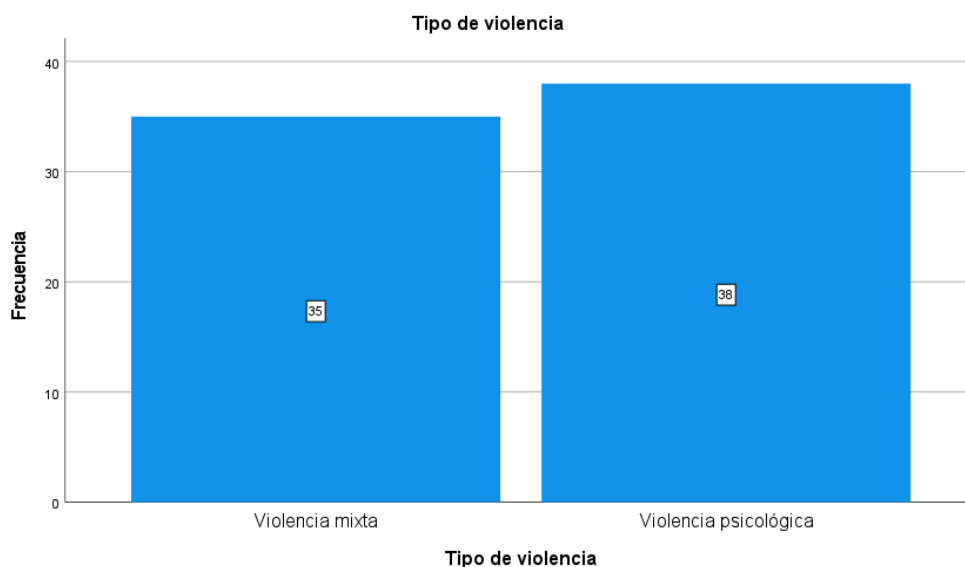
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Violencia mixta	35	47,9	47,9
Violencia psicológica	38	52,1	100,0
Total	73	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la figura 4, se puede apreciar el histograma con referencia a tipo de violencia que presentan las mujeres víctimas de violencia.

Figura 4

Frecuencia de tipo de violencia



3.8. Técnicas de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos nos permite encontrar respuestas o reunir información para un determinado problema en términos descriptivos como lo es en el caso de la relación de variables, este proceso contiene pasos rigurosos y establecidos para asegurar la fiabilidad de la información obtenida, siendo necesario que las variables de estudio sean medibles (Hernández, 2014). Por lo tanto, en la presente investigación se trabajó con la encuesta para allegar información que nos permita lograr los objetivos de investigación.

Tipo de instrumento

Para medir el estudio planteado se hará uso del cuestionario, el cual es un instrumento de medición que implica medir una o más variables por medio de un grupo de preguntas (Hernández, 2014). Las preguntas por cada cuestionario de su respectiva variable serán cerradas, para su mayor acceso y análisis.

Para la medición de las variables en estudio se empleó dos cuestionarios: en cuanto a la variable “esquemas precoces desadaptativos”, se utilizó el Cuestionario de Esquemas de Young, forma corta, tercera edición. Por otro lado, en cuanto a la variable “depresión”, se usó el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición. A continuación, se presentan las fichas técnicas correspondientes.

3.8.1. Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3), Young J.

Tabla 12

Ficha técnica del Cuestionario de Esquemas de Young

Nombre:	Young Schema Questionnaire-Short Form, 3rd Edition (2005)
Autores:	Jeffrey Young
Adaptado en Perú:	Andrea Matute
Año de publicación:	2019
Nivel de aplicación:	Psicología Clínica
Administración:	Individual/colectivo
Ámbito:	<18->60
Duración:	25 minutos aproximadamente
Escala:	Likert de 6 puntos
	1. desconexión y rechazo
	2. deterioro en autonomía y desempeño autonomía y desempeño
Dimensiones:	3. límites deficitarios
	4. dirigido por las necesidades de los demás
	5. sobrevigilancia e inhibición
Reactivos	90, evalúa 18 esquemas desadaptativos

Validez. La prueba fue adaptada por Matute (2019) en una población peruana, debido a ello se realizó la validación de contenido por medio del juicio de expertos en nuestra ciudad, por lo tanto, el cuestionario fue evaluado por tres jueces expertos, y se obtuvo un coeficiente

de validez de contenido (CVC) de 0,94, lo cual indica una validez y concordancia excelentes de acuerdo con Pedrosa et., al (2014), por lo tanto, se puede llevar a cabo la aplicación del test.

Confiabilidad. Según la autora, quien desarrolló la adaptación del cuestionario de esquemas de Young, la confiabilidad no se puede calcular directamente, por lo que se verificó las evidencias de confiabilidad de estimación del cuestionario de esquemas mediante el coeficiente de Omega, lo cual alcanza valores de entre 0.70 y 0.90, puntuaciones considerablemente aceptables. Asimismo, los valores de error estándar se ubican entre 0.27 y 0.57.

Además, para corroborar en la presente investigación, se realizó una prueba piloto con diez mujeres víctimas de violencia a las cuales se aplicó el cuestionario de esquemas precoces desadaptativos de 90 ítems. Evidenciándose en la tabla 1, el alfa de Cronbach de la aplicación de la prueba piloto fue 0,962, presentando una confiabilidad positiva y dando pase a la aplicación de la muestra.

Tabla 13

Estadístico de Confiabilidad del Cuestionario de esquemas precoces de Young

Alfa de Cronbach	N.º de elementos
0,962	90

3.8.2. Escala de Depresión

Tabla 14

Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck-II

Nombre:	Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II)
Autores:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer Y Gregory K. Brown
Adaptado en Perú:	Renzo Carranza
Año de publicación:	2013
Nivel de aplicación:	Clínica
Administración:	Individual y colectiva
Ámbito:	<13 años
Duración:	10 min aproximadamente
Escala:	Valoración de 4 puntos
Dimensiones:	Unidimensional (depresión)
Reactivos	21

Validez. La confirmación de la validez del constructo del Inventario de Depresión de Beck, adaptado (BDI-IIA) por Carranza (2013), presentó el índice de validez mediante la prueba KMO, el dónde el inventario exhibió 0.929, siendo un puntaje meritorio en el análisis factorial, por ello podemos señalar la confirmación de la validez del constructo, de tal forma se verificó la validez positiva para ser aplicado en la muestra.

Confiabilidad. En la presente investigación se tomó una prueba piloto de diez mujeres víctimas de violencia de un programa para la reducción de la violencia en mujeres de un centro de salud para medir la confiabilidad. En la siguiente tabla se puede observar el alfa de Cronbach de la prueba piloto tomada siendo 0.900, por lo que se concluye que es un número confiable listo para ser aplicado en el muestreo.

Tabla 15*Estadístico de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,900	21

3.9. Descripción de Análisis de información

La recolección de información en la presente investigación se dio por medio de la técnica e instrumentos ya mencionados anteriormente (YSQ-S3 & BDI-II), asimismo los hallazgos de resultados fueron organizados en el Microsoft Excel 2016 y analizados por el *software* de análisis de datos: Statistical Package for the Social Sciences o paquete estadístico para las ciencias sociales, conocido como el IBM-SPSS Statistics 27.0. Asimismo, para probar la hipótesis y estimar los parámetros, se efectúa la estadística inferencial (Hernández, Fernández, Baptista, 2014). Ante ello, para calcular los estadísticos se empleó la chi-cuadrada, debido a que las variables estudiadas son categóricas; si viene cierto, el inventario de depresión es una variable cuantitativa y de la misma forma categorial o cualitativa ordinal, por otro lado, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-S3), mide la variable esquemas por dimensiones por la cual se midió de forma categorial, como los siguientes: “significativo y no significativo”. Debido al incumplimiento de los parámetros de la chi-cuadrada de algunos elementos entre variables se aplicó la prueba exacta de Fisher.

En los siguientes datos se categoriza al Inventario de Esquemas Precoces de Young (Young (2005, citado en Matute, 2019)). Al momento no se han publicado manuales estandarizados oficiales del YSQ-S3, por tanto, los procedimientos de puntuación han sido informales, donde existen hasta la fecha 3 métodos más utilizados: 1) puntuación sumatoria de 5 o 6 (Matute, 2019), 2) puntaje medio por esquema y 3) puntuaciones medias mayores a 2.5 para una población clínica (Rijkeboer, 2012; Rovira, 2011, citados en Tiscornia, 2017).

Tabla 16*Datos categóricos del cuestionario de esquemas*

Puntaje	Categoría
<=2.4	No significativo
>=2.5	Significativo

Tabla 17*Datos categóricos del Cuestionario de Depresión de Beck-II*

Puntaje	Categoría
0-6	Mínimo
7-11	Leve
12-16	Moderado
17-63	Severo

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Contraste de Hipótesis

Para el análisis de resultados se empleó el estadístico Chi-cuadrado, debido a las variables categóricas. Y, en aquellos valores que no cumplen los parámetros de valores esperados, se aplicó la prueba exacta de Fisher.

En el caso de la variable esquemas precoces desadaptativos, se tiene la categoría de “presencia de esquemas desadaptativos” o “ausencia de esquemas desadaptativos”. Para la variable depresión se cuenta con 3 categorías: “leve”, “moderado” y “severo”. Asimismo, se trabaja con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$, es decir al 5 % de probabilidad de error. Donde la regla de decisión se basa en lo siguiente: Si $p\text{-valor} > \alpha \rightarrow$ Se acepta la H_0 ; caso contrario sería Si $p\text{-valor} \leq \alpha \rightarrow$ Se acepta la H_1 .

4.1.1 Prueba estadística de hipótesis general

a) Planteamiento de la hipótesis

H_1 : Existe relación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H_0 : No existe relación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023.

b) Análisis y decisión

Según la tabla 18, se halló que la chi-cuadra fue 2,882 con un p-valor de $0,281 > 0,05$, sin embargo, hubo tres casillas en las tablas cruzadas que no cumplían los parámetros de valores esperados menores a cinco, debido a ello se empleó la prueba exacta de Fisher, donde se halló un p-valor de $0,417 > 0,05$. De acuerdo con el análisis se acepta la H_0 , es decir, no existe relación

significativa entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023. De tal forma que el aumento del nivel de depresión se da independientemente del aumento o disminución de esquemas precoces desadaptativos.

Tabla 18

Relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,882 ^a	2	,237	,281
Prueba exacta de Fisher-Freeman- Halton	1,820			,417
N de casos válidos	73			

Nota. Tres casillas (50,0 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49. Debido a esa situación se realiza la interpretación de la prueba exacta de Fisher.

4.1.2 Prueba estadística de HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo

a) Planteamiento de la hipótesis

H1: Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.

b) Análisis y decisión

Según la información de la tabla 19, se halló que la chi-cuadra fue 12,981 con un p-valor de $0,002 < 0,05$, sin embargo, hubo dos casillas en las tablas cruzadas que no cumplían los parámetros de valores esperados menores a cinco, debido a ello se empleó la prueba exacta de

Fisher donde se halló un p-valor de $0,001 < 0,05$. De acuerdo con el análisis se acepta la H1. Esto quiere decir que existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Tabla 19

Relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,981 ^a	2	,002	,002
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	12,553			,001
N de casos	73			

Nota. Dos casillas (33,3 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,47. Debido a esa situación se realiza la interpretación de la prueba exacta de Fisher.

Relación entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución

a) Planteamiento de la hipótesis

H1: Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.

b) Análisis y decisión

Según la información de la tabla 20 se halló que la chi-cuadra fue 5,063 con un p-valor de $0,089 > 0,05$, y en el caso de la prueba exacta de Fisher se identificó un p-valor de $0,089 > 0,05$. De acuerdo con el análisis se acepta la H0. Esto quiere decir que no existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Tabla 20*Relación entre la depresión y la dimensión deterioro en autonomía y ejecución*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,063 ^a	2	,080	,089
Prueba exacta de Fisher-Freeman- Halton	4,955			,089
N de casos válidos	73			

Nota. Cero casillas (0,0 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,92.

Relación entre la depresión y la dimensión límites insuficientes

a) Planteamiento de la hipótesis

H1: Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.

b) Análisis y decisión

Según la tabla 21 se halló que la chi-cuadrada fue de 14,913 con un p-valor de $0,001 < 0,05$ y en el caso de la prueba exacta de Fisher se identificó un p-valor de 0,001; por tanto, se acepta la H1, en ese sentido existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión límites insuficientes en mujeres víctimas de violencia.

Tabla 21*Relación entre la depresión y la dimensión límites insuficientes*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,913	2	,001	,001
Prueba exacta de Fisher-Freeman- Halton	14,863			,001
N de casos	73			

Nota. 1 casillas (16,7 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,77.

Relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás

a) Planteamiento de la hipótesis

H1: Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.

b) Análisis y decisión

Según la información de la tabla 22 se halló que la chi-cuadrada fue de 11,957 con un p-valor de 0,002 <0,05; por tanto, se acepta la H1, en ese sentido existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Tabla 22

Relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,957	2	,003	,002
Prueba exacta de Fisher-Freeman- Halton	11,632			,002
N de casos válidos	73			

Nota. 1 casillas (16,7 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,79.

Relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición

a) Planteamiento de la hipótesis

H1: Existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023

b) Análisis y decisión

Según la información de la tabla 23 se halló que la chi-cuadrada fue de 4,436 con un p-valor de 0,106 >0,05 y un p-valor de 0,128 >0,05 en la prueba exacta de Fisher. Por lo tanto, se acepta la H0, en ese sentido no existe una relación significativa entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023.

Tabla 23*Relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,436	2	,109	,106
Prueba exacta de Fisher-Freeman- Halton	4,101			,128
N de casos válidos	73			

Nota. 1 casillas (16,7 %) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,45.

4.2 Análisis Descriptivo de Variables

Se emplearon tablas cruzadas entre las variables de la depresión y esquemas precoces desadaptativos para su análisis descriptivo respectivo.

Resultados globales de variables la depresión y esquemas precoces desadaptativos

En la tabla 24 se estima que el 95,9 % de la muestra presenta por lo menos un esquema precoz desadaptativo. En cuanto a la depresión se halló que 38 participantes obtuvieron un nivel leve, 23 nivel moderado y 12 nivel severo. Asimismo, aquellos participantes que no presentaba EPD tuvieron niveles moderado y severo de depresión.

Tabla 24

Tabla cruzada entre la depresión y esquemas precoces desadaptativos

		Depresión						Total	
		Leve		Moderado		Severo			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Esquemas	Presenta	35	92,1 %	23	100,0 %	12	100,0 %	70	95,9 %
	No presenta	3	7,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	4,1 %
Total		38	100,0 %	23	100,0 %	12	100,0 %	73	100,0 %

Resultados específicos entre las dimensiones de los esquemas de Young y la Depresión

En la tabla 25 se evidencia los porcentajes de las mujeres víctimas de violencia según las categorías de “significativo = presencia”, “no significativo = ausencia” de los esquemas precoces desadaptativos de acuerdo con cada una de sus cinco dimensiones; asimismo, se aprecia los porcentajes de niveles de depresión, “leve”, “moderado” y “grave”. En ese sentido se expone lo siguiente:

El 79,5 % de los participantes presentan de manera significativa el esquema de “**desconexión y rechazo**”. De esta manera, de 40 mujeres con depresión leve, un 63,2 % presentaba dicho esquema, en los casos moderados de depresión se halló un 95,7 %, mientras que en los casos severos de depresión todos los participantes lo presentaban.

Asimismo, el 50,7 % de los participantes presentan de manera significativa esquemas de la dimensión de “**deterioro en autonomía y ejecución**”. De tal forma que, de 38 personas con depresión leve, un 39,5 % presentaba dicho esquema; mientras que de 23 mujeres con depresión moderada, el 56,5 % mostraba esquemas de la dimensión evaluada; por último, 12 mujeres que tenían nivel severo de depresión, el 75 % presentaban este esquema.

Acerca de la tercera dimensión de esquemas precoces desadaptativos, se identifica que el 60,3 % de los participantes mostraron de manera significativa esquemas de “**límites insuficientes**”, de los cuales 15 participantes presentaron depresión leve, 18 moderado y 11 severo. Mientras que el 39,7 % quienes no presentaron esquemas se halló que 23 personas presentan depresivo leve, 5 moderado y una persona con episodio depresivo severo.

En la dimensión “**dirigido por las necesidades de los demás**” se halló que el 76,7 % de mujeres presentaron de manera significativa dichos esquemas. Además, de 23 mujeres que presentaban depresión leve, representando un 60,5 % presentaban esquemas de la dimensión; en los casos moderados de depresión se halló que el 91,3 % tenía este esquema precoz desadaptativo, mientras que en los casos severos de depresión existe la presencia del esquema desadaptativos.

Finalmente, se aprecia que el 71,2 % de mujeres presentaron esquemas de la dimensión V “**sobrevigilancia e inhibición**” de los cuales 23 mujeres presentaban episodio depresivo leve, 19 moderado y 10 severo. Por otro lado, el 23,3 % quienes no presentaban significancia con la dimensión evaluada, resultaron 15 tener episodio depresivo leve, 4 moderado y 2 severo.

Tabla 25

Resultados específicos entre las dimensiones de los esquemas de Young y la depresión

		Depresión						Total	
		Leve		Moderado		Severo		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Desconexión y rechazo	Significativo	24	63,2 %	22	95,7 %	12	100,0 %	58	79,5 %
	No significativo	14	36,8 %	1	4,3 %	0	0,0 %	15	20,5 %
Deterioro en autonomía y ejecución	Significativo	15	39,5 %	13	56,5 %	9	75,0 %	37	50,7 %
	No significativo	23	60,5 %	10	43,5 %	3	25,0 %	36	49,3 %
Límites insuficientes	Significativo	15	39,5 %	18	78,3 %	11	91,7 %	44	60,3 %
	No significativo	23	60,5 %	5	21,7 %	1	8,3 %	29	39,7 %
Dirigido por las necesidades de los demás	Significativo	23	60,5 %	21	91,3 %	12	100,0 %	56	76,7 %
	No significativo	15	39,5 %	2	8,7 %	0	0,0 %	17	23,3 %
Sobrevigilancia e inhibición	Significativo	23	60,5 %	19	82,6 %	10	83,3 %	52	71,2 %
	No significativo	15	39,5 %	4	17,4 %	2	16,7 %	21	28,8 %
Total		38	100,0 %	23	100,0 %	12	100,0 %	73	100,0 %

4.3 Discusión

En el presente trabajo de investigación, los resultados descriptivos indican que un 52,1 % de la muestra presentó violencia psicológica y el 47,9 % violencia mixta. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Valentín (2018), quien trabajó con 90 mujeres víctimas de violencia, de las cuales el 84 % fueron de tipo psicológico y el 58 % mixto; asimismo, en la encuesta realizada por el INEI durante el 2018, el reporte señala que del total de mujeres que sufrieron violencia de pareja fueron de tipo psicológico, físico y sexual representando en un 58.9 %, 30.7 % y 6.8 % respectivamente. Estos hallazgos quieren decir que la violencia psicológica presenta mayor prevalencia en mujeres víctimas de violencia.

En relación con la edad, el estudio muestra una media de 35,08 años (DE=10.972), datos que concuerdan con los hallazgos de Caba et al. (2019), quienes tuvieron una muestra de 170 mujeres víctimas de violencia, de los cuáles la edad media fue de 38.5 (DE=9.7, rango 20-67), esto quiere decir que la edad media de mujeres víctimas de violencia oscilan entre 30 a 40 años, considerándose un rango de edad predecible.

En relación con los esquemas precoces desadaptativos se estima que el 95,9 % de la muestra presenta por lo menos un esquema; es decir, en su mayoría las mujeres víctimas de violencia poseen al menos un esquema precoz desadaptativos, dichos esquemas pudieron haberse instaurado en edades tempranas, como los siguientes: la infancia o adolescencia por experiencias dañinas o tóxicas, en las que no se cubrieron las necesidades emocionales básicas de estas mujeres. Huerta (2017) refiere que, en diversas investigaciones, la violencia en el hogar favorece a la instauración de esquemas disfuncionales en mujeres victimizadas, afectando su salud mental. Según Young et al. (2013) sería una experiencia disfuncional de la frustración de necesidades, donde el menor no recibe suficiente amor, estabilidad y comprensión debido a las deficiencias de su entorno; ya que en este tipo de experiencias el niño está sometido a vejaciones constantes donde su autonomía se encuentra vulnerable o en peligro. Este resultado solo debe considerarse como un concepto general, debido a la falta de evaluación específica para determinar que experiencias comunes han vivido estas mujeres víctimas de violencia en edades tempranas, para adquirir esquemas desadaptativos; ya que es importante considerar otros factores.

En cuanto a la depresión, el 52 % presentó depresión leve; el 31,6 %, depresión moderada; y el 16,4 %, depresión severa; es decir, que, en su mayoría, las mujeres víctimas de violencia presentaron depresión leve. Respecto a los niveles de depresión, estos resultados difieren con los hallazgos de Valentín (2018), ya que en su estudio el 10 % de mujeres víctimas de violencia presentó una depresión mínima; el 15,6 %, depresión leve; 35,6 %, depresión

moderada; y el 38,9 %, depresión severa. Por otro lado, en el estudio de Caba et al. (2019), del total de una de sus muestras-mujeres víctimas de violencia, se aprecia que el 51 % presenta depresión mínima; 28 %, depresión leve; un 44 %, depresión moderada; y un 47 %, depresión grave. Estas dos investigaciones mencionadas muestran un alto porcentaje en los niveles de depresión entre moderada y grave en mujeres víctimas de violencia. Sin embargo, en la presente investigación, la muestra se tomó en un centro de salud de primer nivel; es decir, la atención en la mayoría de los casos es leve. Ello por la infraestructura y los escasos especialistas para la atención correspondiente de casos graves, por lo que se requiere seguir escudriñando.

Para el contraste de las hipótesis, el **objetivo general** del presente estudio fue determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023. Los resultados demostraron que no existe relación significativa entre ambas variables ($p=0,417>0.05$), aceptando la hipótesis nula. Por lo tanto, los resultados nos indican que la presencia de esquemas precoces desadaptativos en mujeres víctimas de violencia no es causa directa para que el sujeto presente sintomatología de la depresión en sus diversos niveles. Dichos hallazgos se asemejan al estudio de Meza & Santayana (2019), en el cual hicieron uso del cuestionario de esquemas de 90 ítems y una escala de depresión-20 ítems en una muestra de jóvenes hospitalizados, los investigadores no encontraron una correlación significativa entre depresión y esquemas desadaptativos, resaltando solo en el esquema de negatividad ($p=0,017<0.05$). Asimismo, Barreda (2020), en su estudio denominado “Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental”, consideró a su muestra con depresión aquellos con diagnóstico moderado o severo mediante el uso del BDI-II; además se observa que no existe correlación significativa en muestras específicas, sino en población general, es decir, probablemente los esquemas desadaptativos necesariamente no están asociados a ciertos grupos, sino en cualquier

persona que haya experimentado alguna experiencia traumática o tóxica en edades tempranas, desarrollando sintomatología depresiva en edades tardías.

Sin embargo, los hallazgos de Ribeiro et al. (2014) muestran, en su investigación, una correlación significativa entre ambas variables (0.001; $p < 0.05$), esto podría presentarse por diversos factores, como el método de recolección de datos utilizada; ya que el instrumento fue la Escala Factorial de Ajuste emocional/Neuroticismo (EFN-Hutz y Nunes, 2001), solo haciendo uso la subescala de depresión de 20 ítems y el Cuestionario de Esquemas de Young de 75 ítems-segunda versión (YSQ-S2), segundo factor los criterios de inclusión no fueron mujeres víctimas de violencia, sino en una población general y el tercer factor la brecha cultural de la ciudad de Argentina comparada con una población peruana.

Asimismo, Basile et al. (2018, citado en Barreda et al., 2020), en su estudio, halló una correlación significativa entre la severidad de la depresión y 10 de 15 esquemas desadaptativos tempranos. El estudio muestra que específicamente en las personas con síntomas depresivos intensos existe una mayor presencia de los diversos esquemas a diferencia con las personas que no presentan síntomas de depresión. Esto quiere decir que el subgrupo de sujetos sin depresión también poseen esquemas; cabe recalcar que el planteamiento del estudio fue referente a 15 esquemas maladaptativos, mas no a las dimensiones, además la muestra fue en una población general, seleccionada en dos subgrupos: con y sin depresión; y los instrumentos utilizados fueron Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos-(CES-D)-20 ítems y el The Young Schema Questionnaire-Forma corta (YSQ-SF)-15 esquemas con un total de 75 ítems, los cuales la recolección de datos fue distinta a la investigación presente.

En resumen, aunque estos hallazgos utilizan distintos instrumentos de evaluación, persiguen objetivos similares al presente estudio, sin embargo, los realizan en muestras de población general, basados en 15 de los 18 esquemas, por ello, estos resultados nos inducirían a seguir investigando ambas variables, pero con los mismos parámetros para una mejor

inferencia. Por otro lado, se podría asumir que ambas variables no guardan correlación significativa, ya que existe una mayor cantidad de mujeres con depresión leve (52 %), lo cual no concuerda con la teoría.

Al analizar lo expuesto, en el **primer objetivo específico** se demuestra que sí existe correlación entre la depresión y la dimensión desconexión-rechazo (0,002; $p < 0.05$), aceptando la hipótesis alterna (H1). Este resultado concuerda con Barreda (2021), quien, en su estudio, nos muestra diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión desconexión-rechazo; y, las personas con y sin depresión (0,000; $p < 0.05$); es decir, las personas que presentaron esquemas de desconexión y rechazo obtuvieron una puntuación con mayor valor estadístico en relación con la depresión, este estudio también coincide con los hallazgos de Ribeiro et al. (2014), donde los investigadores mostraron diferencias significativas entre las personas con y sin depresión en relación con los esquemas maladaptativos y en específico con la dimensión desconexión y rechazo (0,001; $p < 0,05$), donde indica que sí existe correlación entre el grupo que presentaron depresión y dicha dimensión. En ese sentido, las mujeres víctimas de violencia con los distintos niveles de depresión del presente estudio generan vínculos dañinos, asumiendo la poca capacidad de establecer vínculos estables y sólidos; ya que no cubrieron la necesidad emocional básica de apego seguro y estable en sus primeros años de vida. Además, investigaciones, como la de Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo (2014) citados en Barreda (2020), han aportado la asociación inversa con la sintomatología depresiva y la calidad de vida, aceptación, respeto, apoyo y consuelo de los padres, lo que concuerda con la teoría de los esquemas propuesta por Young. Sin embargo, se sugiere seguir investigando, con la misma metodología en cuanto a la muestra y uso de instrumentos, ya que existe escasos antecedentes al estudio presente.

Respecto al **segundo objetivo específico** fue determinar la relación entre la depresión y la dimensión autonomía-ejecución. En los resultados se halló que no existe relación entre

ambas variables ($0,089$; $p > 0,05$), aceptando la hipótesis nula (H_0). Sin embargo, los siguientes autores difieren de los resultados: Renner et al. (2011), Estévez y Calvete (2009, citado en Barreda, 2020), quienes encontraron que el dominio de autonomía y desempeño se asocia positivamente con los niveles de depresión. Asimismo, Huerta et al. (2017), en su estudio con mujeres víctimas de violencia y sin violencia, encontraron correlación positiva y significativa entre la dependencia emocional y el dominio autonomía/desempeño, respecto a las mujeres victimizadas ($r = 0,773$, significativa en el nivel $0,001$). Aducen que esta población es más propensa a adquirir una dependencia emocional y poseer dicho dominio. En consecuencia, se puede inferir que los estudios expuestos difieren de los resultados por diversos puntos, primero el enfoque metodológico es distinto; segundo, los criterios de inclusión respecto a la muestra (se consideró en algunos estudios ambos sexos) y, tercero, el uso de los instrumentos de medición. En consecuencia, se puede señalar que las mujeres víctimas de violencia, en los distintos niveles de depresión del presente estudio, podrían tener intacta el desarrollo de una identidad propia o quizá en edades tempranas los padres construyeron su autoconfianza y fortalecieron sus competencias al realizar actividades cotidianas dentro y fuera del hogar.

En referencia al **tercer objetivo** se halló que existe una correlación entre la depresión y la dimensión límites insuficientes ($0,001$; $p < 0,05$), aceptando la hipótesis alterna (H_1). Dichos resultados son similares a los estudios de Ribeiro et al. (2014), Barreda (2020) y Huerta (2016), mencionados en el párrafo anterior. Asimismo, Castañeda & Fernández (2017) muestran, en su estudio, una correlación significativa entre el dominio límites inadecuados y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja ($0,000$; $p < 0,01$). Este resultado podría no tener una relación directa, debido a que las variables son diferentes, pero se rescata que las mujeres víctimas de violencia suelen presentar dependencia emocional; por lo que tendría validez al presentar relación con los esquemas disfuncionales.

En resumen, la muestra del presente estudio podría caracterizarse por tener creencias de ser superiores y posiblemente reflejan la no interiorización de límites, además de carecer de responsabilidades ante los demás y buscar satisfacción sin prever consecuencias futuras, determinadas por una postura enfocada en complacerse. Asimismo, ya que probablemente provienen de familias permisivas e indulgentes, como indica Young et al. (2013), muchas de estas características podrían ser una sobrecompensación a otros esquemas como imperfección o privación emocional, lo cual hace referencia al primer dominio.

Con respecto al **cuarto objetivo específico**, se determinó que sí existe correlación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás (0,002; $p < 0.05$), aceptando la hipótesis alterna (H1); es decir, mujeres participantes del presente estudio con cierta tendencia a complacer los deseos de los demás a expensas de sus propias necesidades puede ser un factor para presentar sintomatología depresiva. Dichos hallazgos concuerdan con los estudios de Ribeiro et al (2014) y Barreda (2020), hallazgos que resaltan la correlación significativa con la depresión. Además, Estévez y Calvete (2009) refiere que, dentro de la población exclusivamente femenina, la dimensión *dirigido por las necesidades de los demás* se encuentra dentro de las que más se asocian con la depresión.

Finalmente, en el **quinto objetivo específico** se halló que no existe una correlación significativa entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición (0,128; $p > 0.05$), aceptando la hipótesis nula (H0). Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Meza y Santayana (2019), donde no encontraron relación con todos los esquemas de la dimensión y la depresión; sino en un solo esquema de negatividad ($r = 0.239$), (0,017; $p < 0,05$), es decir, a nivel del dominio, no existe correlación. Por ello, se sugiere indagar a través de más estudios que comprueban la relación de cada esquema en particular para un análisis minucioso y contrastar dichos hallazgos con la investigación mencionada. En resumen, las mujeres víctimas de violencia que tuvieron una infancia carente de felicidad y en la adultez tengan que

autoevaluarse por miedo al fracaso o exigirse a costa de su felicidad no implica necesariamente que sea causa de obtener depresión, sino puede sostenerse debido a otros factores; como los siguientes: propios de la personalidad y contexto social.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la investigación entre esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, se concluye lo siguiente:

1. Acerca del objetivo general, se rechaza la hipótesis alterna, indicando que no existe correlación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, se obtuvo un p valor de (0,417; $p > 0.05$).
2. En cuanto al objetivo específico 1, se concluye que existe una correlación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos, dimensión I: desconexión/rechazo, y la depresión en mujeres víctimas de violencia (0,001; $p < 0,05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.
3. Con respecto al objetivo específico 2, se concluye que no existe una correlación entre esquemas precoces desadaptativos, dimensión II: autonomía/ejecución y la depresión en mujeres víctimas de violencia (0,089; $p > 0,05$), debido al resultado se rechaza la hipótesis alterna.
4. En cuanto al objetivo específico 3, se concluye que existe una correlación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos, dimensión III: límites insuficientes; y, la depresión en mujeres víctimas de violencia (0,001; $p < 0,05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.
5. En relación con el objetivo específico 4, se concluye que existe una correlación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos, dimensión IV: Dirigido por las necesidades de los demás, y la depresión en mujeres víctimas de violencia (0,002; $p < 0,05$); por lo que se acepta la hipótesis propuesta.
6. En cuanto al objetivo específico 5, se concluye que no existe una correlación entre los esquemas precoces desadaptativos, dimensión V: sobrevigilancia/inhibición y la

depresión en mujeres víctimas de violencia (0,128; $p>0,05$), debido al resultado se rechaza la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se recomienda lo siguiente:

1. Con relación al objetivo general, se confía ampliar el campo de investigación de los esquemas precoces desadaptativos y su relación con la depresión, ya que existe poca evidencia científica en contexto peruano. Además, se propone replicar el estudio con las mismas características de la muestra, pero en casos de depresión moderada y severa. Finalmente, se sugieren estudios en relación con la adaptación del YSQ-3 que comprueben la eficacia de un puntaje global y específico en muestras representativas.
2. A partir del primer objetivo específico, se recomienda, trabajar en programas de prevención y promoción para una buena convivencia familiar, desde una adecuada crianza, para el fortalecimiento de un apego seguro y estable.
3. Respecto al segundo objetivo, se sugiere seguir escudriñando la dimensión de autonomía y ejecución en relación con la depresión haciendo uso del cuestionario versión completa del YSQ-3 de 90 ítems, tomando en cuenta el estilo de crianza de las mujeres en estudio, ya que posiblemente sus pares fortalecieron en edades tempranas su autoconfianza y resiliencia. Asimismo, a nivel social se recomienda llevar a cabo talleres de autoestima y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia, para el fortalecimiento de su autonomía y mejora de su capacidad en la toma de decisiones.
4. Tomando en cuenta el tercer objetivo específico, se exhorta fomentar un adecuado estilo de crianza, para crear familias responsables-democráticas. Asimismo, brindar una atención especializada, basada en la terapia de esquemas, ya que abarca un modelo integrativo y resultaría beneficioso en problemas crónicos como la depresión moderada y severa en mujeres víctimas de violencia.

5. De acuerdo con el cuarto objetivo, se sugiere el fortalecimiento de la autoestima en personas que presentan esquemas relacionados con la necesidad de otros para evitar ciertas tendencias a complacer los deseos de los demás a expensas de sus propias necesidades.
6. Finalmente, acerca del quinto objetivo, se recomienda continuar estudios con las mismas variables, no solo con la quinta dimensión “sobrevigilancia/inhibición “como uno en general, sino con cada esquema que lo conforma para obtener resultados específicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguas, E. (2022). *Los esquemas maladaptativos tempranos y su correlación con Depresión y Bipolaridad: una revisión sistemática*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquía, Colombia.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/30133/9/AguasEstefania_2022_EMTDepresionBipolaridad.pdf
- Agudelo, D., Gómez-Maquet, Y., Uribe, C., y Manzanilla, I. (2021). Relación entre afecto negativo y dominios de esquemas maladaptativos tempranos como variables de personalidad en el Trastorno Depresivo Mayor: un estudio de casos y controles. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(2), 1–27.
<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n2a03>
- Arango, C., y Rincón, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47, 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Barreda, D. (2020). *Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental*. (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14573/Barreda_s.d.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barreda, D. (2021). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas de depresión en personas atendidas en un hospital especializado en salud mental. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 19–37. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.19969>
- Beck, A. Rush, A. Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brower.
- Borges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/15625>
- Bosqued M. (2005). *Vencer la depresión*. Editorial Desclée de Brower.
- Caba et al. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8.
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Castañeda, P., y Fernández, M., (2017). *Esquemas maladaptativos tempranos y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja*. (Tesis de titulación pregrado). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4620>

- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., y Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form: Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012005342005000300007&lng=pt&tlng=es.
- Corea, D. C. M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Méd Hondur*, 89(12). 46-52. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Cuesta, E., Picón, J., y Pineida, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*, 5(1).
<https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
- Dahab J., Rivadeneira C. y Minici A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* (3), 1-5.
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Dirección Regional de Salud. (2 septiembre 2022). Sector salud brindó asistencia psicológica a cerca de 9 mil mujeres víctimas de violencia a la mujer. *Diresajunín.org*.
http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2022113054_sector_salud_brind_asistencia_psicologica_a_cerca_de_9_mil_mujeres_vctimas_de_violencia_a_la_mujer/#:~:text=En%20total%20cerca%20de%209,Mental%20Comunitaria%20por%20violencia%20sexual%2C
- Escobar, Á. (2018). Los esquemas de aprendizaje: Kant y Piaget. Introducción filosófica-psicológica. *Revista Torreón Universitario*, 6(16), 51–61.
<https://doi.org/10.5377/torreon.v6i16.6557>
- Escobar, S. A. (2017). Los esquemas de aprendizaje: Kant y Piaget. Introducción filosófica-psicológica. *Revista Torreón Universitario*. 16(51).
<https://doi.org/10.5377/torreon.v6i16.6557>
- Estévez, A., y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(1), 27–35. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71461>
- Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (8.ª ed.). Editorial Masson.
- Figueroa, Gustavo. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (Supl. 1), 46-62.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Gérard, A. (2012). *Depresión la enfermedad del siglo*. Editorial Ediciones Mensajero.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto GPC. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en*

el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación (6.a ed.)*. Editorial McGraw-Hill.

Huerta, R., et al (2017). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 145–162. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i2.12895>

Instituto Nacional de Estadística e informática. (2019). *Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012-2019*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

Justel, N., Psyrdellis, M., y Ruetti, E. (2013). Modulación de la memoria emocional: una revisión de los principales factores que afectan los recuerdos. *Revista Suma Psicol.* 20(2), 163-174. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2013.1276>.

Kovacs M, Beck A. 1978, citado en Figueroa, Gustavo. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(Supl. 1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Labrador, F., Fernández, M. y Rincón, p. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Psicothema*, 22(1), 99-105. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712699016.pdf>

Lascarro G. (2022). *Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de pregrado de la Universidad de la Costa, CUC*. [Tesis de titulación]. Universidad de la Costa. <https://hdl.handle.net/11323/9801>

Lauro, D (2019). *Esquemas tempranos desadaptativos y dependencia emocional en mujeres estudiantes de psicología de una universidad de Huancayo*. [Tesis de titulación]. Universidad Peruana Los Andes, Perú. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1475>

LeDoux (1999) *El cerebro emocional*. Editorial Planeta S.A.

León, C., (2021). La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. *Revista sobre Educación y Sociedad*, 2021, 1(18), 130-148. <https://doi.org/10.35756/educaumch.202118.178>

López A., Cid, J., Camerini, J., Rondon, J., Alfano, S. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas V.* (1), 83-115. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a08.pdf>

Lucadame, R., Cordero, S., y Daguerre, L. (2017). El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión.

Revista Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 25(2),275-295.
<https://www.researchgate.net/publication/320432714>

- Marcos, D. (2011). El concepto de esquema en la teoría Psicogenética de Piaget y la terapia cognitiva de Beck. *Revista UBA psicología. Edición 45*.
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=349:el-concepto-de-esquema-en-la-teoria-psicogenetica-de-piaget-y-la-terapia-cognitiva-de-beck&catid=15:actualidad&Itemid=1
- Martell, C., Dimidjian, S., y Herman, R. (2013). *Activación conductual para la Depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Matute, A. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) en muestra mixta peruana*. (Tesis de grado). Universidad de Lima.
<http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/9302>
- Meza, K., y Santayana, R. (2019). Esquemas maladaptativos tempranos y depresión en pacientes jóvenes hospitalizados. *Avances en Psicología*, 27(2), 191–199.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1797>
- Ministerio de Salud (2022, 13 de enero). Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. *Minsa.org*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Morales, C., (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu01217.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. *World Health Organization*.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1))
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 8 de marzo). Violencia contra la mujer. *World Health Organization*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pedrosa, I., Suarez J. y Garcia, E. (2014). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-18
<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
- Pérez, L. (2015) *Psicobiología del Trabajo fin de grado aprendizaje y la memoria: sustratos de la memoria del miedo y su extinción*. (Tesis de pregrado). Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/1971>
- Piaget, J. (2000). *Biología y conocimiento. Ensayo sobre las relaciones entre las regulaciones orgánicas y los procesos cognoscitivos*. Siglo XXI.

- Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación* (2.a ed.). PALTEX.
- Pupo, L., et al. (2022). Caracterización de los familiares de pacientes ingresados con diagnóstico de depresión. *Revista Científica Hallazgos 21*, 7(1), 1-21. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>
- Quiñón, A., y Cataño, C. (2021). Participación de los esquemas desadaptativos en la violencia de pareja y el bienestar psicológico: una revisión descriptiva de la literatura. *Revista Socialium*, 6(2), 116–129. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.2.1408>.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española* (edición de tricentenario). <https://dle.rae.es/esquema>
- Redacción EC (2 mayo 2021). Junín: región registró más de 33 mil casos de depresión durante el 2020 por la pandemia. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/junin/coronavirus-junin-region-registro-mas-de-33-mil-casos-de-depresion-durante-el-2020-por-la-pandemia-video-nnpp-noticia/?ref=ecr>
- Ribeiro, F., Dos Santos, P., Cazassa, M., y Da Silva, M. (2014). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: Estudio de comparación intergrupar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 15-22. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943266003.pdf>
- Rodríguez E. (2014). Biología de los esquemas precoces desadaptativos. *Revista Unife: Temát. Psicol.* 10(1), 23-26. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2014.n10.826>
- Rodríguez E. (2019). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Revista Unife, Av. Psicol.* 17(1). <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2009/edgarrodriguez.pdf>
- Ruiz, Á., Diaz, M. y Villalobos, A., (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Editorial Bilbao.
- Schunk, D. (2012) *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. Sexta edición. Editorial Pearson México.
- Tiscornia, M (2017). *Los esquemas desadaptativos tempranos en una muestra clínica y no clínica*. [Tesis de Doctorado en Psicología]. Pontificia Universidad Católica, Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15619>
- Urbiola, I. y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de adolescentes y jóvenes. *Revista Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(3), 571–587. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5283489>
- Urbiola, I., Estévez, A., Jauregui, P., Pérez-Hoyos, M., Londoño, N y Momeñe, J., (2019). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos: estudio

comparativo entre España y Colombia en relaciones de noviazgo. *Revista Ansiedad y Estrés*, 25(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.10.001>.

Valentín, M. (2018). *Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del programa vaso de leche de Sapallanga, 2017*. [Tesis de titulación]. Universidad Continental, Huancayo, Perú.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4884/4/INV_FHU_501_TE_Valentin_Bejarano_2018.pdf

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Editorial Desclée de Brouwer.

Anexos**ANEXO. 1****MATRIZ DE CONSISTENCIA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO: Esquemas precoces desadaptativos y depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023

AUTORES: Giuliana Gianela Quispe Avila y Diana Jessica Poma Alegría

FACULTAD: Humanidades

ESPECIALIDAD: Psicología

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Metodología
General	General	General		Según Beck (2010), Los sujetos deprimidos presentan una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro, producto de esquemas negativos en una temprana edad, el	Los datos operacionales, serán extraídos, a través del Inventario de depresión de Beck II adaptado, valorado en una escala de 0 a 3 puntos, según la sintomatología del paciente.	Uni-Factorial	1. Método de estudio El presente estudio se empleará el método científico debido a su proceso sistemático; ya que conlleva el planteamiento del problema, la formulación de la hipótesis, asimismo la comprensión de la relación de las variables de estudio, por lo que es objetiva y eficiente su elección.
¿Qué relación existe entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023?	Determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023	Existe relación significativa entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023	Dependiente Depresión	cuál permanece latente y activo ante adversidades.	Interpretación general de la depresión: 0-6 = Mínimo 7-11 = Leve 12-16 = Moderado 17-63 = Severo		
Específicos	Específicos	Específicos		Según Young (1990-1999), los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos de experiencias arraigadas durante el desarrollo de la infancia o la	Los esquemas desadaptativos, son creencias disfuncionales arraigadas desde edades tempranas, dichos esquemas serán operacionalizados numéricamente del 1 al 6 (valoración escala Likert), mediante el Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3), Young J conformado por 90 ítems.	Desconexión y rechazo Deterioro en autonomía y desempeño Límites deficitarios Dirigido a las necesidades de los demás Sobrevigilancia e inhibición	2. Tipo La investigación es “Tipo Básica” por su finalidad en generar conocimientos teóricos. 3. Nivel Será un estudio “descriptivo” en primera instancia, luego “correlacional”, debido a su propósito de asociar las variables de estudio.
▪ ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023?	▪ Determinar la relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.	Hipótesis específica 1 Existe relación entre la depresión y la dimensión desconexión y rechazo en mujeres víctimas de violencia, 2023.	Independiente Esquemas precoces desadaptativos	adolescencia, estos integran las emociones, pensamientos y sensaciones			
▪ ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión	▪ Determinar la relación entre la depresión y la dimensión	Hipótesis específica 2 Existe relación entre la depresión y la					

<p>deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023?</p> <p>▪ ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023?</p> <p>▪ ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023?</p> <p>▪ ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de</p>	<p>deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p> <p>▪ Determinar la relación entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p> <p>▪ Determinar la relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p> <p>▪ Determinar la relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia e inhibición en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p>	<p>dimensión deterioro en autonomía y ejecución en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p> <p>Hipótesis específica 3 Existe relación entre la depresión y la dimensión límites deficitarios en mujeres víctimas de violencia, 2023.</p> <p>Hipótesis específica 4 Existe relación entre la depresión y la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en mujeres víctimas de violencia, 2023</p> <p>Hipótesis específica 5 Existe relación entre la depresión y la dimensión sobrevigilancia</p>	<p>en relación a un recuerdo; lo cual queda implantadas en la psique humana y se obtuvo como resultado un comportamiento disfuncional en diferentes ámbitos de la vida de una persona.</p>	<p>4. Enfoque de estudio El presente estudio será apropiado un “enfoque cuantitativo”, debido a la medición numérica de las variables y el análisis estadístico.</p> <p>5. Diseño Responde a una investigación “no experimental”, por el propósito de observar, analizar y medir los datos registrados al fenómeno estudiado en su entorno natural.</p> <p>6. Temporalidad de estudio Conlleva a un estudio transversal, por estudiar las variables de forma sincrónica en un determinado momento, espacio y tiempo presente.</p> <p>7. Población El universo del estudio comprende a 165 mujeres víctimas de violencia que acuden al servicio de</p>
--	---	--	--	---

violencia,
2023?

e inhibición en
mujeres
víctimas de
violencia, 2023

psicología en un
centro de Salud de
Huancayo.

8. Muestra

Mediante un
software sugerida
por Hernández
(2014). La fórmula
establece una
muestra de 116
mujeres víctimas de
violencia que
acuden al servicio de
psicología en un
centro de Salud de
Huancayo, con
edades entre 18 a 60
años.

9. Instrumentos

Cuestionario de
Esquemas (YSQ-
S3), Young J y Beck
depression
inventory-second
edition (BDI-
II).

Referencias bibliográficas

- Gallardo-Echenique E. (2017). Metodología de la Investigación: Manual Autoformativo Interactivo (1ª ed.). Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf .
 - Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). Metodología de la Investigación (6.a ed.). México: McGraw-Hill.
-

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS (YSQ-S3) Young J.

[Adaptación Peruana]

Nombres: _____

Fecha: ___/___/_____

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida el grado de exactitud con que te describe durante el último año:

- Cuando no esté seguro, basa su respuesta en lo que emocionalmente sienta, no en lo que piense que es verdad.
- Algunas frases hacen referencia a las relaciones con sus padres o con sus parejas. Si alguna de las personas ha fallecido, por favor responda a esos ítems basándose en sus relaciones cuando estaban vivas.
- Si en la actualidad no tiene pareja, pero tuvo parejas en su pasado, por favor responda al ítem basándose en la relación de pareja más reciente y significativa.
- escoja la puntuación más elevada desde 1 a 6 que le describe y escriba el número en el espacio que se encuentra antes de la frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso **4** = En ocasiones verdadero

2 = La mayoría de las veces falso **5** = La mayoría de las veces verdadero

3 = Más verdadero que falso **6** = Me describe perfectamente

N	Puntuación	ITEM
1		La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quién compartir o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.
2		Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.
3		Presiento que la gente se aprovechará de mí
4		No me aceptan en ningún lugar

- 5 Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.
- 6 Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer
- 7 No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.
- 8 No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.
- 9 No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.
- 10 Pienso que si hago lo que quiero, solo me encontraré problemas
- 11 Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí
- 12 Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...)
- 13 Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.
- 14 Me es muy difícil aceptar un “no” como respuesta cuando quiero algo de los demás.
- 15 Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.
- 16 Tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso.
- 17 Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.
- 18 Si cometo un error, merezco ser castigado
- 19 En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.
- 20 Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos
- 21 Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
- 22 Soy básicamente diferente de las otras personas.
- 23 Nadie que yo desee querría estar cerca de mí, si me conociese realmente.
- 24 Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
- 25 Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en mi desempeño diario.
- 26 Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).
- 27 Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.
- 28 Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
- 29 Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.
- 30 Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.
- 31 Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”
- 32 Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.
- 33 Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.
- 34 Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.
- 35 Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga.
- 36 Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor.
- 37 Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.
- 38 Me preocupa que las personas, a las que me siento unido, me dejen o me abandonen.
- 39 Es solo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.

- 40 No me siento unido a nadie, soy un solitario.
- 41 No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.
- 42 La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.
- 43 No tengo sentido común.
- 44 Me preocupa que me puedan atacar.
- 45 Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables.
- 46 En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.
- 47 Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.
- 48 Me es difícil ser cálido y espontáneo.
- 49 Debo cumplir todas mis responsabilidades.
- 50 Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.
- 51 Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo.
- 52 Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importantes.
- 53 No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.
- 54 Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.
- 55 La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuche o comprenda mis verdaderas necesidades y sentimientos.
- 56 Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero.
- 57 Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.
- 58 Me siento alejado o aislado del resto de personas.
- 59 Siento que no soy simpático.
- 60 No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.
- 61 No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.
- 62 Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.
- 63 A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.
- 64 Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.
- 65 Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.
- 66 Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.
- 67 Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabadas.
- 68 Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen.
- 69 No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no disfruto, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.
- 70 Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.
- 71 No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo.

- 72 No importa si cometo un error. Cuando me equivoco, debo pagar las consecuencias.
- 73 Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.
- 74 Algunas veces, estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.
- 75 Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
- 76 Siempre me siento poco integrado en los grupos.
- 77 En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.
- 78 No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).
- 79 No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.
- 80 Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
- 81 A menudo siento que no tengo una identidad independiente de las de mis padres o pareja.
- 82 Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.
- 83 Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo.
- 84 La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.
- 85 No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.
- 86 Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor que lo que pueden aportar los demás.
- 87 Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.
- 88 Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.
- 89 Me preocupa que una decisión equivocada me puede llevar al desastre.
- 90 Soy una mala persona que merece ser castigada.

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Nombre: _____

Estado civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

<p>1. Tristeza 0 No me siento triste 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Estoy triste todo el tiempo 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro. 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de placer 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes. 1 No disfruto tanto las cosas como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.</p> <p>5. Sentimiento de Culpa 0 No me siento culpable. 1 Me siento culpable respecto a 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.</p>	<p>6. Sentimiento de castigo 0 No siento que esté siendo castigado. 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con uno mismo 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado de mí mismo. 3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica 0 No me crítico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos suicidas 0 No pienso en matarme. 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.. 2 Desearía matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
--	--

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 apropiado, marque el número más alto verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio de los hábitos de sueño) y el ítem 18 (Cambio en el apetito).

<p>10. Llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No lloro más de lo habitual. 1 Lloro más que antes 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo. <p>11. Agitación</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No esto inquieto o tenso que antes. 1 Me siento más inquieto o tenso que antes 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo. 3 Estoy inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. <p>12. Pérdida de interés</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo. <p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Tomo decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. <p>14. Desvalorización</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Siento que soy valioso 1 No me siento tan valioso y útil como antes. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás. 3 Siento que no valgo nada. <p>15. Pérdida de energía</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que antes. 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada. 	<p>16. Cambios en los hábitos de sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más de lo habitual. 1b Duermo un poco menos de lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme. <p>17. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No estoy más irritable que antes. 1 Estoy más irritable que antes. 2 Estoy mucho más irritable que antes. 3 Estoy irritable todo el tiempo. <p>18. Cambios en el apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que antes. 1b Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a No tengo apetito absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo. <p>19. Dificultada de concentración</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada. <p>20. Cansancio o fatiga</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No estoy cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
---	---

	<p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	---

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Esquemas precoces desadaptativos y depresión en mujeres víctimas de violencia,
2023.

Estimada participante, reciba usted nuestro más grato saludo, somos Giuliana Gianela Quispe Avila y Diana Jessica Poma Alegría, bachilleres en Psicología. En esta oportunidad nos encontramos ejecutando nuestra tesis mediante una investigación que tiene como objetivo de Determinar la relación entre los esquemas precoces desadaptativos y la depresión en mujeres víctimas de violencia, 2023; por ello, deseamos contar con su valiosa participación en este estudio.

El proceso consiste en responder con honestidad sus datos personales generales y dos cuestionarios, donde podrá tomarse el tiempo necesario que requiera. Si es incómodo para usted algunas preguntas, podrá tener la libertad de no participar si considera necesario.

Si usted accede a participar de este estudio, tenga conocimiento de la siguiente información:

- Su participación durante el proceso es completamente voluntaria, y, si cree conveniente puede desistir del proceso.
- La aplicación del instrumento no demandará ningún riesgo para su salud física ni mental.
- Su información personal se mantendrá en suma confidencialidad; por ello, su participación en el estudio es completamente anónima.

- El proceso no tiene ningún costo para usted, y tampoco será compensada económicamente.
- No obtendrá beneficio alguno; ya que los resultados, tiene fines académicos y de investigación, sin embargo, gracias a su colaboración se obtendrán conocimientos beneficiosos para la prevención y promoción de la salud mental.

Si usted tiene alguna duda o pregunta adicional con respecto a la investigación puede contactar a las investigadoras responsables:

Giuliana G. Quispe A.	984918824	giuliana.gianela1998@gmail.com
Diana J. Poma A.	920190195	dpoma1906@gmail.com

Declaración y/o consentimiento:



Acepto participar de forma voluntaria y anónima en el presente estudio. Declaro que he leído la información necesaria del objetivo de este estudio, el proceso de la misma y el manejo de mi información personal, la cuál será procesada de forma confidencial y anónima. Entiendo que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, teniendo la libertad de abandonar el proceso en cualquier momento.


Nombres y Apellidos		Nombres y Apellidos	
Fecha y Hora		Fecha y Hora	
Participante		Investigadores	

ANEXO 5

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



REPORTE N° 2023-GRJ-DRSJ-RSVM/DE/U/RRHH/CAP

A : MG. CD. LUIS ALBERTO MONTEVERDE VILCA
Jefe de la Micro Red de Salud La Libertad

ASUNTO : DERIVO DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REF. : SOLICITUD

FECHA : Huancayo, 19 de mayo del 2023

Me dirijo a usted a fin de expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo en atención al documento de referencia, remito a su despacho documento de Autorización para Aplicación de Proyecto de Investigación de los Bachilleres:

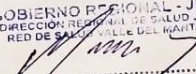
- ❖ Bach. POMA ALEGRÍA, Diana Jessica
- ❖ Bach. QUISPE AVILA, Giuliana Gianela

Es importante referir que al finalizar su Proyecto se deberá de presentar un Informe detallado.


Es todo cuanto informo para los fines correspondientes.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO



Lic. Adm. Walter Cárdenas Sánchez
CLAD: 00428
"AÑO DE LA UNIDAD RECURSOS HUMANOS"



DOCUMENTO REGISTRADO
Reg. Documento: 06707749
Reg. Expediente: 01647009



RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Av. Giráldez N° 886, Huancayo
arcomsvm@gmail.com
<https://www.rsvm.gob.pe>

ANEXO 6

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Estimado psicólogo(a):

De mis consideraciones. -

Por medio del presente, me dirijo a usted, para solicitar su apoyo como juez experto en la evaluación del consiguiente instrumento denominado “Cuestionario de Esquemas (YSQ-S3)”, puesto que es prominente para la validación de contenido y en reputación de su experiencia; ejecutar eficazmente su uso para mi proyecto de tesis titulado: “ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS Y DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, HUANCAYO-2022” en una muestra clínica entre 18 y 60 años de edad; a fin de obtener el grado de licenciamiento en Psicología bajo la modalidad de tesis.

El objetivo de la prueba es evaluar los esquemas precoces desadaptativos, definidas como creencias que nacen de necesidades nucleares no satisfechas y de experiencias traumáticas en edades tempranas, son permanentes, estables, provoca una inadecuada autoestima, auto descalificación, valoración negativa de sí mismo, disfuncionalidad en la interacción social, que al evocarse en situaciones significativas en edades tardías, se niegan a desaparecer, siendo cómodo para el sujeto. (Meza & Santayana, 2019).

El instrumento contiene 90 reactivos, con una taxonomía de 18 esquemas desadaptativos, agrupadas en 5 dimensiones y una escala Likert de 6 puntos. Finalmente, se adjunta los ítems, para lo cual deberá colocar 1, 2, 3 o 4, a juicio propio y se solicita

tener en cuenta los siguientes criterios para lograr las evidencias pertinentes. (Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A., 2008).

1. **Suficiencia:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.
2. **Coherencia:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
3. **Relevancia:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.
4. **Claridad:** El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.

De antemano agradezco su colaboración,

Diana Jessica Poma Alegria & Giuliana Gianela Quispe Avila.

De acuerdo con los siguientes indicadores, puntuar cada ítem según corresponda:

CRITERIO	PUNTUACIÓN	INDICADOR
Suficiencia: Los ítems que pertenecen a una dimensión, son suficientes para su medición de ésta.	1.No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado Nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto Nivel	Los ítems son suficientes.
Coherencia: El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.	1.No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado Nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto Nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
Relevancia: El ítem es esencial o importante, (debe ser incluido).	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2.Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado Nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto Nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
Claridad: El ítem se comprende fácilmente, (sintaxis y semántica adecuada).	1.No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2.Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado Nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto Nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

PRIMER JUEZ:

ESQUEMA	“CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-S3)”	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
	ÍTEMS					
DIMENSIÓN I: “Desconexión y rechazo”						
Abandono/ Inestabilidad	2. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.	4	4	4	3	
	20. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	4	4	4	4	
	38. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen	4	4	3	4	
	56. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero	4	4	4	4	
	74. Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.	4	4	4	3	
Desconfianza/ Abuso	3. Presiento que la gente se aprovechará.	4	4	4	4	
	21. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	4	4	4	4	
	39. Es solo una cuestión de tiempo en que alguien me traicione.	4	4	4	4	
	57. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.	4	4	4	3	
	75. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	3	4	4	3	
Privación emocional	1. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quien compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	4	4	4	4	
	19. En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.	4	4	4	4	

	37. Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.	4	4	3	4	
	55. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	4	4	4	4	
	73. Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia para que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	4	4	3	4	
Imperfección/Vergüenza	5. Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos	4	4	4	4	
	23. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese	4	4	4	4	
	41. No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.	4	4	4	4	
	59. Siento que no soy simpático.	4	4	3	4	
	77. En mi hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás	4	3	4	4	
Aislamiento Social	4. No me aceptan en ningún lugar	3	4	4	4	
	22. Soy básicamente diferente de las otras personas.	4	3	4	3	
	40. No me siento unido a nadie, soy un solitario.	4	4	4	4	
	58. Me siento alejado o aislado del resto de personas	4	4	4	4	
	76. Siempre me siento poco integrado a mis grupos.	3	4	4	4	

DIMENSIÓN II: “Deterioro en autonomía y desempeño”

Dependencia/Incompetencia	7. No soy capaz de arreglármelas por sí mismo en las cosas de cada día.	4	4	3	4	
	25. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, a lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	4	4	4	3	
	43. No tengo sentido común	3	4	4	3	

	61. No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.	4	4	4	4	
	79. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día	4	4	4	4	
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	8. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va ocurrir.	4	4	4	4	
	26. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	4	4	4	4	
	44. Me preocupa que me puedan atacar	4	4	4	4	
	62. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria	3	4	2	4	
	80. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante	3	4	3	4	
Apego confuso/Yo inmaduro	9. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en las que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	4	4	4	4	
	27. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.	4	4	4	4	
	45. Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables	4	4	4	4	
	63. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviese viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	4	4	4	4	
	81. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.	4	4	3	4	
Fracaso	6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	4	3	4	4	
	24. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	4	4	4	4	
	42. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento	4	4	4	4	

	60. No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.	4	4	3	4	
	78. No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).	3	4	3	4	

DIMENSIÓN III: “Límites insuficientes”

Grandiosidad/Autorización	14. Me es muy difícil un “no” como respuesta cuando quiero algo de los demás.	4	4	4	4	
	32. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas	4	4	4	4	
	50. Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.	4	4	4	4	
	68. Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen	4	4	4	4	
	86. Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor de lo que pueden aportar los demás.	4	4	4	4	
Autocontrol insuficiente/Autodisciplina	15. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	4	4	4	4	
	33. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.	4	4	4	4	
	51. La paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo	3	4	4	4	
	69. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.	4	4	4	4	
	87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos	4	3	4	4	

DIMENSIÓN IV: “Dirigido por las necesidades de los demás”

Subyugación	10. Pienso que si hago lo que quiero, solo me encontraré problemas.	4	4	4	4	
-------------	---	---	---	---	---	--

	28. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	4	4	4	4	
	46. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	4	4	4	4	
	64. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.	4	4	4	4	
	82. Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	4	4	4	3	
Autosacrificio	11. Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí	4	4	4	4	
	29. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	4	4	4	4	
	47. Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.	4	4	4	4	
	65. Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	4	4	4	4	
	83. Las personas que me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para mí mismo.	4	4	4	4	
Búsqueda de aprobación/ de reconocimiento	16. Tener dinero y conocer personas importantes me hace sentir valioso.	4	4	3	4	
	34. Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	4	4	4	4	
	52. Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importante	4	4	4	4	
	70. Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.	3	4	4	4	
	88. Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.	4	4	4	4	

DIMENSIÓN V: “Sobrevigilancia e inhibición”						
Negatividad/P esimismo	17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.	4	4	3	4	
	35. Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga	4	4	4	4	
	53. No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.	4	4	4	3	
	71. No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo	4	4	4	4	
	89. Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar al desastre.	4	4	4	4	
Inhibición emocional	12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...)	4	4	4	4	
	30. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	4	4	4	4	
	48. Me es difícil ser cálido y espontáneo.	4	4	4	4	
	66. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.	4	4	4	4	
	84. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	3	4	4	4	
Castigo	18. Si cometo un error, merezco ser castigado.	4	4	4	4	
	36. Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor	4	4	4	4	
	54. Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.	3	4	4	4	
	72. No importa si cometo un error. Cuando me equivoco debo pagar las consecuencias.	4	4	4	4	
	90. Soy una mala persona que merece ser castigada	4	4	4	4	
Metas inalcanzables/	13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor	4	4	4	4	

hipercriticism o	31. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”.	4	4	3	3	
	49. Debo cumplir todas mis responsabilidades.	4	4	4	4	
	67. Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabada.	4	4	4	4	
	85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.	3	4	3	4	

Considera usted, ¿Se identifica alguna dimensión o ítem en específico que tiene alguna observación?

SI () NO (X)

En caso su respuesta sea SI. ¿Qué ítem o ítems se encuentran observadas?

.....

DECISIÓN DEL JUEZ EXPERTO:

Se considera que el instrumento presentado debe ser aplicado, **SI (X)**
NO ()



 DNI: 47995722

Datos generales del jurado: Ps. Moisés G. Colonio Chuquillanqui

SEGUNDO JUEZ:

ESQUEMA	“CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-S3)”	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
	ÍTEMS					
DIMENSIÓN I: “Desconexión y rechazo”						
Abandono/ Inestabilidad	2. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.	4	4	4	3	
	20. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	4	4	4	4	
	38. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen	4	4	4	4	
	56. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero	4	4	4	4	
	74. Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.	4	3	3	3	
Desconfianza/ Abuso	3. Presiento que la gente se aprovechará.	4	4	4	4	
	21. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	4	4	4	3	
	39. Es solo una cuestión de tiempo en que alguien me traicione.	4	4	4	4	
	57. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.	4	4	4	4	
	75. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	4	4	4	3	
Privación emocional	1. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quien compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	4	4	4	3	

	19. En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.	4	4	4	3	
	37. Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.	4	4	4	4	
	55. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	4	4	4	4	
	73. Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia para que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	3	4	4	4	
Imperfección/Vergüenza	5. Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos	4	4	4	4	
	23. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese	4	4	4	4	
	41. No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.	4	4	4	3	
	59. Siento que no soy simpático.	4	4	4	4	
	77. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás	4	4	4	3	
Aislamiento Social	4. No me aceptan en ningún lugar	4	4	4	4	
	22. Soy básicamente diferente de las otras personas.	4	4	4	3	
	40. No me siento unido a nadie, soy un solitario.	4	4	4	4	
	58. Me siento alejado o aislado del resto de personas	4	4	4	4	
	76. Siempre me siento poco integrado a mis grupos.	4	4	4	4	

DIMENSIÓN II: “Deterioro en autonomía y desempeño”

	7. No soy capaz de arreglármelas por sí mismo en las cosas de cada día.	4	4	4	4	
--	---	---	---	---	---	--

Dependencia /Incompetencia	25. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, a lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	4	4	4	4	
	43. No tengo sentido común	4	3	3	3	
	61. No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.	4	4	4	4	
	79. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día	4	4	4	4	
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	8. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va ocurrir.	4	4	4	4	
	26. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	4	4	4	4	
	44. Me preocupa que me puedan atacar	4	4	4	4	
	62. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria	4	4	4	4	
	80. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante	4	4	4	4	
Apego confuso/Yo inmaduro	9. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en las que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	4	4	4	4	
	27. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.	4	4	4	4	
	45. Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables	4	4	4	3	
	63. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviese viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	4	4	4	4	
	81. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.	4	4	4	4	
Fracaso	6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	4	4	4	4	

	24. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	4	4	4	4	
	42. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento	4	4	4	4	
	60. No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.	4	4	4	3	
	78. No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).	4	4	4	3	

DIMENSIÓN III: “Límites insuficientes”

Grandiosidad/Autorización	14. Me es muy difícil un “no” como respuesta cuando quiero algo de los demás.	4	4	4	4	
	32. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas	4	4	4	4	
	50. Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.	4	4	4	4	
	68. Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen	4	4	4	4	
	86. Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor de lo que pueden aportar los demás.	4	4	4	4	
Autocontrol insuficiente/Autodisciplina	15. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	4	4	4	4	
	33. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.	4	4	4	4	
	51. La paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo	4	4	4	3	
	69. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.	4	4	4	4	
	87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos	4	4	4	4	

DIMENSIÓN IV: “Dirigido por las necesidades de los demás”						
Subyugación	10. Pienso que si hago lo que quiero, solo me encontraré problemas.	4	4	4	4	
	28. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	4	4	4	4	
	46. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	4	4	4	4	
	64. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.	4	4	4	4	
	82. Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	4	4	4	4	
Autosacrificio	11. Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí	4	4	4	4	
	29. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	4	4	4	4	
	47. Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.	4	4	4	4	
	65. Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	4	4	4	4	
	83. Las personas que me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para mí mismo.	4	4	4	3	
Búsqueda de aprobación/ de reconocimiento	16. Tener dinero y conocer personas importantes me hace sentir valioso.	4	4	4	4	
	34. Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	4	4	4	4	
	52. Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importante	4	4	4	4	

	70. Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.	4	4	4	4	
	88. Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.	4	4	4	4	

DIMENSIÓN V: “Sobrevigilancia e inhibición”						
Negatividad/P esimismo	17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.	4	4	4	4	
	35. Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga	4	4	4	4	
	53. No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.	4	4	4	4	
	71. No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo	4	4	4	4	
	89. Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar al desastre.	4	4	4	4	
Inhibición emocional	12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...)	4	4	4	4	
	30. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	4	4	4	4	
	48. Me es difícil ser cálido y espontáneo.	4	4	4	4	
	66. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.	4	4	4	4	
	84. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	4	4	4	4	
Castigo	18. Si cometo un error, merezco ser castigado.	4	4	4	4	
	36. Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor	4	4	4	4	
	54. Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.	4	4	4	4	

	72. No importa si cometo un error. Cuando me equivoco debo pagar las consecuencias.	4	4	4	4	
	90. Soy una mala persona que merece ser castigada	4	4	4	4	
Metas inalcanzables/hipercriticismo	13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor	4	4	4	4	
	31. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”.	4	4	4	4	
	49. Debo cumplir todas mis responsabilidades.	4	4	4	4	
	67. Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabada.	4	4	4	4	
	85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.	4	4	4	4	

Considera usted, ¿Se identifica alguna dimensión o ítem en específico que tiene alguna observación?

SI () NO (X)

En caso su respuesta sea SI. ¿Qué ítem o ítems se encuentran observadas?

.....

DECISIÓN DEL JUEZ EXPERTO:

Se considera que el instrumento presentado debe ser aplicado, SI (X) NO ()


 Dra. Raquel Cou Azañero
 PSICOLOGA
 C.P.A.P. 0100

Datos generales del jurado: Ps. Rocío Milagros Coz Apumayta

TERCER JUEZ

ESQUEMA	“CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ-S3)”	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
	ÍTEMS					
DIMENSIÓN I: “Desconexión y rechazo”						
Abandono/ Inestabilidad	2. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo de que me abandonen.	4	4	4	3	
	20. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	4	4	4	4	
	38. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen	4	4	4	4	
	56. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí o se aparta de mí, me desespero	4	4	4	4	
	74. Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen, que les aparto de mí.	4	4	4	3	
Desconfianza/ Abuso	3. Presiento que la gente se aprovechará.	4	4	4	3	
	21. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	4	4	4	4	
	39. Es solo una cuestión de tiempo en que alguien me traicione.	4	4	4	3	
	57. Soy bastante desconfiado respecto a los motivos de los demás.	4	4	4	3	
	75. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	4	4	3	3	
Privación emocional	1. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que me cuide, con quien compartir, o que se preocupe verdaderamente de las cosas que me ocurren.	4	4	4	4	

	19. En general, las personas no han estado a mi lado para darme cariño, apoyo y afecto.	4	4	4	4	
	37. Gran parte de mi vida, no me he sentido especial para nadie.	4	4	4	4	
	55. La mayor parte de mi vida, no he tenido a nadie que realmente me escuchase, me comprendiese o que conectase con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	4	4	4	4	
	73. Raramente he tenido a una persona fuerte o sabia para que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	4	4	4	4	
Imperfección/Vergüenza	5. Ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos	4	4	4	4	
	23. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese	4	4	4	3	
	41. No merezco el amor, la atención y el respeto de los demás.	4	4	4	3	
	59. Siento que no soy simpático.	4	4	4	3	
	77. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás	4	4	4	3	
Aislamiento Social	4. No me aceptan en ningún lugar	4	4	4	4	
	22. Soy básicamente diferente de las otras personas.	4	4	4	4	
	40. No me siento unido a nadie, soy un solitario.	4	4	4	4	
	58. Me siento alejado o aislado del resto de personas	4	4	4	4	
	76. Siempre me siento poco integrado a mis grupos.	4	4	4	4	

DIMENSIÓN II: “Deterioro en autonomía y desempeño”

	7. No soy capaz de arreglármelas por sí mismo en las cosas de cada día.	4	4	4	4	
--	---	---	---	---	---	--

Dependencia /Incompetencia	25. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, a lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	4	4	4	4	
	43. No tengo sentido común	4	4	3	3	
	61. No se puede confiar en mi juicio en las situaciones cotidianas.	4	4	4	4	
	79. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día	4	4	4	4	
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	8. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va ocurrir.	4	4	4	4	
	26. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	4	4	4	4	
	44. Me preocupa que me puedan atacar	4	4	4	4	
	62. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria	3	4	4	4	
	80. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante	4	4	4	4	
Apego confuso/Yo inmaduro	9. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en las que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	4	4	4	3	
	27. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y mis problemas, y yo en la suya.	4	4	4	4	
	45. Es muy difícil para mis padres (o para alguno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades, sin sentirnos traicionados o culpables	4	3	4	4	
	63. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviese viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	4	4	4	4	
	81. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o pareja.	4	4	4	4	
Fracaso	6. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en la escuela) está tan bien hecho como lo que otras personas pueden hacer.	4	4	4	4	

	24. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	4	4	4	4	
	42. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento	3	4	4	4	
	60. No tengo tantas aptitudes en el trabajo como la mayoría de las personas.	4	4	4	3	
	78. No tengo tanta inteligencia como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o los estudios).	3	4	4	3	

DIMENSIÓN III: “Límites insuficientes”

Grandiosidad/Autorización	14. Me es muy difícil un “no” como respuesta cuando quiero algo de los demás.	4	4	4	4	
	32. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas	4	4	4	4	
	50. Odio que me limiten o que no se me deje hacer lo que yo quiero.	3	4	4	4	
	68. Siento que no tendría por qué seguir las normas básicas ni los convencionalismos que los demás siguen	4	4	4	4	
	86. Siento que lo que tengo que ofrecer es de un mayor valor de lo que pueden aportar los demás.	4	4	4	4	
Autocontrol insuficiente/Autodisciplina	15. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.	4	4	4	3	
	33. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento fácilmente frustrado y renuncio a él.	3	4	4	4	
	51. La paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas para conseguir un objetivo a largo plazo	3	4	4	3	
	69. No consigo obligarme a hacer aquellas cosas que no me divierten, incluso cuando sé que son para mi propio beneficio.	4	4	4	3	
	87. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos	4	4	4	4	

DIMENSIÓN IV: “Dirigido por las necesidades de los demás”						
Subyugación	10. Pienso que si hago lo que quiero, solo me encontraré problemas.	3	4	4	4	
	28. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	4	4	4	4	
	46. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	4	4	4	4	
	64. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mi mismo.	4	4	4	4	
	82. Tengo muchas dificultades para exigir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	4	4	4	4	
Autosacrificio	11. Soy el que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí	3	4	3	4	
	29. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo.	4	4	4	4	
	47. Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo.	4	4	4	4	
	65. Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	3	4	4	4	
	83. Las personas que me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para mí mismo.	4	4	4	4	
Búsqueda de aprobación/ de reconocimiento	16. Tener dinero y conocer personas importantes me hace sentir valioso.	4	4	4	4	
	34. Los elogios son más valiosos para mí, si los demás se dan cuenta.	4	4	4	4	
	52. Si no recibo mucho cariño de los demás, me siento menos importante	4	4	4	4	

	70. Si hago comentarios en una reunión o me presentan en situaciones sociales, es importante para mí obtener el reconocimiento y la admiración.	4	4	4	4	
	88. Muchos halagos y cumplidos me hacen sentir una persona valiosa.	4	4	4	4	

DIMENSIÓN V: “Sobrevigilancia e inhibición”						
Negatividad/P esimismo	17. Incluso cuando las cosas parecen ir bien, siento que es una cosa temporal.	4	4	4	4	
	35. Si algo bueno ocurre, me preocupo porque es probable que algo malo le siga	4	4	4	4	
	53. No puedes tener tanto cuidado, casi siempre algo irá mal.	4	4	4	3	
	71. No importa lo duro que trabaje, me preocupa que me pueda arruinar y perderlo casi todo	4	4	4	3	
	89. Me preocupa que una decisión equivocada me pueda llevar al desastre.	4	4	4	4	
Inhibición emocional	12. Soy demasiado tímido para expresar sentimientos positivos hacia los demás (p. ej., afecto, preocupación...)	4	4	4	4	
	30. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	4	4	4	4	
	48. Me es difícil ser cálido y espontáneo.	4	4	4	4	
	66. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones o que soy insensible.	4	4	4	4	
	84. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	4	4	4	4	
Castigo	18. Si cometo un error, merezco ser castigado.	4	4	4	4	
	36. Si no lo intento con todas mis fuerzas, supondría ser un perdedor	3	4	4	4	
	54. Si no hago un buen trabajo, sufriría las consecuencias.	4	4	4	4	

	72. No importa si cometo un error. Cuando me equivoco debo pagar las consecuencias.	4	4	4	3	
	90. Soy una mala persona que merece ser castigada	4	4	4	4	
Metas inalcanzables/hipercriticismo	13. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor	4	4	4	4	
	31. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”.	4	4	4	4	
	49. Debo cumplir todas mis responsabilidades.	4	4	4	4	
	67. Siento una presión constante para lograr y dar las cosas por acabada.	4	4	4	4	
	85. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.	4	4	4	3	

Considera usted, ¿Se identifica alguna dimensión o ítem en específico que tiene alguna observación?

SI () NO (X)

En caso su respuesta sea SI. ¿Qué ítem o ítems se encuentran observadas?

.....

DECISIÓN DEL JUEZ EXPERTO:

Se considera que el instrumento presentado debe ser aplicado, SI (X) NO ()

MINISTERIO DE SALUD
MICRO RED LA LIBERTAD

Karen J.

Lic. Karen J. Tembladera Cahuzza

PSICÓLOGA
C.Pa.P. Nº 29004



Datos generales del jurado: Ps. Karen Liz Tembladera Cahuaya

**CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
(CVC) DEL CUESTIONARIO ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS (YSQ-S3)**

IMENSIÓN	ESQUEMA	ITE M	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	SX 1	Mx	CVCi	Pei	CVCt
DIMENSIÓN I: “ Desconexión y rechazo”	Abandono/ Inestabilidad	2	15	15	15	45	2.81 25	0.937 5	0.0370 37	0.90046 3
		20	16	16	16	48	3	1	0.0370 37	0.96296 3
		38	15	16	16	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		56	16	16	16	48	3	1	0.0370 37	0.96296 3
		74	15	13	15	43	2.68 75	0.895 83	0.0370 37	0.85879 63
		3	16	16	15	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
	Desconfianza/Abuso	21	16	15	16	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		39	16	16	15	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		57	15	16	15	46	2.87 5	0.958 33	0.0370 37	0.92129 63
		75	14	15	14	43	2.68 75	0.895 83	0.0370 37	0.85879 63
		1	16	15	16	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
	Privación emocional	19	16	15	16	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		37	15	16	16	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		55	16	16	16	48	3	1	0.0370 37	0.96296 3
		73	15	15	16	46	2.87 5	0.958 33	0.0370 37	0.92129 63
		5	16	16	16	48	3	1	0.0370 37	0.96296 3
	Imperfección/Vergüenza	23	16	16	15	47	2.93 75	0.979 17	0.0370 37	0.94212 96
		41	16	15	15	46	2.87 5	0.958 33	0.0370 37	0.92129 63
		59	15	16	15	46	2.87 5	0.958 33	0.0370 37	0.92129 63
		77	15	15	15	45	2.81 25	0.937 5	0.0370 37	0.90046 3

DIMENSIÓN II: “ Deterioro en autonomía e desempeño”	Aislamiento Social	4	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
							75	17	37	96
		22	14	15	16	45	2.81	0.937	0.0370	0.90046
							25	5	37	3
		40	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
									37	3
	58	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
	76	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212	
						75	17	37	96	
	Dependencia/Incompetencia	7	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
							75	17	37	96
		25	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
							75	17	37	96
		43	14	13	14	41	2.56	0.854	0.0370	0.81712
							25	17	37	96
		61	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
									37	3
		79	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
									37	3
Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	8	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
	26	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
	44	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
62	13	16	15	44	2.75	0.916	0.0370	0.87962		
					67	37	96			
80	14	16	16	46	2.87	0.958	0.0370	0.92129		
					5	33	37	63		
Apego confuso/Yo inmaduro	9	16	16	15	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212	
						75	17	37	96	
	27	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
	45	16	15	15	46	2.87	0.958	0.0370	0.92129	
						5	33	37	63	
63	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296		
							37	3		
81	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212		
					75	17	37	96		
Fracaso	6	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212	
						75	17	37	96	
	24	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296	
								37	3	
	42	16	16	15	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212	
					75	17	37	96		
60	15	15	15	45	2.81	0.937	0.0370	0.90046		
					25	5	37	3		

		70	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		88	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
DIMENSIÓN V: “ Sobrevigilancia e inhibición”	Negatividad/Pesimismo	17	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		35	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		53	15	16	15	46	2.87	0.958	0.0370	0.92129
		71	16	16	15	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		89	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
	Inhibición emocional	12	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		30	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		48	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		66	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		84	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
	Castigo	18	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		36	16	16	15	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		54	15	16	16	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		72	16	16	15	47	2.93	0.979	0.0370	0.94212
		90	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
	Metas inalcanzables/hipercriticismo	13	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		31	14	16	16	46	2.87	0.958	0.0370	0.92129
		49	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		67	16	16	16	48	3	1	0.0370	0.96296
		85	14	16	15	45	2.81	0.937	0.0370	0.90046

CVC= 0.94074
07