



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE  
SALUD DE LIMA

Tesis presentada por:

LUZ NATHALI BARRIENTOS ROMERO

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Asesor

Edgar Rodríguez Vílchez

Cód. Orcid. 0000-0002-2773-8238

Lima – Perú

2021

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

LUZ NATHALI BARRIENTOS ROMERO

---

Dr. Edgar Wilfredo Rodríguez Vílchez, Asesor

---

Dr. Luis Alberto Chan Bazalar, Miembro

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga, Miembro

---

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga  
Decano  
Facultad de Psicología y Humanidades



## RESUMEN

Los esquemas maladaptativos tempranos son patrones mentales que guían la interpretación de la realidad y/o experiencias de las personas. Estos se adquieren principalmente en la infancia, se caracterizan por ser disfuncionales y afectar negativamente al bienestar psicológico, por lo que es importante identificarlos e incluirlos en el plan psicoterapéutico. El presente estudio tuvo como objetivo describir los esquemas maladaptativos tempranos en pacientes adultos con depresión, que asisten a hospitalización de día de una institución de salud en Lima, en el que se evaluaron a 30 pacientes con este diagnóstico. El desarrollo de la investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, a su vez es de tipo aplicado dado que se busca diseñar un plan terapéutico con la información recolectada y de tipo no experimental dado que no se modificará las variables. Los resultados muestran que las personas diagnosticadas con depresión presentan esquemas mentales tempranos. Además, en el análisis descriptivo se encontró la prevalencia de los siguientes esquemas: esquema 13 (93%), esquema 17 (90%), esquema 18 (80%) y esquema 1 (80%).

**Palabras clave:** depresión, esquemas maladaptativos tempranos, trastorno psicológico, apego.

## ABSTRACT

Early maladaptive schemas are mental patterns that guide people's interpretation of reality and/or experiences. These are acquired mainly in childhood, are characterized by being dysfunctional and negatively affect psychological well-being, so it is important to identify them and include them in the psychotherapeutic plan. The aim of the present study was to describe early maladaptive schemas in adult patients with depression, attending day hospitalization in a health institution in Lima, in which 30 patients with this diagnosis were evaluated. The development of the research is quantitative with a descriptive design, and at the same time it is of the applied type since it seeks to design a therapeutic plan with the information collected and of the non-experimental type since the variables will not be modified. The results show that people diagnosed with depression present early mental schemas. In addition, in the descriptive analysis the prevalence of the following schemas was found: schema 13 (93%), schema 17 (90%), schema 18 (80%) and schema 1 (80%).

**Keywords:** depression, early maladaptive schemas, early maladaptive schemas, psychological disorder, attachment

## RECONOCIMIENTOS / DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis hijas por ser mi gran estímulo para superarme cada día, a mi esposo y a su familia por sacrificar descansos y cuidar a mis hijas a fin de que yo tenga el tiempo necesario para realizar esta investigación, a mis padres y mi hermana por su apoyo a lo largo de la carrera compartiendo el mismo deseo de concluir mis estudios y de graduarme como psicóloga, cumpliendo así un gran anhelo.

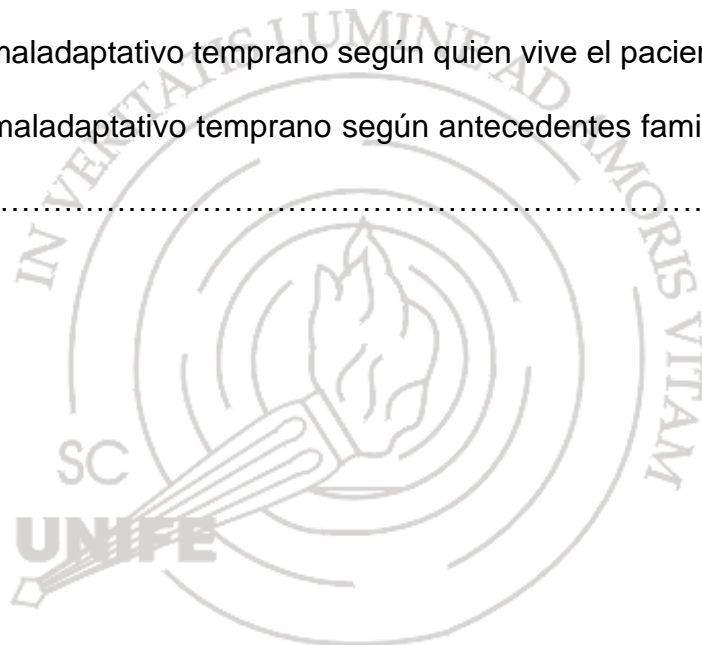


# ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	10
1.1 Marco Teórico Conceptual.....	10
1.2 Revisión de la literatura.....	26
1.3 Planteamiento del problema.....	30
1.4 Objetivos.....	31
1.5 Definición operacional de términos.....	32
1.6 Importancia y limitaciones de la investigación.....	33
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	34
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	34
2.2 Participantes.....	34
2.3 Materiales.....	36
2.4 Procedimientos.....	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS .....	52
APÉNDICE .....	55

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de la muestra de pacientes en estudio.....	35
2. Análisis de fiabilidad mediante consistencia interna.....	38
3. Esquema maladaptativo temprano en pacientes que asisten a hospitalización.....	39
4. Esquemas maladaptativo temprano según estado civil.....	40
5. Esquema maladaptativo temprano según quien vive el paciente...	42
6. Esquema maladaptativo temprano según antecedentes familiares del paciente.....	43



## INTRODUCCIÓN

Los esquemas son modelos internalizados sobre qué esperar y cómo comportarse con respecto a uno mismo, a los demás y al mundo. Los diferentes esquemas forman parte de la identidad de un individuo y funcionan como prototipos que guían la interpretación de sus experiencias, determinando así su conducta y afectando la calidad de sus relaciones interpersonales. Estos esquemas se pueden instaurar a lo largo de la vida, sin embargo, los instaurados en la etapa infantil son los más significativos. Dichos esquemas pueden ser funcionales o disfuncionales, a estos últimos Jeffrey Young los llamó esquemas maladaptativos tempranos, estableciendo dieciocho tipos de esquemas maladaptativos, los cuales se pueden instaurar según las experiencias tempranas del individuo y su temperamento.

El estudio está compuesto por cinco capítulos. En el primer capítulo se trata los antecedentes, en ella se refiere al marco teórico conceptual, la revisión de la literatura, el planteamiento del problema, los objetivos, la definición operacional de términos y la importancia de la investigación. El desarrollo del primer capítulo es la parte esencial y el sustento del porque se realizó la investigación juntamente con el objetivo de hallar los esquemas maladaptativos tempranos y su relación con las características de los pacientes que se atienden en un Hospital de Lima.

En el segundo capítulo, se desarrolla la metodología, parte con el tipo y diseño de investigación que se utilizó, los participantes, materiales y procedimientos. Es la parte que permitió el procesamiento de información y análisis de datos para hallar los EMT en pacientes con depresión. En el tercer



capítulo, se analizan los resultados y, en el cuarto capítulo, se discuten con los antecedentes y la teoría que permiten la consistencia del desarrollo del estudio.

Por último, en el quinto capítulo se realizan las conclusiones, culminando con las recomendaciones del estudio, para que se mejoren las decisiones para contrarrestar la prevalencia de EMT en pacientes con depresión. Además, al final se detallan las referencias y el apéndice.



# **CAPÍTULO I: ANTECEDENTES**

## **1.1 Marcó teórico conceptual**

### **1.1.1 Esquemas maladaptativos tempranos**

El término esquemas es empleado por varios autores que se dedican a estudiar la salud mental de las personas.

En este trabajo se desarrolló el concepto de Esquemas maladaptativos tempranos (EMT), de acuerdo con el enfoque cognitivo conductual, específicamente de Jeffrey Young en la psicoterapia de esquemas.

La psicoterapia de esquemas trata especialmente los trastornos de personalidad, depresiones severas, entre otros. Se caracteriza por su enfoque integrador, dado que emplea elementos de la terapia psicoanalítica, terapia gestáltica, así como la terapia cognitiva y terapia conductual.

#### **1.1.1.1 Definición de los Esquemas maladaptativos tempranos**

Piaget y Inhelder (citado por Marcos, 2015) define al esquema como la organización de las acciones, en la manera que estas son transferidas o generalizadas, cuando una acción específica es repetida en situaciones iguales o similares.

Piaget (citado por Marcos, 2015) precisa que los factores afectivos y cognitivos se penetran recíprocamente en las distintas circunstancias. De manera que afecto y cognición se encuentran entrelazados, y cuyo funcionamiento se da en conjunto. Agrega también que estos esquemas comienzan con las experiencias tempranas, y contribuyen a la formación del carácter.

Por otro lado, refiere que según la terapia cognitiva los esquemas se producen desde las primeras experiencias del individuo, siendo estas relevantes para su construcción, tendiendo a ser muy duraderos, Marcos (2015) explica que esto es posible debido a la neuroplasticidad mediante la cual la persona en sus primeros años de vida puede desarrollar un gran número de capacidades. Otro factor que influye es la necesidad del individuo para dar significado a un mundo que está conociendo y en el que debe desenvolverse. A estos esquemas se agregan los desarrollados a lo largo de la vida, siendo los esquemas disfuncionales los que generan una interpretación distante de la realidad, sobre todo cuando son activados por situaciones parecidas a las que las originaron.

Así también señala que un esquema disfuncional distorsiona la realidad, generando pensamientos rígidos y dirigiendo el procesamiento de la información siempre a un mismo sentido. La activación de estos esquemas genera un desequilibrio en la persona de manera que no le permite responder adaptativamente.

La definición de esquema tiene su origen en la teoría de Jean Piaget, Fau (2010) señala que los esquemas son el mecanismo organizado de acciones que el niño utiliza al interactuar con el medio que lo rodea. De manera que el niño puede estructurar el mundo como parte diferenciada de este. Los esquemas varían según los mecanismos de acomodación y asimilación, de tal manera que se generan situaciones de desequilibrio y equilibrio, dirigidos al progreso cognitivo.

Por otro lado, Beck et al. (2010), refieren que mediante los esquemas las personas pueden convertir los datos de las experiencias que afrontan, en

cogniciones. Categorizando y evaluando sus experiencias según la matriz de esquemas que posee el individuo.

Así también señalan que los esquemas pueden mantenerse inactivos por mucho tiempo y ser activados por inputs ambientales específicos.,

Cuando estos esquemas son disfuncionales se constituyen en esquemas maladaptativos tempranos (EMT).

Los EMT son patrones con los cuales se interpreta arbitrariamente la realidad, y/o experiencias; se podría decir que son el timón de las percepciones. Esto puede generar en la persona un fuerte malestar emocional con repercusiones significativas en sus relaciones interpersonales.

Estos patrones son de índole emocional y cognitivo, los cuales se inician en etapas tempranas del desarrollo y se repiten al largo de la vida.

#### **1.1.1.2 Origen de los esquemas maladaptativos tempranos**

Bofarull y Camps (2019) señalan que el ser humano es un ser social, que nace para amar y ser amado, disfruta de establecer vínculos con sus iguales y también se arriesga a sufrir la pérdida de estos vínculos. Sus relaciones sociales pueden ser su gran fortaleza como su gran debilidad.

Además, refiere que para establecer relaciones sociales saludables es importante las vinculaciones estables del niño desde su nacimiento. El niño puede adquirir un estilo de relacionarse aprendido de los padres y este tendrá consecuencias negativas o positivas a lo largo de su infancia y vida adulta.

Estos autores se refieren al sistema de apego y cuidado como adherentes a nuestro sistema social. Por lo que podría influir de manera significativa en nuestras relaciones interpersonales.

En los años 40 y 50 Boston y Ainsworth (1952, citado en Bofarull y Camps, 2019) investigaron el efecto del apego en los primeros años de vida de niños institucionalizados, como resultado de su investigación asociaron la falta de vinculación estable en las primeras etapas de vida con el cuidador con trastornos físicos, afectivos, cognitivos y sociales. Esta falta de vinculación con el cuidador facilitaba las experiencias de esquema 1. Por otro lado, los niños que no habían crecido con su madre, pero habían podido vincularse con una persona estable en los primeros años de vida, mostraron efectos que no eran visibles o hasta inexistentes.

Bowlby (2014) explica su teoría del apego como la inclinación natural del ser humano a buscar vínculos afectivos significativos, especialmente con las primeras figuras como mamá, papá o con la persona encargada de su cuidado. Además, estudio la relación del estilo de apego con las diversas alteraciones de la personalidad, comprendiendo la ira, ansiedad, y depresión. Los partidarios de esta teoría señalan que el origen de los trastornos psiquiátricos se debe a desvíos del desarrollo del comportamiento de apego o al Esquema 9 de este desarrollo. Por lo que, si se desea ayudar a este tipo de pacientes, será necesario que estos sean conscientes de qué manera sus experiencias tempranas están afectando la interpretación que dan a las situaciones que viven.

Un punto clave en la tesis de Bowlby, es la relación causal del tipo de apego establecido con los padres con la calidad de vida afectiva del individuo,

pudiendo afectar la relación conyugal, los conflictos con los hijos, además de síntomas neuróticos y trastornos de la personalidad (Bowlby, 2014).

En 2014 Bowlby describe la relación de los tipos de apego con diferentes problemas emocionales. Por ejemplo, en el apego angustioso los cuidadores usan amenazas de esquema 1, no responden a las demandas de los hijos o son rechazados; como consecuencia el individuo podría poseer sentimientos de ansiedad, inseguridad, ser dependientes e inmaduros, así como desarrollar síntomas neuróticos, depresivos, fobias.

Según lo expuesto, la teoría de apego confirma que las primeras relaciones del niño con su cuidador tienen una relación directa y significativa con el desarrollo emocional del individuo; así como los patrones establecidos durante las primeras etapas de vida del niño tienen un papel importante e influyente en la interpretación que este realiza de las experiencias y/o situaciones que vive de adulto. Siendo el apego seguro el que conduce a establecer relaciones interpersonales saludables, evitando así la Esquema 6 entre otros esquemas disfuncionales. Por lo tanto, es muy importante que el psicoterapeuta se muestre receptivo y afectivo, de manera que, pueda conducir al paciente a desarrollar un apego seguro secundario.

Estos patrones, que influyen negativamente en las interpretaciones que el individuo hace de la realidad, Jeffrey Young lo nombró Esquemas Maladaptativos Tempranos. Dichos esquemas también se pueden desarrollar en la adolescencia.

Los EMT se originan cuando las necesidades emocionales nucleares no han sido satisfechas durante la infancia. Young et al. (2013), mencionan las siguientes necesidades emocionales nucleares:

1. Establecer vínculos seguros.
2. Necesidad de autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. Poder decir sus emociones y necesidades.
4. Necesidad de ser espontáneo.
5. Límites de acuerdo a la realidad y auto-control.

Estas necesidades pueden tener distintos niveles de intensidad en las personas, se puede hablar de un individuo psicológicamente sano cuando logra satisfacer estas necesidades.

El principal origen de los EMT es la experiencia tóxica en la infancia, y suelen originarse en la familia nuclear, pudiendo ser los más intensos. Y cuando en la adultez pasa por situaciones que activan sus EMT, reaccionan de manera desproporcional para la situación que los origina. Los esquemas desarrollados después de la infancia pueden surgir de las relaciones interpersonales, dado que estas adquieren más importancia conforme el niño va madurando, sin embargo, estos no son tan poderosos, ni generalizados.

Se han observado cuatro tipos de experiencias vitales tempranas que conllevan a adquirir esquemas. La primera se puede dar cuando los cuidadores no lograron satisfacer las necesidades del niño recibiendo muy poco de algo bueno por lo que adquieren el esquema de Esquema 3 o el de esquema 1 esto debido a un déficit en las primeras etapas del desarrollo del niño.

El segundo de ellos es la traumatización o victimización, se da cuando al niño lo hieren o lo victimizan, por lo que podría desarrollarse esquemas como el esquema 1/abuso, Esquema 4, o Esquema 7 al peligro.

El tercero se da cuando el niño experimenta demasiado de algo bueno, esto genera esquemas como la Esquema 6, o derecho/Esquema 10.

El cuarto se da cuando el niño hace una internalización selectiva, adoptando conductas, sentimientos, pensamientos y experiencias de los padres.

Cabe precisar que otro factor importante para que se originen los esquemas es el temperamento del niño, esto significa que ante una experiencia traumática o adversa no siempre va a generar las mismas consecuencias emocionales en todos los niños, dado que el grado o intensidad de esta dependerá del temperamento del niño.

#### **1.1.1.3 Características de los Esquemas maladaptativos tempranos**

Una de las características de los EMT es que cuando estos se activan las personas experimentan una intensa emoción negativa.

No todos los EMT son originados por alguna experiencia traumática, sin embargo, todos son destructivos y gran parte de ellos causada por experiencias nocivas repetidas a lo largo de la vida “la mayoría ha sido causada por experiencias nocivas que se repitieron de manera regular a lo largo de la infancia y la adolescencia. El efecto de todas estas experiencias tóxicas es acumulativo”, (Young et al., 2013, p. 37), y el conjunto de estos generan esquemas plenos.

Las personas perciben sus esquemas como lo correspondiente, lo coherente. Las personas se sienten atraídas hacia circunstancias que activan



sus esquemas, por este motivo es difícil de modificarlos. Los pacientes consideran a sus esquemas como verdades absolutas, por lo que el procesamiento de las experiencias va a estar fuertemente influenciadas por estos. Los esquemas “desempeñan un papel crucial sobre el modo de pensar, sentir, actuar y de relacionarse con los demás y, paradójicamente, los llevan a recrear inadvertidamente en su vida adulta las condiciones infantiles que tan dolorosas fueron para ellos” (Young et al., 2013, p. 38).

También refieren que cuanto más severo sea el esquema, más intensa será la carga negativa y se prolongará por más tiempo.

#### **1.1.1.4 Tipos de los Esquemas maladaptativos tempranos**

Young et al. (2013), señalan 18 esquemas y lo agrupan en cinco categorías de necesidades emocionales insatisfechas que los autores llaman “dimensiones de esquemas”.

##### **1.1.1.4.1 Dimensión I:**

- Esquema 1: Se da cuando los pacientes sienten que las personas más significativas en su vida se irán en cualquier momento, dado que las perciben emocionalmente imprevisibles.
- Esquema 2: Estos pacientes están convencidos que los demás lo podrían usar para sus fines egoístas.
- Esquema 3: Los pacientes tienen la expectativa de que el deseo de conectarse emocionalmente no será satisfecho. Se identifican tres formas “(1) privación de *cuidados* (la ausencia de afecto o atención); (2) privación de *empatía* (la ausencia de escucha o comprensión); (3) privación de

*protección* (la ausencia de determinación o pautas por parte de los demás). (Young et al., p. 45).

- Esquema 4: Se da en pacientes que se sienten inferiores, imperfectos, malos o que se merecen poco, y de exponerse a los demás, estos no lo querrán.
- Esquema 5: Se da cuando los pacientes sienten que no encajan en un grupo social externo a la familia, se perciben diferentes al resto, y no sienten la pertenencia a un grupo o comunidad.

#### **1.1.1.4.2 Dimensión II:**

- Esquema 6: Los pacientes se sienten incapaces de manejar sus responsabilidades del día a día sin contar con la ayuda importante de los demás. Pueden demostrar pasividad o indefensión.
- Esquema 7: Se da cuando los pacientes sienten un miedo exagerado a que suceda una catástrofe y que no puedan enfrentarla. Los tipos de catástrofes son médicas, emocionales, y externas.
- Esquema 8: Son pacientes que se encuentran sobre implicados con una o más personas, de tal manera que se ve afectada su individuación. Se sienten fusionados a estas personas y sienten que no pueden funcionar sin ellos.
- Esquema 9: Los pacientes piensan que ante alguna actividad de logro inevitablemente fallaran, se sienten inapropiados para el logro en comparación con los demás.

#### **1.1.1.4.3 Dimensión III:**

- Esquema 10: Los pacientes se sienten superiores a los demás, por lo que creen que les corresponden derechos y privilegios especiales. No se sienten involucrados con las normas de reciprocidad.
- Esquema 11: Se da cuando los pacientes no pueden o no ejercen el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para alcanzar sus objetivos.

#### **1.1.1.4.4 Dimensión IV: Dirigido por las necesidades de los demás**

- Esquema 12: Equivale a que las personas se dejen controlar por los demás, debido a que se sienten obligados a ello. De esta manera buscan evitar la ira, las represalias o el esquema 1. Las dos formas principales son: necesidades de Esquema 12 y emociones de Esquema 12. Esta actitud genera ira, la cual se manifiesta mediante síntomas tempranos.
- Esquema 13: Se da cuando los pacientes satisfacen voluntariamente las necesidades de los demás a costa de su propia gratificación.
- Esquema 14: Son pacientes que valoran más el reconocimiento o aprobación de los demás, que construir su propio self o ser auténticos.

#### **1.1.1.4.5 Dimensión V:**

- Esquema 15: son pacientes que centran su atención en lo negativo de la vida, minimizando los aspectos positivos de esta. Se caracterizan por la preocupación, la queja, entre otros.

- Esquema 16: Se da cuando los pacientes limitan sus sentimientos, su forma de actuar y la comunicación espontánea, debido al temor a la crítica o perder el control de sus impulsos.
- Esquema 17: son pacientes que sienten que deben esforzarse mucho para alcanzar estándares internos muy altos, a fin de evitar la desaprobación y la vergüenza. Se caracterizan por tener esquema 17.
- Esquema 18: Estos pacientes tienen la creencia que las personas deberían de tener un esquema 18 por sus errores. Esto los lleva a ser intolerantes con ellos mismos y con los demás, y tienden a estar enfurecidos.

#### **1.1.1.5 Estilos de afrontamiento disfuncionales**

Existen tres estilos de afrontamiento disfuncionales, la persona puede usar uno o combinar los tres estilos para afrontar alguna amenaza. Señalan “una amenaza – la frustración de una necesidad emocional nuclear y las emociones concomitantes- a la que el individuo responde con un estilo de afrontamiento es lo que desencadena un esquema” (Young et al., 2013, p. 73). Dichos estilos son:

- Rendición al esquema: Se da cuando los pacientes caen rendidos a un esquema, cuando sucede esto se mantienen en ellos y no se esfuerzan por evitarlos o luchar contra ellos. No contradicen el esquema, y actúan de tal forma que confirman el esquema.
- Evitación del esquema: Intentan organizar sus vidas de manera que no se active el esquema, evitan pensar en ello, para lo cual bloquean cualquier pensamiento o imagen que pueda activarlo.
- Sobrecompensación del esquema: Son pacientes que luchan contra el esquema, pensando, comportándose, sintiendo y relacionándose como si

lo contrario al esquema fuera lo auténtico. Para lo cual intentan comportarse muy diferente al niño que fueron cuando adquirieron el esquema.

## **1.1.2 Depresión**

### **1.1.2.1 Definición de depresión**

Vargas y Ferrero (2021) señalan que la terapia racional emotiva conductual plantea que las personas tienen dos metas importantes sobrevivir y ser feliz, sin embargo, debido a la cantidad de personas con las que interactúa es muy probable que existan conflictos de intereses o situaciones que impidan el logro de dichas metas. Así también debido a que las personas pueden atravesar situaciones adversas o muy distantes a sus expectativas podrían conducir a sentimientos de tristeza y en otros casos mas graves a una depresión.

Vallejo (2011) señala que al hablar de depresión se pueden referir al síntoma, al síndrome y enfermedad. Si se habla de síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos como los de angustia; como síndrome agrupa procesos que se caracterizan por la presencia de tristeza, minusvalía, pérdida del impulso vital, inhibición, y culpa; como enfermedad se habla de un trastorno biológico en el cual se puede demarcar una causa, un rumbo, un pronóstico y un tratamiento específico.

### **1.1.2.2 Etiología de la depresión**

Chávez y Tena (2018) señala en los pacientes que padecen depresión, el esquema negativo influye consistentemente en la manera de atender, codificar y evaluar la información que les rodea, creando así distorsiones cognitivas. Estos estilos de pensamientos no solo preceden la depresión, sino que la perpetúan.

Deví (2015) señala que una de las premisas de la terapia cognitiva para la depresión, es que los pacientes poseen esquemas que le inducen a interpretar de manera negativa las situaciones que experimentan, llevándolos a manifestar las conductas depresivas. Esta teoría mantiene que “somos lo que pensamos”, por lo tanto, si el paciente posee pensamientos tempranos, su estado emocional y conducta también serán tempranos.

Vallejo (2011) precisa que el eje nuclear de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve a la persona afectando su relación intrapersonal e interpersonal. La clínica de la depresión tiene 5 áreas, la afectividad, pensamiento-cognición, conducta, trastornos somáticos y ritmos biológicos. Junto a la depresión pueden emerger otros estados emocionales tales como la irritabilidad, hostilidad, la ansiedad, sin embargo, estos son secundarios. Asimismo, señala presupuestos psicológicos y fisiológicos de la depresión, tales como: la genética, bioquímica, neuroendocrinología, neurofisiología y neuroanatomía.

Beck, et al. (2010), señalan que el modelo cognitivo explica la depresión basándose en tres conceptos: la triada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos. Los pacientes que padecen depresión conceptualizan las situaciones de una manera distorsionada, ajustándose a esquemas inadecuados dominantes, por lo que al aparejar un esquema adecuado con un estímulo concreto se altera por la intrusión de los esquemas particulares del individuo. En cuanto estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por una mayor cantidad de estímulos, los cuales carecen de una relación lógica con ellos.

Siguiendo esta línea Judith Beck menciona que los sentimientos de una persona se asocian con su forma de pensar e interpretar una situación. Desde la

infancia la persona desarrolla creencias sobre sí mismo, las otras personas y el mundo. El tipo de creencias centrales se caracterizan por ser fundamentales y profundas, no suelen ser expresadas, ni siquiera a uno mismo y son consideradas como verdades absolutas. El individuo tiende a centrarse en aquella información que confirma la creencia central, despreciando la información que la contradice. Como ejemplo señala a un lector que al no comprender el texto piensa que es demasiado tonto para comprenderlo, su creencia central podría ser “soy incompetente”, esta creencia puede activarse cuando está deprimido o la mayor parte del tiempo (Beck J. , 1995).

#### **1.1.2.3 Diagnóstico diferencial de la depresión**

Vallejo (2011) señala que los puntos básicos en los que se afianza el diagnóstico son la personalidad, los factores desencadenantes, y sobre todo la clínica. En los casos que se sospeche de una enfermedad orgánica subyacente se deberá tener en cuenta los exámenes y pruebas físicas. Refiere que los diagnósticos diferenciales más conflictivos son la tristeza normal, neurosis, psicosis exógenas, psicosis esquizofrénicas, y las demencias.

#### **1.1.2.4 Síntomas de la depresión**

Vargas y Ferrero (2021) señalan que los pacientes que sufren de depresión presentan las siguientes características:

- Cansancio
- Pérdida de apetito
- Trastorno del sueño.
- Náuseas o estreñimiento.
- Disminución en la concentración

- Esquema 5.
- Desinterés por las actividades placenteras y reforzadores.
- Conductas autodestructivas, en los casos más graves podría llegar a un suicidio.
- Creencias irracionales, predominando la idea y/o exigencia de que la realidad deber ser como lo desea el individuo. Cabe señalar que es valido querer que se cumplan los deseos, sin embargo la depresión se presenta cuando esta preferencia se convierte en exigencia.

#### **1.1.2.5 Clasificación de la depresión**

Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE 10] (2000), ubica al trastorno depresivo dentro de los trastornos del humor (afectivos) y la clasifica según la intensidad en leve, moderado o grave. En cuanto a la depresión leve o moderada se subclasifica según la presencia o ausencia de síntomas somáticos; y en la depresión grave en la presencia o ausencia de síntomas psicóticos. En el CIE 10 (2000), se encuentra con el código F32 episodios depresivos, incluyendo episodios aislados de reacción depresiva, depresión psicógena y depresión reactiva. Excluye trastorno de adaptación, trastorno depresivo recurrente y cuando se asocia a trastorno de la conducta. Este a su vez se subclasifica en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.



Clasifica con el código F33 Trastorno depresivo recurrente, incluye episodios recurrentes de reacción depresiva, depresión psicógena y depresión reactiva. Excluye episodios depresivos breves recurrentes (F38.1). Se clasifica en:

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

Vallejo (2011), excluyendo la causa orgánica, clasifica a las depresiones en endógenas y psicógenas. La primera se puede dividir en bipolares o unipolares, y juega un papel importante en la causa de los factores biológicos. Mientras que la segunda es más heterogénea pudiendo enlazar con los trastornos de angustia y teniendo como origen un conflicto psicológico.

## **1.2 Revisión de literatura**

### **1.2.1 A nivel internacional**

Iturralde (2015) "Esquemas mal adaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año de bachillerato de la unidad educativa "Blanca Martínez de Tinajero". Tesis que optó por obtener el diploma de psicólogo clínico en la Universidad Técnica de Ambato de Ecuador. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre los esquemas mal adaptativos y los

niveles de depresión en bachilleratos. La investigación se realizó con la totalidad de los estudiantes que cursan la mitad de la carrera, alcanzando un total de 106 participantes. Los materiales utilizados fueron el Cuestionario de Esquemas Mal Adaptativos de Young, y el Inventario de Depresión de Beck. Mediante esta investigación se determinó que el esquema de esquema 1 es el que predomina, a pesar de ello estas personas no tienen depresión. También se determinó que la depresión leve se relaciona con el esquema de privación, la depresión moderada se relaciona con el esquema de Esquema 7 y depresión grave se relaciona con la mayor cantidad de esquemas como los siguientes; el esquema de desconfianza, de privación, el esquema de autosatisfacción el deseo de complacer las necesidades de los demás sea familiares o entes externos, antes que las necesidades y prioridades de los evaluados, otros dos esquemas que de una u otra manera tienen una gran relación el esquemas de estándares inflexibles 1 (autoexigencia) y el de entrampamiento y el perfeccionismo y el esquema de Esquema 10.

Ávila y Iñiguez (2019) “Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en las mujeres víctimas de violencia”. Tesis por el que obtuvo el título de Psicóloga en la Universidad del Azuay. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre EMT y estilos de crianza. Utiliza una metodología cuantitativa, aplicando el cuestionario de Young a 60 participantes. Los resultados demuestran que las mujeres tienen en mayor proporción las edades entre 24 a 34 años, además, su estado civil es soltero para el 53.33% de la población y el mayor grado alcanzado es la secundaria (48.33%). Las mujeres se encuentran empleadas (57.86%), cuentan en su mayoría con 3 hijos y el 90% ha presentado episodios depresión. A su vez e 80%

de ellas a presenciado la muerte de su bebé mediante el aborto y sufrido violencia por parte de su pareja o familia (21.67% para cada uno). Generando que bajo estas características el esquema que mayor prevalezca sea la Esquema 3 (28.33%), luego el esquema 1 (18.33%), 16 (13.33%) y el Esquema 11(10%), mientras que el de menor prevalencia es la Esquema 10 (0%).

Flink et al. (2017) “Esquemas de mala adaptación tempranos e ideación suicida en pacientes deprimidos”. Artículo de la revista *The European Journal of Psychiatry*. Tuvo de objetivo comparar los esquemas mala adaptativos tempranos entre pacientes con y sin ideación suicida actual. La muestra en el estudio estuvo conformada por 79 pacientes deprimidos y se utilizó entre los cuestionarios al de Young. Los resultados muestran que el 48.4% son mujeres deprimidas con una edad promedio del 39.4 años, son el 58.1% casadas y sin ideación suicida, de ellas en el dominio de desconexión y rechazo, la Esquema 3 es la más prevalente. Para autonomía y rendimiento deteriorados el Esquema 9 prevalece en mayor medida que las demás, mientras que en límites deteriorados se encuentra la autodisciplina insuficiente. Por último, en vigilancia e inhibición el esquema Esquema 18 es el más prevaleciente en los pacientes.

Özdin et al. (2017) “Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con trastorno bipolar y unipolar”. Artículo científico de la *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. Tuvo de objetivo determinar la diferencia entre el trastorno bipolar, unipolar con los esquemas tempranos que presentan. El análisis tiene una metodología cuantitativa su diseño es no experimental de nivel descriptivo, el cuestionario empleado corresponde al de Young aplicada a 120 pacientes. Los resultados muestran que son mayormente solteros y su edad promedio se ubica entre los 23 a 26 años. Los pacientes han presentado un

máximo de dos episodios depresivos y los esquemas que más prevalecen son punitividad (M=21.98), autocontrol insuficiente (M=21.43), búsqueda de aprobación (M=21.31) y Esquema 6 (M=20.85), mientras que menos se instauran los estándares implacables (M=9.01).

### **1.2.2 A nivel nacional**

Barreda (2021) “Esquemas tempranos y síntomas de depresión en personas atendidas en un hospital especializado en salud mental”. Artículo científico de la Revista de Investigación en Psicología. El estudio desarrolló la relación entre los EMT y los síntomas de depresión. La muestra emplea a pacientes entre hombres y mujeres (271 personas en total) con el cuestionario de Young-versión breve. El resultado demuestra que más son mujeres con depresión (55.9%) que varones, la mayor proporción de pacientes con depresión tiene una edad de 18 a 29 años y, son solteros, además, presentan una educación escolar completa (44.9%) y encontrándose empleados el 50%, con estas características los esquemas que prevalecen en estas personas con depresión son el esquema 1 (M=19.24), Esquema 14 (M=18.76), Esquema 17 (M=18.29) y Esquema 10 (M=18.10), mientras en menos medida la imperfección y el Esquema 8.

Barreda (2020) “Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental”. Tesis para optar al grado de maestro en Psicología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La investigación tuvo de objetivo encontrar las diferencias entre los EMT de los pacientes depresivos y sin depresión. La metodología emplea el esquema de Young en 100 pacientes siguiendo un enfoque cuantitativo. Los resultados muestran que los hombres (47.9%) y las mujeres (50%) son en mayor

proporción de edad entre 18-29 años. A su vez el 52.9% de hombres y el 47.1% de mujeres tienen depresión. El estado civil de la población con depresión entre hombres y mujeres es soltero y conviviente (51% y 27.5% respectivamente), además presentan de nivel educativo la secundaria completa (45.1%) y, por último, tienen una ocupación de empleado (27.5%). Bajo estas características se identifica que en la población de hombres y mujeres prevalecen más los esquemas de Esquema 14 (M=17.27), Esquema 10 (M=17.19) esquema 1 (M=17.11) y Esquema 3 (M=16.37), mientras que es de baja prevalencia la imperfección o vergüenza (M=12.26).

Meza y Santayana (2018) “Esquemas maladaptativos tempranos y depresión en pacientes de una institución de salud de Lima”. Tesis que se optó por el diploma de Licenciada en Psicología en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Tuvo de objetivo encontrar que relación existe entre los EMT y la depresión de los pacientes. La metodología sigue un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, además, aplica un cuestionario a 100 pacientes utilizando los 18 esquemas de Young. Los resultados determinaron que los esquemas más instaurados corresponden al número 17, 16, 15 y 14, referido a las exigencias internas elevadas, la cohibición de emociones, percepción pesimista y, énfasis por obtener reconocimiento y atención de los demás.

### **1.3 Planteamiento del problema**

La OMS en marzo de 2017 señaló que la depresión es un trastorno mental frecuente que aqueja a 300 millones de personas en el mundo, considerándola como la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de manera significativa en la carga mundial de morbilidad. En el Perú alrededor de 2 millones tienen depresión y, el 70% de personas que se suicidaron la padecían.

La depresión al ser considerada como una enfermedad mental es negada por varias personas que la padecen, motivo por el cual asisten al médico cuando dicha enfermedad está muy avanzada y por lo tanto se ven limitadas en sus actividades diarias, tales como el trabajo o en sus relaciones interpersonales.

Una persona con depresión puede presentar conductas autoagresivas, llegando incluso hasta el intento de suicidio. Es cuando llega a esta etapa de la enfermedad que solicita ayuda médica o sus familiares llevan al paciente por emergencias, procediendo con su hospitalización. Sin embargo, los pacientes se muestran poco colaboradores para ser evaluados o son muy colaboradores por el interés de salir de alta. Cabe precisar que también hay pacientes que buscan y/o asisten a terapia voluntariamente, teniendo un mejor pronóstico.

Cada vez son más los profesionales de la salud que recomiendan a los pacientes diagnosticados con depresión, que asistan a una terapia psicológica además del tratamiento farmacológico.

Es frecuente que estos pacientes interpretan la realidad arbitrariamente, según sus esquemas tempranos, que los han acompañado desde temprana edad. Esta interpretación subjetiva y distorsionada de la realidad, origina dolor emocional en el paciente, al activarse su esquema desadaptativo temprano. Por ello es importante identificar cual es dicho esquema, a fin de conocer el origen (no para centrarse en él), sino para tener una mayor comprensión de lo que aqueja al paciente y así poder realizar un plan terapéutico más efectivo, disminuyendo la probabilidad de las recaídas.

### **1.3.2 Formulación del problema**

¿Cómo son los esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con depresión de 20 a 60 años, que asisten a hospitalización de día en una institución de salud?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Describir los esquemas maladaptativos tempranos en pacientes adultos con depresión, que asisten a hospitalización de día de una institución de salud.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Describir los esquemas maladaptativos temprano según estado civil en los pacientes adultos con depresión que asisten a hospitalización de día de una institución pública.
- Describir los esquemas maladaptativos temprano según con quien vive en los pacientes adultos con depresión que asisten a hospitalización de día de una institución pública.
- Describir los esquemas maladaptativos temprano según antecedentes familiares en los pacientes adultos con depresión que asisten a hospitalización de día de una institución pública.

## **1.5 Definición operacional de términos**

Young et al. (2013), señalan que: El esquema desadaptativo temprano, es un patrón generalizado constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales. Muchos de ellos se originan en la familia nuclear y a temprana edad, siendo estos los más disfuncionales. Estos patrones también se pueden originar en los adolescentes y elaborarse a lo largo de la vida. Cuando estos esquemas se activan producen en la persona dolor emocional la cual

produce conductas disfuncionales dañando así entre otras cosas, sus relaciones interpersonales.

Beck et al. (2010), definen la depresión señalando tres conceptos: la triada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos. En la triada cognitiva el paciente se puede centrar en la visión negativa de sí mismo, interpretar sus experiencias de una manera y la visión negativas del futuro. Los esquemas explican porque el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes. Los errores cognitivos se refieren a las equivocaciones en el procesamiento de la información.

## **1.6 Importancia y limitaciones de la investigación**

### **1.6.1. Importancia**

La presente investigación resulta importante dado que dará a conocer los esquemas maladaptativos tempranos presentes en los pacientes diagnosticados con depresión que asisten a hospitalización de día de Lima.

El conocer dichos esquemas contribuirá de manera significativa en la intervención psicológica de los pacientes, debido a que permitirá entender mejor sus pensamientos, emociones y conductas disfuncionales que los aquejan. A su vez dar alcances de los resultados al personal de salud para que lo tengan en cuenta al momento de atender a estos pacientes.

### **1.6.2 Limitaciones**

- Poca literatura e investigaciones acerca de los esquemas mentales maladaptativos tempranos en pacientes hospitalizados en nuestro medio.
- Limitación en la muestra, dado que solo se tomará en cuenta a los pacientes con diagnóstico de depresión.



- Limitación en el tiempo, debido a que se tiene acceso a los pacientes solo en las horas programadas para consulta psicológica, luego deben de cumplir con las actividades programadas de la hospitalización.



## **CAPÍTULO II: MÉTODO**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, con el cual se pretende especificar los esquemas maladaptativos tempranos desarrollados en pacientes diagnosticados con depresión que asisten a hospitalización de día de una institución de salud de Lima, a fin de obtener información precisa en un espacio y tiempo determinado. Hernández y Mendoza (2018) refieren que en las investigaciones con alcance descriptivo se somete a análisis un fenómeno, al fin de especificar, las características, las propiedades y los perfiles de las personas que conforman el fenómeno estudiado. Además, es de tipo aplicativo dado que buscar aportar al diseño de un plan terapéutico Fracasti (2015) señala que la investigación aplicada es el análisis de información con la finalidad de aplicarlos. Es de diseño no experimental dado que no se esta manipulando variables

### **2.2 Participantes**

Los participantes de la investigación son los pacientes con diagnóstico de depresión que asisten a hospitalización de día de una institución de salud en Lima y son en total 30, que presentan las siguientes características sociodemográficas.

Del total de pacientes en el estudio, el 80% es de sexo femenino y el 20% masculino. Además, se identifica que el 63.3% nació en el departamento de Lima, mientras que el 36.7% en provincias. También la mayor edad de pacientes oscila entre los 51 a 61 años (36.7%), y son menos los pacientes con depresión de 18 a 28 años en el hospital (10%) (ver Tabla 1).

Los pacientes con depresión en el hospital están representados en mayor proporción con un estado civil conviviente/casado(a) (50%), y en menor proporción por los pacientes separado(s)/divorciados(as) con un 16.7%. Después, se identificó que sólo el 53.3% se encuentra empleado, mientras que el 46.7% desempleado. De ellos, el 16.7% viven solos, y el 83.3% con su familia (ver Tabla 1).

En cuanto al grado de instrucción el (40%) tienen nivel secundario, el (16.7%) tienen instrucción técnica y el (43.3%) tienen instrucción universitaria.

Por último, se encontró que el factor estresante causado en la mayoría de los pacientes que padecen depresión corresponde a Infidelidad/Divorcio (36.7%), problemas laborales/Pérdida de trabajo (30%) y en menor medida la causa de una enfermedad (3.3%). Además, de todos los pacientes con depresión el 46.7% si tiene un antecedente familiar y el 53.3% no presenta antecedentes familiares (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la muestra de pacientes en estudio*

Datos sociodemográficos	N	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	24	80.0%
Masculino	6	20.0%
<b>Lugar</b>		
Lima	19	63.3%
Provincias	11	36.7%
<b>Edad</b>		
18-28	3	10.0%
29-39	8	26.7%
40-50	8	26.7%
51-61	11	36.7%
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	10	33.3%

Conviviente/Casado(a)	15	50.0%
Separado/Divorciado(a)	5	16.7%
<b>Nivel de Instrucción</b>		
Secundaria	12	40.0%
Superior técnica	5	16.7%
Superior universitaria	13	43.3%
<b>Ocupación</b>		
Empleado	16	53.3%
Desempleado	14	46.7%
<b>Vivir solo o con familia</b>		
Solo	5	16.7%
Familia	25	83.3%
<b>Situación estresante</b>		
Conflictos familiares	5	16.7%
Enfermedad	1	3.3%
Problemas laborales/Pérdida de trabajo	9	30.0%
Infidelidad/Divorcio	11	36.7%
Duelo	4	13.3%
<b>Antecedentes familiares</b>		
Si	14	46.7%
No	16	53.3%

*Nota.* Elaboración propia.

### 2.3 Materiales

Para la presente investigación se aplicó el cuestionario de esquemas esta prueba analiza los 18 esquemas maladaptativos tempranos. La prueba ha sido validada en Lima-Perú en el año 2014 por cinco jueces especialistas en terapia centrada en esquemas, consiguiendo la aprobación de los 90 ítems de la prueba, teniendo valores iguales o mayores a 0.8. De esta manera se pudo afirmar su validez y confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.935.

## 2.4 Procedimientos

Primero, se inició con la identificación de los pacientes con diagnóstico de depresión, según historia clínica. Luego, en el proceso de recolección de datos, se evaluó a los pacientes individualmente, firmando previamente el consentimiento informado.

La información fue importada en EXCEL Y SPSS para el cálculo de la confiabilidad. En la Tabla 3, la fiabilidad es a nivel de los 18 esquemas y de acuerdo al estadístico omega (McDonald's) se demuestra que la Esquema 3, Esquema 1, Esquema 2, Esquema 5, Esquema 9, Esquema 6, Esquema 8, Esquema 14, Esquema 18, Esquema 10 y Esquema 11, presentan una fiabilidad superior al 0.7, supera el punto de corte en la mayoría de los esquemas, es decir, son de aplicación relevante en la población objeto de estudio (ver Tabla 2).

En algunos esquemas oscila entre 60 al 70% y expresa que, considerando el tamaño de la muestra y el número de ítems de cada esquema, estos valores se asumen como suficiente para admitir la fiabilidad de las puntuaciones. Por lo que los esquemas Esquema 7, Esquema 12, Esquema 13, Esquema 15, y Esquema 17, también son aplicables (ver Tabla 2).

Por último, el Esquema 16 es el único esquema que presenta una confiabilidad del 35% por lo que no resulta de aplicabilidad en la muestra, este aspecto fue el relevante para dejarlo fuera de la encuesta y con ello analizar los objetivos con los 17 esquemas restantes.

**Tabla 2***Análisis de fiabilidad mediante consistencia interna*

<b>Esquema</b>	<b><math>\omega^*</math></b>
Esquema 3	0.82
Esquema 1	0.91
Esquema 2	0.73
Esquema 4	0.85
Esquema 5	0.93
Esquema 9	0.87
Esquema 6	0.84
Esquema 7	0.69
Esquema 8	0.78
Esquema 12	0.64
Esquema 14	0.73
Esquema 13	0.64
Esquema 15	0.65
Esquema 18	0.73
Esquema 17	0.69
Esquema 10	0.83
Esquema 11	0.73

*Nota.* Elaboración propia \*( $\omega$ : McDonald's).

Detectado los esquemas en el estudio, se prosigue la calificación de las pruebas de acuerdo con cada esquema desadaptativo temprano y el análisis de datos, con su respectiva descripción de resultados. A su vez presenta diferentes características sociodemográficas que hacen que sean unos más importantes que otros, comparados en los resultados.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1 Esquemas maladaptativos tempranos presentes en pacientes

Los esquemas tempranos analizados en la investigación son 17. De acuerdo con la Tabla 3, los esquemas que más prevalecen en los pacientes son: Esquema 13 (93%), Esquema 17 (90%) y Esquema 18 (80%), mientras que el esquema que no prevalece en la mayoría de ellos es el Esquema 8 (73%), Esquema 10 (60%) y Esquema 11 (60%).

**Tabla 3**

*Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes que asisten a hospitalización*

Esquemas	Instaurado		No instaurado	
	N	%	N	%
Esquema 3	13	43	17	57
Esquema 1	24	80	6	20
Esquema 2	14	47	16	53
Esquema 4	14	47	16	53
Esquema 5	15	50	15	50
Esquema 9	18	60	12	40
Esquema 6	19	63	11	37
Esquema 7	19	63	11	37
Esquema 8	8	27	22	73
Esquema 12	19	63	11	37
Esquema 14	15	50	15	50
Esquema 13	28	93	2	07
Esquema 15	20	67	10	33
Esquema 18	24	80	6	20
Esquema 17	27	90	3	10
Esquema 10	12	40	18	60
Esquema 11	12	40	18	60

*Nota.* Elaboración propia.

La presencia de estos esquemas en los pacientes con depresión es muy importante y más si se interpretan respecto a sus principales características sociodemográficas, debido a que expresan más claridad en la formación de los esquemas respectivos.

### 3.2 Esquemas maladaptativos tempranos según estado civil

De acuerdo con la Tabla 4, de los esquemas maladaptativos tempranos presentes según el estado civil; en los pacientes con depresión soltero(a) prevalecen más los esquemas de Esquema 1 ( $M=23.10$ ), Esquema 13 ( $M=23.00$ ), Esquema 11 ( $M=22.80$ ) y Esquema 18 ( $M=20.20$ ), debido a que poseen una media superior a un valor de 15. Mientras que prevalece menos el Esquema 8 ( $M=14.40$ ).

**Tabla 4**

*Esquemas maladaptativos tempranos según estado civil*

Esquemas	Soltero(a)		Conviviente /casado(a)		Divorciado(a) /separado(a)	
	M	DE	M	DE	M	DE
	Esquema 3	17.30	7.75	10.87	5.07	21.00
Esquema 1	23.10	7.05	21.20	9.09	21.60	4.93
Esquema 2	16.90	7.34	12.93	4.93	17.20	6.38
Esquema 4	17.40	7.75	9.60	5.84	16.20	8.41
Esquema 5	19.40	7.17	12.00	6.59	19.80	9.93
Esquema 9	18.90	6.35	13.53	7.36	15.60	7.27
Esquema 6	18.90	6.08	13.13	7.06	13.20	7.46
Esquema 7	18.30	4.14	17.27	7.71	12.80	4.92
Esquema 8	14.40	4.27	9.87	3.18	13.80	6.42
Esquema 12	19.80	5.29	14.20	3.71	20.40	5.90
Esquema 14	17.30	5.48	13.13	5.71	12.80	4.66
Esquema 13	23.00	5.03	24.13	4.93	22.00	4.24
Esquema 15	17.00	4.88	16.93	6.39	17.60	3.97



Esquema 18	20.20	3.29	15.67	4.24	19.40	4.72
Esquema 17	15.90	4.98	13.20	5.20	18.40	7.44
Esquema 10	16.70	6.77	10.07	3.88	14.80	6.42
Esquema 11	22.80	4.08	19.67	3.29	17.40	4.77

*Nota.* Elaboración propia.

Por otro lado, cuando un paciente con depresión es conviviente/casado(a), prevalece más al esquema de esquema 13 ( $M=24.13$ ), esquema 1 ( $M=21.20$ ) e Esquema 11 ( $M=19.67$ ) y, prevalecen menos los esquemas de Esquema 4 ( $M=9.60$ ), el Esquema 8 ( $M=9.87$ ), Esquema 10 ( $M=10.07$ ) y Esquema 3 ( $M=10.87$ ) (ver Tabla 4).

Por último, cuando una persona con depresión es divorciada o separada es más propensa a que prevalezcan los esquemas de esquema 13 ( $M=22.00$ ), esquema 1 ( $M=21.60$ ), Esquema 3 ( $M=21.00$ ) y Esquema 12 ( $M=20,40$ ). Mientras, que es difícil que prevalezca en lo pacientes el Esquema 7 ( $M=12.80$ ), Esquema 14 ( $M=12.80$ ), Esquema 6 ( $M=13.20$ ) y Esquema 8 ( $M=13.80$ ), debido a que su media se encuentra por debajo de 15 (ver Tabla 4).

### **3.3. Esquemas maladaptativos tempranos según con quien vive el paciente**

De acuerdo a la Tabla 5, los esquemas maladaptativos tempranos en los pacientes que se encuentran viviendo sólo, se identifica que prevalecen más los esquemas de Esquema 11 ( $M=23.20$ ), Esquema 13 ( $M=22.40$ ), Esquema 1 ( $M=19.20$ ) y Esquema 7 ( $M=18.60$ ), debido a que poseen una media superior a un valor de 15. Mientras que son menos propensos a que prevalezcan el Esquema 8 ( $M=12.20$ ), Esquema 4 ( $M=13.00$ ), Esquema 17 ( $M=13.20$ ) y Esquema 5 ( $M=13.80$ ).

Por otro lado, cuando un paciente con depresión se encuentra viviendo con la familia, es más propenso a que prevalezca el esquema de esquema 13 ( $M=23.60$ ), Esquema 1 ( $M=22.44$ ), Esquema 11 ( $M=19.76$ ) y Esquema 18 ( $M=17.68$ ). Además, prevalecen menos el Esquema 8 ( $M=12.00$ ), Esquema 10 ( $M=12.84$ ), Esquema 4 ( $M=13.36$ ) y Esquema 14 ( $M=14.12$ ) (ver Tabla 5).

**Tabla 5**

*Esquemas maladaptativos temprano según con quien vive el paciente*

Esquema	Sólo		Con familia	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Esquema 3	17.40	10.31	14.16	6.80
Esquema 1	19.20	8.53	22.44	7.61
Esquema 2	15.60	7.77	14.84	6.02
Esquema 4	13.00	8.37	13.36	7.73
Esquema 5	13.80	5.31	16.16	8.55
Esquema 9	14.60	6.47	15.88	7.45
Esquema 6	14.60	5.86	15.16	7.46
Esquema 7	18.60	4.98	16.52	6.68
Esquema 8	12.20	3.90	12.00	4.80
Esquema 12	18.20	5.26	16.88	5.47
Esquema 14	16.20	6.76	14.12	5.53
Esquema 13	22.40	4.28	23.60	4.92
Esquema 15	16.00	5.92	17.28	5.41
Esquema 18	18.40	4.04	17.68	4.61
Esquema 17	13.20	4.15	15.32	5.95
Esquema 10	14.20	7.66	12.84	5.87
Esquema 11	23.20	3.56	19.76	4.10

*Nota.* Elaboración propia.

### 3.4 Esquemas tempranos según antecedentes familiares en los pacientes

De acuerdo con la Tabla 6, los esquemas maladaptativos tempranos en los pacientes que sí presentan antecedentes familiares, se identifican que son

más propensas a que prevalezcan los esquemas de Esquema 1 ( $M=25.29$ ), Esquema 13 ( $M=24.07$ ), Esquema 11 ( $M=21.43$ ) y Esquema 15 ( $M=19.43$ ), debido a que poseen una media superior a un valor de 15. Mientras que prevalecen menos los esquemas de Esquema 8 ( $M=12.93$ ) y Esquema 4 ( $M=14.86$ ), es importante detallar que son los únicos esquemas inferiores a 15, por lo que los pacientes con antecedentes familiares de manera general son más propensos a que se instauren más esquemas de la Tabla 6. Por otro lado, cuando un paciente con depresión no presenta antecedentes familiares, prevalece más el esquema de Esquema 13 ( $M=22.81$ ), Esquema 1 ( $M=18.94$ ), Esquema 12 ( $M=16.69$ ) y Esquema 18 ( $M=16.50$ ). Además, es menos propenso a que prevalezcan los esquemas de Esquema 8 ( $M=11.25$ ), Esquema 10 ( $M=11.25$ ) (ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Esquemas maladaptativos tempranos según antecedentes familiares del paciente*

	Con antecedentes		Sin antecedentes	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Esquema 3	15.07	6.41	14.38	8.33
Esquema 1	25.29	4.79	18.94	8.65
Esquema 2	17.14	6.27	13.06	5.64
Esquema 4	14.86	8.05	11.94	7.35
Esquema 5	16.86	7.59	14.81	8.60
Esquema 9	17.57	7.30	14.00	6.91
Esquema 6	16.57	7.18	13.75	7.05
Esquema 7	19.07	5.81	14.94	6.44
Esquema 8	12.93	4.86	11.25	4.36
Esquema 12	17.57	4.85	16.69	5.92
Esquema 14	15.43	5.94	13.63	5.48

Esquema 13	24.07	4.94	22.81	4.69
Esquema 15	19.43	4.50	15.00	5.42
Esquema 18	19.29	3.15	16.50	5.10
Esquema 17	16.36	5.37	13.75	5.84
Esquema 10	15.14	6.33	11.25	5.39
Esquema 11	21.43	3.96	19.38	4.22

---

*Nota.* Elaboración propia



## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El cuarto capítulo explica los hallazgos estadísticos encontrados sobre los EMT, así también se asociaron los resultados obtenidos con la teoría y los antecedentes encontrados. En la investigación el objetivo general es describir los EMT en los pacientes con depresión que asisten a hospitalización de día de una institución de salud de Lima. Al analizar los resultados se encontró que en estos pacientes prevalecen el esquema 13 (93%), esquema 17 (90%), esquema 18 (80%) y esquema 1 (80%). Según Young et al. (2013) los pacientes que presentan el esquema de esquema 13 tienden a buscar voluntariamente satisfacer las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de la suya, siendo la razón más común el evitar causarse angustia, dolor, evitar sentirse egoísta o mantener relaciones con aquellos considerados importantes, esta prevalencia se refleja en sus actividades cotidianas en el área familiar, laboral y social. Las personas con el esquema 17, sienten presión por alcanzar objetivos internos, el perfeccionismo, aumentar su performance, usualmente para evitar la crítica, sin embargo, no se sienten satisfechos con sus logros ya que sus normas son demasiado elevadas, y las consideran naturales. La prevalencia de estos esquemas se refuerza con la investigación de Meza y Santayana (2018) quienes encontraron instaurados con un porcentaje significativo los esquemas de esquema 13 y esquema 17 en pacientes con depresión. Los pacientes que presentan esquema 18 como esquema prevalente se diferencia por incorporar códigos y/o actitudes morales que son muy correctivos cuando se comete un error sin diferenciar si estos fueron con intención o no, facilitando ser intolerantes con ellos mismos y con los demás, especialmente cuando se faltan a estos principios y códigos morales.

Finalmente, esquema 1 es el esquema que se diferencia por la creencia de que las personas más significativas en su vida se irán en cualquier momento, dado que las perciben emocionalmente imprevisibles (Young et al., 2013); así por ejemplo Flink et al. (2017), encontró en su estudio que los esquemas de esquema 18 y esquema 1 prevalecían en pacientes con depresión. Todos estos esquemas están conllevando a conductas disfuncionales que viene dañando las relaciones interpersonales perjudicando la salud emocional tanto de la persona como también el vínculo con los demás.

Según el estado civil los esquemas que prevalecen son esquema 1 y esquema 13. En el caso de las personas solteras el esquema que más prevalece es el de esquema 1, caracterizado por la creencia de que las relaciones significativas no durarán por lo que están constantemente preocupados ante la posibilidad de quedar solos; reafirman su esquema relacionándose con personas poco confiables y aun en relaciones estables este esquema se puede activar ante el menor acontecimiento, en el caso de la presente investigación esto podría corresponder a que los pacientes creen que las personas más significativas en su vida se irán en cualquier momento y dado que temen la posibilidad de esa experiencia prefieren mantenerse solteros y así evitar el desenlace del desapego (Young et al., 2013), tal resultado es semejante al obtenido por la investigación de Barreda (2020). Las creencias del Esquema 13, pueden favorecer el inicio de una amistad, puesto que se concentra en que el otro no sufra, logrando mantener el vínculo afectivo, sin embargo, estas personas esperan una retribución que al no obtenerse genera resentimientos hacia el otro facilitando el distanciamiento y por ende su situación de soltería. En el caso de las personas casadas y/o convivientes (con pareja) y divorciadas y/o separadas (sin pareja) se encontró

resultados similares de esquemas que prevalecen diferenciándose por los de Esquema 7 (con pareja) y Esquema 3 (sin pareja). Esto podría deberse a que las personas con el esquema de Esquema 7 viven en una amenaza constante y se perciben incapaces para poder prevenirla o manejarla, esto favorecería el deseo de tener una pareja estable que brinde seguridad. Con relación a la prevalencia del Esquema 3 en las personas divorciadas o separadas, esto podría deberse a la ausencia de sentimientos intensos, la incapacidad de percibir que los demás gustan de ellos, además que las personas con las que se relacionan pueden sentirse poco conectados con ellos, facilitando la posibilidad de la ruptura en la pareja (Young et al., 2013).

En el análisis de los resultados según con quien vive, se encontró en el caso de los pacientes que viven solos el esquema que más prevalece es el de insuficiente autocontrol, los pacientes con este esquema se diferencian por la poca capacidad para autorregularse, para retrasar la satisfacción de sus necesidades, para asumir la responsabilidad hacia otros, también se les puede señalar de perezosos, que invierten poco esfuerzo para cumplir con sus obligaciones, estas carencias dificultan la convivencia por lo tanto aumenta la posibilidad de vivir solos. Por otro lado, en los pacientes que viven con su familia el esquema que prevalece es el de esquema 13, esto podría deberse a la facilidad que tienen para empatizar con las necesidades de los otros, en este caso su familia, al valor que le dan a mantener una buena relación con las personas significativas, todas estas características facilitan la convivencia con otros, en este caso con su familia (Young et al., 2013).

Los esquemas tempranos maladaptativos según antecedentes familiares, tenemos que en los pacientes que presentan antecedentes familiares con

depresión prevalecen más el esquema de Esquema 1, las personas que presentan este esquema evidencian una infancia privada de relaciones estables, con sentimiento de Esquema 1 de los seres queridos y en la adultez los pacientes no logran satisfacer la necesidad de los menores hijos (Young et al., 2013). Por otro lado, cuando un paciente no tiene antecedentes familiares con depresión prevalece más el esquema de Esquema 13, que usualmente se genera a partir de delegar responsabilidades en el niño desde muy pequeño limitando sus actividades espontáneas acordes a su edad. Asimismo, puede generarse a partir del modelo de uno o de los dos padres en la dedicación y constante ayuda a sus familiares cercanos.





## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Después del mayor alcance que brindaron los resultados y la discusión sustentada por los antecedentes y la teoría sobre la situación de los pacientes con depresión, se presentan las conclusiones desarrolladas por cada objetivo de investigación.

### **5.1 Conclusiones**

Conclusión 1, Se encontró que los esquemas de mayor prevalencia en pacientes con depresión son el de Esquema 13, Esquema 17, Esquema 18 y Esquema 1, de estos el de mayor prevalencia es el Esquema 13, conllevando a conductas disfuncionales que viene dañando las relaciones interpersonales perjudicando su salud emocional como también el vínculo con los demás.

Conclusión 2, En el análisis de los esquemas según estado civil se encontró que los esquemas que más prevalecen son el Esquema 1 y Esquema 13. En el caso de personas solteras(os) o conviviente/casado(a) prevalece además el Esquema 11. Mientras que en las personas divorciadas o separadas además prevalece el esquema de Esquema 3.

Conclusión 3, Se encontró el esquema de mayor prevalencia en pacientes que viven solos es Esquema 11 y, para los pacientes que viven con familia prevalece el de Esquema 13.

Conclusión 4, En los pacientes con antecedentes familiares de depresión se encontró que el esquema que más prevalece es el Esquema 1, mientras que en los pacientes sin antecedentes familiares con depresión prevalece más el Esquema 13.

### **5.2 Recomendaciones**

- Con la identificación de los esquemas de mayor prevalencia en los pacientes con depresión, elaborar un manual que beneficie a la relación terapéutica teniendo en cuenta estos esquemas, de manera que facilite una adecuada alianza y trabajo terapéutico.
- Para las siguientes investigaciones tener en cuenta la variable ansiedad dado que es un diagnóstico frecuente en pacientes con depresión, siendo un punto importante para establecer un efectivo plan terapéutico.
- Realizar una entrevista semiestructura en la cual se pueda conocer como fueron los estilos de apego con sus padres, así como si sufrió algún tipo de abandono en la niñez.
- Realizar el cuestionario de esquemas en pacientes sin depresión de manera que se pueda establecer una diferencia caracterológica en pacientes con depresión.
- Incluir dentro del horario de actividades de los pacientes que asisten a hospitalización de día una cita con el psicólogo una vez por semana.
- Establecer actividades que fomenten la conexión entre los pacientes de manera que se constituya en un grupo de apoyo y pueda facilitar la reestructuración del Esquema 1.
- Agendar reuniones de equipo con el personal de salud que interviene al paciente, de manera que puedan informarse de que tratamiento está siguiendo por parte de cada uno de ellos y cómo está respondiendo el paciente. Esto con la finalidad de que en el proceso de tratamiento los pacientes puedan sentir que sus necesidades emocionales van siendo satisfechas tanto por el personal de salud como por sus familiares cercanos.

- Se sugiere que para futuras investigaciones puedan emplear la Onceava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) para establecer un adecuado diagnóstico.



## REFERENCIAS

- Ávila , B., & Iñiguez, R. (2019). *Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y los estilos parentales en las mujeres víctimas de violencia*. [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional de la Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9616>
- Barreda, D. V. (2020). *Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental*. [Tesis de magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/14573>
- Barreda, D. V. (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. doi:<https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.19969>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Teoría cognitiva de la depresión* (19 ed.). Descleé de Brower, SA.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa, SA.
- Bofarull, I., & Camps, J. (2019). *Habilidades para la vida. familia y escuela*. Dykinson, S.L.
- Bowlby, J. (2014). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata. S.L.
- Chávez, K., & Tena, E. (2018). *Depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales*. El Manual Moderno SA.

- Deví, J. (2015). *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Herder Editorial S.L.
- Fau, M. (2010). *Jean Piaget: clásicos resumidos*. La Bisagra Editorial.
- Flink, N., Lehto, S., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 87-92.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.001>
- Manual de Frascati (2015). *Guía para la recopilación y presentación de información sobre la investigación y el desarrollo experimental*, OECD Publishing, Paris / FEYCT,<https://doi.upc.elogim.com/10.1787/9789264310681> -es
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/upc-ebooks/detail.action?docID=5485814>.
- Iturralde, C. C. (2015). *Esquemas maladaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año de bachillerato de la unidad educativa "Blanca Martínez de Tinajero"*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio institucional de la Universidad Técnica de Ambato.  
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/11521/1/Tesis%20Carmen%20Iturralde.pdf>
- Marcos, D. (2015). El concepto de Esquema en la Teoría Psicogenética de Piaget y la Terapia Cognitiva de Beck. *Revista Intersecciones Psi*, 16, 33-

40. Obtenido de

[Thhttp://intersecciones.psi.uba.ar/revista\\_ed\\_num\\_16.pdf#page=33](http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_16.pdf#page=33)

Meza, K. I., & Santayana, R. (2018). *Esquemas Maladaptativos Tempranos y Depresión en pacientes de una institución de Lima*. [Tesis de licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón].  
[https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/428/Meza%20Arroyo\\_Santanaya%20Rengifo\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/428/Meza%20Arroyo_Santanaya%20Rengifo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación. Médica Panamericana*.

Özdin, S., Sarisoy, G., Rifat, A., Cezmi, A., Özyıldız, H., Böke, Ö., & Karabekiroğlu, A. (2017). Early maladaptive schemas in patients with bipolar and unipolar disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1387268>

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elservir España, S.L.

Vargas, A., & Ferrero, N. (2021). *S.O.S. Materiales y recursos terapéuticos TREC y TCC*. Heredia, C.R.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de Esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brower, SA.

## APÉNDICE

### APÉNDICE A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, he sido invitada a participar de la investigación **“Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con diagnóstico de depresión de 20 a 60 años, que asisten a hospitalización de día”**.

Se me ha explicado que:

- Debido a mis experiencias tempranas he desarrollado patrones de comportamiento y/o pensamientos que afectan mi estado emocional actualmente.
- Mediante la aplicación del cuestionario la investigadora detectara cuales son esos patrones de comportamiento llamado esquemas maladaptativo temprano.
- En el plan terapéutico se tendrá en cuenta estos esquemas, de manera que el paciente se beneficie de los resultados obtenidos.
- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- La información que se recoja será confidencial y se usará solamente para propósitos de esta investigación y del plan terapéutico.

Hago constar con mi firma la aceptación para colaborar con la presente investigación.

Firma:

Fecha:

## APÉNDICE B

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Apellidos y Nombres (opcional) \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (día/mes/año) Sexo: F M  
Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Diagnostico

ESCRIBA UN ASPA (X) DONDE LE CORRESPONDA

#### LUGAR DE NACIMIENTO:

Lima ( )

Provincia ( )

#### SITUACION ESTRESANTE

Conflictos familiares ( )

Enfermedad ( )

#### ESTADO CIVIL:

Soltero – a ( )

Casado/conviviente ( )

Separado/divorciado ( )

Problemas laborales

/pérdida de trabajo ( )

Infidelidad/divorcio ( )

Duelo ( )

#### GRADO DE INSTRUCCIÓN

Secundaria ( )

Técnico ( )

Universitaria ( )

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

Si ( )

No ( )

#### OCUPACIÓN ACTUAL:

Empleado ( )

Desempleado ( )

#### VIVE USTED:

Sólo ( )

Con familia ( )



## APÉNDICE C

### SOLICITUD DE PERMISO

Yo Luz Nathali Barrientos Romero Bachiller en Psicología declaro que cuento con la autorización de la jefa del departamento de Psicología para la aplicación de los cuestionarios a las personas escogidas para la muestra, respetando la confidencialidad de cada uno de los participantes.

De lo cual doy fe.



## APÉNDICE D

### SOLICITUD DE PERMISO DE MATERIAL

Yo Luz Nathali Barrientos Romero Bachiller en Psicología, declaro que cuento con la autorización del Instituto de Terapia de Esquemas del Perú para la utilización del Cuestionario de Esquemas, respetando la confidencialidad de cada uno de los participantes.

De lo cual doy fe.

