



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS Y  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

**PRESENTA:**

ITZEL QUINTANAR VIDAL

**DIRECTOR:**

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ  
XICOTENCATL

**REVISORA :**

LIC. LETICIA MARÍA GUADALUPE BUSTOS  
DE LA TIJERA

**SINODALES :**

DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ  
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ

**Ciudad Universitaria, CD. MX. Abril 2021**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

*A mis padres, siempre les estaré agradecida por que desde el primer momento lucharon por mi vida, porque se han esforzado en darme lo mejor, por ser esa guía que me ha llevado a conseguir todos mis éxitos, por impulsarme en realizar mis sueños, el día de hoy es culminar mi profesión, pero ustedes saben el largo recorrido que llevamos.*

*A Edgar mi padre, por enseñarme que lo más importante en esta vida es hacer pequeños cambios en las personas que vallan haciendo la diferencia y no buscar cambios grandes que sean inalcanzables, por tu fortaleza que a pesar de haber luchado contra una enfermedad tan fuerte siempre fuiste y eres un hombre con grandes agallas para seguir adelante y que sigo esforzándome por lograr ser de esa manera como tú, por tener siempre las palabras para explicarme las cosas y la paciencia para comprenderme, por formarme en muchos aspectos pero sobre todo por darme tus ideales tan ejemplares.*

*A Rosalía mi madre, por estar siempre ahí, en las buenas, en las malas y en las peores, por dar ese amor incondicional que un hijo siempre necesita, por apoyarme en mis decisiones aunque no estés de acuerdo, por siempre estar ahí para decir te lo dije cuando las cosas no salen como espero, pero también para felicitarme cuando soy capaz de conseguir lo que me propongo, por esas noches de desvelo por enfermedad o por tarea, porque siempre te preocupas por que me alimente bien y descanse lo necesario y sobre todo por enseñarme a ser una mujer tan fuerte como tú y que se puede llegar muy lejos .*

*A mi hermana Brenda, porque tu compañía en esta vida ha sido extraordinaria, porque a pesar de las experiencias que has vivido luchas por salir adelante y es lo que más admiro de ti, porque eres capaz de amar y tener tan hermosos sentimientos, que ayuda sin mirar a quien, por apoyarme a todo lo que realizo siempre, y por todas las aventuras vividas y las que nos faltan.*

*Porque sin ustedes esta vida seria aburrida, gracias por enseñarme que la familia es el centro que guía tu vida y siempre estarán para escucharte y apoyarte, nuestros caminos se guiarán por destinos distintos con el tiempo, pero siempre los amare demasiado. ERBI.*

*A mi tío Aron y mi tía Susy, porque a pesar que en vida no lograron verme culminar este camino, les estaré infinitamente agradecida por su amor, por darme la oportunidad de saber como era el afecto de un abuelo, por esas palabras que siempre me hacían sentir mejor, porque ustedes fueron parte de mi guía en mi vida, porque hasta el ultimo momento que logramos compartir juntos siempre me apoyaron y sé que estarían orgullosos de este logro, los amo y siempre los recordare.*

*A Erick, por haber formado parte de mi vida, por darme ese apoyo para salir adelante durante momentos muy difíciles, por ser esa fuerza que necesitaba, por tu compañía que siempre fue muy agradable, por tu amor, comprensión y paciencia, por tratar de ir a mi paso acelerado, porque siempre te esforzaste por lograr más cosas juntos, por tu tolerancia y apoyo incondicional, pero sobre todo por darte el tiempo de conocerme, tu huella perdurará en mi vida .*

*A mi mejor amigo, Aridai, porque eres una de las mejores personas que conocí en la facultad, por todos esos días en los que hacías mejor la estancia en la escuela, porque a pesar de que a veces no estamos de acuerdo, siempre terminamos aceptando lo que el otro quiere y a pesar de la distancia siempre estamos el uno para el otro, sabes que siempre estaré para alentarte a que hagas lo que te gusta así de la misma manera que tú lo haces y espero que el camino que llevas hasta ahora es lo que te apasiona de tu profesión, por siempre colegas.*

*A mi director de tesis, Omar, por ser ese guía académico, por enseñarme a lo largo de las clases lo que en verdad me apasiona de la psicología y en la psicóloga que me quiero convertir, por ser paciente en este proceso y disminuir mi preocupación y lo más importante por su tiempo invertido.*

*A los amigos que he formado durante la carrera con quienes he pasado recuerdos que espero no sean los últimos.*

*A mi revisora y sinodales, por su tiempo dedicado y por los conocimientos compartidos que permitieron que este trabajo se culminara de la manera adecuada.*

*A la UNAM, porque ha sido la institución que me cobijo desde que era una niña de 11 años, por toda mi formación y por cada uno de los académicos que aportaron sus conocimientos para mi aprendizaje.*

*A todas las personas que han sido parte de mi vida, por cada aprendizaje ya sea bueno o malo, pero eso es lo que ha formado a la profesionalista de hoy, gracias por cada experiencia y recuerdo, siempre ocuparán un lugar especial en mi vida.*

*Sin importar que tan difícil ha sido el camino, hoy llegué al fin del inicio de este hermoso proyecto profesional y me emociona el pensar cada día lo que me falta recorrer. Este último agradecimiento va por mí, porque a pesar de los tropiezos y dificultades he logrado mis objetivos y me enorgullece la persona que soy. ❤️*

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1. DESARROLLO ADOLESCENTE .....</b>	<b>12</b>
1.1 Desarrollo cognitivo.....	12
1.2 Desarrollo socioemocional, físico y sexual.....	19
1.3 Acceso a servicios de salud.....	24
<b>2. ESQUEMAS.....</b>	<b>28</b>
2.1 Esquemas Cognitivos.....	28
2.2 Esquemas positivos y negativos de Beck.....	31
2.3 Esquemas Maladaptativos Tempranos.....	34
2.4 Antecedentes.....	45
<b>3. DEPRESIÓN.....</b>	<b>54</b>
3.1 Definición.....	54
3.2 Epidemiología.....	59
3.3 Triada cognitiva de la depresión.....	63
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>67</b>
4.1 Planteamiento del problema.....	67
4.2 Pregunta de investigación.....	68
4.3 Objetivo General.....	68

4.4 Objetivo Específicos.....	68
4.5 Hipótesis.....	68
4.6 Diseño de investigación.....	68
4.7 Variables.....	69
4.8 Participantes.....	70
4.9 Instrumento.....	70
4.10 Procedimiento.....	72
4.11 Análisis de datos.....	73
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>81</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>88</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos generales de los participantes.....	74
Tabla 1. Continuación.....	75
Tabla 2. Medias de depresión por sexo.....	75
Tabla 3. Medias de esquemas del dominio de Desconexión y rechazo.....	76
Tabla 4. Medias de esquemas del dominio de Deterioro de la autonomía.....	76
Tabla 5. Medias de esquemas del dominio de Límites dañados. ....	76
Tabla 6. Medias de esquemas del dominio de Orientación hacia los otros.....	77
Tabla 7. Medias de esquemas del dominio de Sobrevigilancia e inhibición.....	77
Tabla 8. Correlación de Pearson de los dominios y depresión.....	78
Tabla 9. Correlación de Pearson de los esquemas que pertenecen al dominio de Desconexión y rechazo y depresión.....	78
Tabla 10. Correlación de Pearson de los esquemas que forman el dominio de Deterioro de la autonomía y depresión. ....	79
Tabla 11. Correlación de Pearson de los esquemas del dominio Límites dañados y depresión. ....	79
Tabla 12. Correlación de Pearson de los esquemas que son parte del dominio Orientación hacia los otros y depresión. ....	80
Tabla 13. Correlación de Pearson de los esquemas que forman el dominio de Sobrevigilancia e inhibición y depresión.....	80

## RESUMEN

Actualmente se busca el desarrollo de nuevas teorías en psicología que permitan explicar la conducta desde modelos integrativos, Young, Klosko y Weishaar (2003) proponen un modelo integrativo en el que señalan que en la infancia se forman los denominados Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT); estos permiten explicar cómo las personas perciben, analizan, interpretan y responden ante situaciones que el medio les presenta. Por las cuestiones mencionadas, en la presente investigación se utilizó la propuesta de Young, Klosko y Weishaar (2003) acerca de los EMT con la finalidad de correlacionarlos con la depresión en adolescentes mexicanos.

Para llevarla a cabo se elaboró un estudio no experimental, formado por una muestra no probabilística de 517 adolescentes de 11 a 13 años de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México, se utilizó la escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños de 8 a 13 años de Pedroza (2014) y el Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II) adaptado para población adolescente en México por Contreras-Valdez, Freyre y Hernández-Guzmán (2015). Para el análisis de resultados se realizó un análisis descriptivo de frecuencias y la prueba de correlación ( $r$ ) de Pearson.

Los resultados señalaron que los adolescentes presentan relaciones significativas entre los EMT y la depresión. Esta investigación además de aportar datos empíricos en población adolescente sobre el modelo de EMT de Young et al. (2003), propone nuevas líneas de investigación.

**Palabras Clave:** Esquemas Maladaptativos Tempranos, Depresión y Adolescentes.



## ABSTRACT

Currently we are looking for the development of new theories in psychology that allow to explain the behavior from integrative models, Young, Klosko and Weishaar (2003) propose an integrative model in which they point out that in childhood are formed the so-called Schemes Early Maladaptive (EMT); these allow us to explain how people perceive, analyze, interpret and respond to situations that the medium presents to them. For the above issues, Young et al. (2003) proposal on EMTs was used in this research to correlate them with depression in Mexican adolescents.

To carry out it, a non-experimental study was developed, consisting of a non-probabilistic sample of 517 adolescents aged 11 to 13 years of age from a high school in Mexico City, the scale of Early Maladaptive Schemes for children from 8 to 13 years old was used, the scale of Early Maladaptive Schemes for children from 8 to 13 years old was used Years of Pedroza (2014) and the Beck Depression Inventory, second version (BDI-II) adapted for adolescent populations in Mexico by Contreras-Valdez, Freyre and Hernández-Guzmán (2015). For the results analysis, a descriptive frequency analysis and the Pearson correlation (r) test were performed.

The results indicated that adolescents have significant relationships between EMT and depression. This research in addition to providing empirical data in adolescent populations on the EMT model of Young et al. (2003), proposes new lines of research.

**Key words:** Early maladaptativa schema, depression and adolescent

## INTRODUCCIÓN

El concepto de esquema fue propuesto en la teoría del desarrollo cognitivo por Piaget (1993), donde indica que estos son las conceptualizaciones asignadas a los estímulos que se presentan en el medioambiente, posteriormente Beck (2010), retoma esta idea y la integra en el modelo cognitivo conductual, donde denomina a los esquemas como patrones cognitivos estables, a diferencia de Piaget, no solo busca reconocer la manera en que el sujeto organiza cognitivamente la información por medio de los esquemas, que además, se centra en conocer la manera en que interpreta las situaciones y cómo va respondiendo a ellas.

En función de lo establecido por Beck, Young, Klosko y Weishaar. (2003), proponen una modelo integrativo que enfatiza la importancia de esquemas cognitivos negativos, denominados Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), los autores señalan que es importante estudiarlos por su relación con la presencia de problemas emocionales.

Existen diversas investigaciones que muestran cómo los EMT están relacionados con la psicopatología, uno de los trastornos en los que se ha encontrado tales resultados es la depresión, sin embargo, la mayoría se han realizado en población adulta y extranjera, en México existen dos investigaciones que buscan explicar la influencia de los EMT en población infantil con diagnósticos clínicos (Pedroza, 2014; Pedroza, Andrade y Calleja, 2019).

Por lo mencionado, el objetivo de la presente investigación fue conocer la relación que se presenta entre los EMT y la depresión en adolescentes escolarizados mexicanos de 11 a 13 años. El documento se organizó de la siguiente manera:

En el primer capítulo se desglosa una revisión de los antecedentes teóricos de los EMT, en primera instancia se realiza una recapitulación sobre el desarrollo cognitivo y donde

se hace hincapié en las características que presenta la población adolescente al ser el objetivo del estudio, después se presenta una revisión sobre los esquemas cognitivos desde la teoría de Piaget, sobre los esquemas positivos y negativos acorde con Beck y, por último, se centra en los EMT propuestos por Young. Se presenta un apartado sobre los antecedentes nacionales e internacionales que se vinculan con los EMT y la depresión, de esta manera son señalados datos relevantes de las investigaciones como los procedimientos que se realizaron, las muestras que se formaron y sus características, los instrumentos utilizados y resultados obtenidos, esto con el fin de complementar los datos obtenidos con evidencia empírica.

En el segundo capítulo se realizó una descripción sobre las características del desarrollo según los estadios establecidos por Piaget en su teoría cognoscitiva, haciendo énfasis en el periodo denominado operaciones formales o adolescencia, además se añaden otras características del desarrollo de este periodo como las socioemocionales, físicas y sexuales. Por último se muestra un apartado acerca del acceso a la salud a nivel mundial, y nacional en la población adolescente.

En el tercer capítulo se da a conocer la definición de depresión y cómo desde los manuales clínicos usados en psicología es apreciado el trastorno. Posteriormente se realizó una descripción de las estadísticas encontradas sobre la depresión, el fin de éste es tener un panorama general de la problemática actual que se presenta a nivel mundial, Latinoamérica y nacional, por último, se presentan algunos modelos teóricos desde los cuales se explica la formación de la depresión.

En el cuarto capítulo se describe el método de la investigación.

En el quinto capítulo se presentan los resultados de la investigación, primero se tiene un análisis descriptivo sobre las variables de presión y los EMT de manera general, después

se muestra un análisis paramétrico por medio de correlación ( $r$ ) de Pearson con el fin de conocer la relación de las variables antes mencionadas.

En el sexto capítulo se llevó a cabo una discusión de los datos relevantes encontrados en la investigación y las aportaciones que este presenta al tema.

Por último, en el sexto capítulo, se muestran las conclusiones generales acerca del análisis del estudio.

## **1. Desarrollo**

Antes de dar inicio con la información recopilada sobre los esquemas, es importante mencionar los cambios que presentan los adolescentes, a lo largo de su desarrollo, esto permite reconocer las características conductuales y cognitivas que son un rasgo distintivo de cada etapa y como el medio en el que se desarrollan puede influir en ambos, así mismo permite tener un abordaje amplio para estudiar los factores que influyen en la formación de los esquemas.

### **1.1 Desarrollo cognitivo**

Jean Piaget, en su teoría Psicogenética, explica cómo se da el desarrollo cognitivo a través de cuatro fases, las ideas centrales que guían la perspectiva de este autor son dos, la primera es que los niños en función de la relación con el medio organizan su pensamiento formando esquemas que le permiten adaptarse, lo cual genera que se dé la segunda idea central que es el desarrollo de la inteligencia. En función de la fase o estadio en el que se encuentre la persona, sus habilidades y capacidades que sean características de la inteligencia deberán ir aumentando por unas más complejas (Piaget 1993).

Los estadios del desarrollo cognitivo, establecida por Piaget son:

- Sensoriomotriz

Piaget (1993) señala que este estadio abarca aproximadamente desde el nacimiento hasta el momento en que el niño logra hablar, aproximadamente este evento ocurre a los dos años, el autor indica que este periodo puede ser señalado como poco importante ya que los cambios que van ocurriendo no se perciben tan rápido en comparación de otras etapas, sin

embargo, los acontecimientos que se presentan son cruciales para la adquisición del conocimiento que posteriormente formará la inteligencia.

Este estadio, presenta tres etapas que marcan su inicio y fin, la primera es la expresión de reflejos, esta es la respuesta inmediata que da el niño con el objetivo de afrontar el medio y asegurar su supervivencia, la segunda es denominada por Piaget como organización de percepciones y costumbres, ésta por su parte se representa cuando el niño es capaz de sonreír por sí solo y no solo como una respuesta imitadora, este gesto indica que ya es capaz de distinguir estímulos que atraen su atención de aquellos que no, por último se presenta el desarrollo de la inteligencia sensoriomotriz, esta se presenta antes de que el lenguaje sea expresado, por lo que su principal característica es que es práctica, ya que el conocimiento del mundo se da a través del uso de los sentidos y el desplazamiento de su cuerpo. El aprendizaje se da por medio de ensayo y error, de esta manera explora formas más adecuadas de obtener lo que desea como, poseer un objeto o modificar la ubicación del mismo.

Además, otra característica que se añade a este estadio es la manera en que percibe al medio en el que se desenvuelve, el niño en este momento se encuentra en una construcción de lo que es él, pero en este proceso se le dificulta distinguir que todo lo que lo rodea es distinto a él, por lo que cree que es una extensión que se encarga de cubrir sus necesidades (Piaget, 1993)

- Preoperatoria

Esta etapa se presenta de los 2 a los 7 años, su principal característica es la aparición del lenguaje, mediante éste el menor es capaz de expresar verbalmente situaciones que ya ocurrieron generándole una experiencia, posteriormente, esto le permite evaluar lo que puede

ocurrir en el futuro y regular su comportamiento, esto da paso a que se dé la socialización ya que el infante puede comunicarse con otras personas por medio de la palabra.

Por otro lado, se presenta la construcción de un lenguaje interno, mediante el cual evalúa para si las situaciones en las que se encuentra, lo que le permite comprender todos los estímulos, tanto los nuevos como los que ya conoce, estos pensamientos pueden ser pronunciados en voz alta en niños de 3 a 4 años y se ven disminuidos aproximadamente a los 7, ya que se vuelven internos y no son expresados. La formación del lenguaje se da por medio de la imitación, los niños escuchan las palabras de sus padres y tratan de igualar el sonido, al comienzo solo asocian las acciones con palabras, no obstante, una vez asimiladas estas últimas, son capaces de integrarlas en frases y utilizarlas para otras situaciones y no solo un mismo evento (Piaget, 1993).

Por otra parte, Piaget (1993), indica que el pensamiento en esta etapa se ve influenciado por la imaginación, van desarrollando sus capacidades simulando que hacen actividades, ya que le asignan una representación a lo que realizan para que en etapas posteriores ya las conozca y el aplicarlas sea menos difícil. Otra característica que presentan es el centrarse en una sola característica de todo los elementos que son esenciales de un evento o cosa y solo por esta particularidad los reconocen, así mismo se les dificulta reconocer cambios mínimos en situaciones donde el fenómeno que ocurre es el mismo, por lo que si el elemento que para ellos es el más significativo difiere, puede llevarlos a afirmar que son diferentes, por último, en esta etapa aún se mantiene una idea donde personalizan los sucesos que ocurren, creen que el medio se modifica en función de los cambios que ellos tienen.

- Operaciones Concretas

Piaget (1993) indica que de los 7 a los 12 años se presenta el estadio denominado operaciones concretas, durante este rango de edad ocurre un evento muy importante que es el inicio de la escolarización de los niños, en la etapa anterior se comienza con el proceso donde el niño es capaz de comunicarse con otros, sin embargo, al efectuarla no solo entabla conversaciones, lo que ocurre es el desarrollo de los vínculos afectivos con otros niños que no son parte de su círculo familiar. El tipo de relación que se da entre pares de esta edad se basa en el respeto mutuo porque son percibidos como iguales dando la misma valorización, el juego es el recurso que utilizan para expresar el agrado que tiene entre sí y por medio del seguimiento de reglas en éste demuestran la justicia que existe entre todos, permitiendo la regulación y equilibrio emocional de los niños, ya que estos son aprendizajes de su medio familiar y se les dificulta modificarlos.

Respecto al pensamiento los niños ya son capaces de clasificar la información que se les presenta, así mismo, comienzan a presentar las habilidades para percibir características esenciales de los elementos centrándose en ellas y reconociendo su existencia sean visibles o no (Piaget, 1993).

- Operaciones Formales

Piaget (1993), a su última etapa, también la denomina como adolescencia, en este estadio se tienen ciertas creencias donde los únicos cambios que ocurren son biológicos, no obstante, indica que este periodo no solo es un estado temporal donde se presentan cambios de carácter sexual y resalta que, al afirmar dicha creencia, sería una manera de minimizar la verdadera importancia de los cambios cognitivos y emocionales. Además, señala que entre los 11 y los



12 años se presenta un cambio en el pensamiento concreto que prevalece en los niños a un pensamiento formal, caracterizado por ser hipotético deductivo, esta variación muestra el fin de la infancia y el inicio de la adolescencia. Añade que el pensamiento de los adolescentes se centra en organizar información de manera aislada, mediante la cual forma creencias sobre situaciones que pueden ocurrir en el futuro de las cuales pueden o no tener fundamentos o son cuestiones que no son atendidas por personas mayores, estas ideas que se forman en muchas ocasiones no son expresadas por los jóvenes o por el contrario se crean ideales que se basan en conjeturas o probabilidades y de esa manera guían su actuar. Además determina que toda la información nueva que es presentada por el ambiente, es asimilada por el adolescente, desde que es un lactante desarrolla esta capacidad para lograr comprender la información nueva, sin embargo, en esta etapa se presenta de nuevo un egocentrismo cognoscitivo, no obstante ya para este momento no solo busca obtener el conocimiento si no reflexionarlo, al comienzo este proceso puede no ser adecuado con la realidad, sin embargo, se llega a un equilibrio cuando la experiencia en la que se encuentra, es comprendida sin distorsiones del pensamiento.

Acorde con Piaget (1993), en la adolescencia es cuando ocurre la formación de la personalidad, esta comienza desde los 8 años, a partir de la interiorización de reglas y valores que regulan su conducta, así mismo el autoconcepto se genera y mediante éste el adolescente se percibe como un igual a sus mayores pero a la vez distinto de ellos debido a los cambios que ocurren en él, intenta ser mejor que ellos y que cada conducta que realice modifique su entorno, lo que genera que sus metas estén llenas de intenciones altruistas, no obstante estas vienen acompañadas de la idea de recibir el crédito y reconocimiento sobre lo que llevan a cabo. Además, un pensamiento dicotómico, donde a través de los resultados que obtienen sus conductas se autovalorizan en dos polos opuestos el primero en el que pueden

autodenominarse como fracasados, mientras que en el otro en aquel donde se encuentran convencidos de su genialidad. Respecto a la manera en que el adolescente se relaciona en grupo, se presenta dos fases, la primera denominada negativa, es aquella donde se le dificulta estar con otros, en esta etapa no es que desprecie vincularse socialmente, más bien busca pertenecer a ciertos grupos por lo que evita estar en aquellos que no son de su agrado, mientras que la fase positiva es aquella donde la adaptación social se establece, al eliminar aquellos pensamientos mágicos sobre lo que sucedería al tener algún vínculo y solo hace frente ante las situaciones.

Hasta el momento se han abordado las etapas de desarrollo desde la visión de Piaget, como se puede observar cada una tiene características particulares que dan una aproximación a los hitos del desarrollo, anteriormente se señaló la importancia que para los esquemas se tiene el conocimiento de este proceso, por lo que con fines de esta investigación nos centraremos en la última fase mencionada “Adolescencia”.

Ante esto la OMS, señala que la adolescencia es un periodo que abarca de los 10 a los 19 años, donde los cambios van a una velocidad acelerada, la pubertad es el proceso que marca el cambio entre la niñez y la adolescencia, dentro de los cambios biológicos que se presentan pueden ser generalizados a cualquier joven que se encuentre en este rango de edad, sin embargo el inicio, duración y la manera de afrontarla cambia en función del contexto social o cultura en la que se desarrollen.

Mientras que la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM), indica que la adolescencia se presenta entre los 10 y 21 años, a esto añade que se divide en tres etapas, que son: inicial que va de los 10 a los 14, media de los 15 a los 17 y la tardía de los 18 a los 21 años.

- Adolescencia inicial, es aquella donde se dan los cambios corporales, también esta etapa es denominada como pubertad. Es importante señalar la diferencia entre la pubertad de la adolescencia, ya que en muchas ocasiones son señaladas como lo mismo, sin embargo, esta es una subetapa que determina el inicio de la adolescencia, su característica principal son los cambios hormonales que presenta el adolescente, mediante los cuales es capaz de producir gametos que le permiten reproducirse (Papalia, Feldman y Martorell, 2017).
- Adolescencia media, se caracteriza por la separación del joven del grupo familiar y el interés en la integración con pares, este último elemento aumenta la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía, lo que demuestra que una persona se encuentra en esta etapa, es el rol que comienza a fungir dentro de su grupo familiar ya que el seguimiento de normas y reglas socialmente establecidas se vuelven de real importancia, así mismo el aumento de responsabilidades que le corresponden, el reconocimiento de su identidad y la autonomía son aquellas capacidades psicosociales que ya posee (Güemes, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Mientras que Gesell, Ilg, Ames y Reca (1971), definen la adolescencia como un proceso de crecimiento, donde no solo existen cambios fisiológicos, también se tienen cognitivos y emocionales, esta última determinación es la base de la etapa que permite que se forme la identidad, es decir se realiza una organización entre lo que el adolescente piensa, siente y cómo se desenvuelve y relaciona con las personas en sus diferentes contextos llegando así a conocerse a sí mismo y saber quién es.

Por otro lado, Papalia et al (2017), la define como un periodo en el desarrollo que se presenta entre la infancia y la adultez, donde están implicados cambios físicos, cognitivos y psicosociales, se puede presentar de manera temprana desde los 10 años, dentro de los cambios que presentan, desarrollan su identidad, autonomía y las normas que regulan su conducta, por otro lado se presenta la construcción de su autoestima y de la organización de la información que el medio les presenta para tomar decisiones y evaluar las situaciones en las que se encuentre.

## **1.2 Desarrollo socioemocional, físico y sexual.**

- **Desarrollo socioemocional**

A lo largo del tiempo diversos autores han buscado explicar cómo ocurre la etapa de la adolescencia, cada uno centrados en los cambios físicos, cognitivos y sociales, así como la influencia que tiene la cultura, su grupo social y familiar.

Por ejemplo, Erickson (1971), es uno de los autores que comenzó a escribir sobre cuáles eran los cambios psicosociales representativos de la adolescencia desde una perspectiva personal y de su época, señaló que una de las características principales es el establecimiento de la identidad, donde el joven se encuentra en una lucha por saber quién es y debe reconocer el papel que la sociedad establece que desempeñará cuando sea adulto, respecto a este último punto añade que la búsqueda de la identidad se convierte en una problemática por el seguimiento de roles ya que esto puede aletargar la maduración psicológica que se espera que tenga el adolescente, esto explica las conductas inadecuadas que en ocasiones se pueden apreciar en el adolescente, como la indiferencia, baja tolerancia

y el exclusivismo, no obstante son respuestas como defensa a la confusión de la identidad. Este momento es donde los jóvenes se encuentran en un autoconocimiento y genera evalúen quien son, quienes desean ser y reconozcan tanto sus habilidades como aquellas cuestiones que se les dificultan y son limitaciones para ellos.

Papalia et al (2017), añaden que una vez que se logra atravesar este proceso se establecen virtudes en el joven cómo la fidelidad, este es un elemento que en la adolescencia se iguala a la confianza de la infancia solo que para este periodo se centra en que las otras personas al escuchar lo que piensan y sienten no se alejen de ellos y demuestren su empatía.

Otra característica que se presenta en la adolescencia es la autonomía, para lograrlo comienza a presentar una separación entre el joven y su núcleo familiar, en ocasiones se percibe como amenazante para los padres este evento por lo que es señalado como rebeldía, sin embargo es parte del desarrollo lo cual favorece que los jóvenes comiencen a tomar decisiones sobre su vida por ellos mismos y asumir responsabilidades que antes no podían efectuar, aunado a esto se presenta la formación de lazos afectivos con grupos de pares con los que siente una identificación y pertenencia, formando nuevas relaciones fuera del medio familiar (Gaete, 2015).

Durante la adolescencia, los jóvenes pasan de ser miembros de su grupo familiar a individuos inmersos en una sociedad, según Lerner Y Steinberg (2009), este cambio en su desarrollo social está formado por cuatro mecanismos clave:

- El primero ocurre cuando los adolescentes crecen en ambientes donde van formando creencias culturales, institucionales las cuales determinan las oportunidades que posteriormente formarán su motivación, pensamientos y comportamiento orientados hacia el futuro.

- En segundo lugar, se tiene la selección de los entornos por parte del adolescente, en este caso los mecanismos psicológicos que son responsables de la selección son: las motivaciones, intereses y objetivos personales, los cuales dirigen a la exploración, planificación, toma de decisiones y compromisos llevándolos a formar grupos de pares y actividades de ocio.
- En tercero, se presenta la retroalimentación que socialmente reciben los jóvenes sobre sus éxitos y fracasos, lo cual forma que se reajusten sus objetivos, planes y pensamientos para enfrentar con éxito los desafíos futuros, algunos de los mecanismos psicológicos que favorecen que ocurra este ajuste son: la reconstrucción de objetivos, el afrontamiento y las atribuciones causales,
- Finalmente, después de recibir información sobre los resultados de sus esfuerzos y terminar en una situación de vida y posición social en particular, los adolescentes generalmente reflexionan sobre una variedad de temas relacionados con ellos mismos y sus vidas: construyen conceptualizaciones sobre ellos mismos y cuentan historias a sus padres y compañeros destinado a construir una identidad personal coherente.

De la misma manera Gaete (2015), señala cómo ocurren estos cambios, dentro de las tres etapas en las que se divide la adolescencia, las cuales ya han sido mencionadas con anterioridad, en la primera denominada, “Adolescencia temprana”, se presenta un pensamiento egocéntrico, donde los adolescente se centran en su perspectiva e intereses y cree que los demás se guían por ellos, además creen que el medio se centra en la imagen que el muestra ante todos por lo cual se preocupan mucho por su apariencia y su comportamiento ya que asumen que de la misma forma que ellos evalúan críticamente a los demás a ellos les ocurrirá lo mismo. En la “Adolescencia media”, empiezan a existir problemáticas con el

seguimiento de reglas establecidas por la autoridad, por lo cual se oponen a los límites de sus padres, además se presenta una diferencia entre el autoconcepto y autoimagen a la opinión que los otros pueden tener de él, así mismo comienzan a pasar más tiempo solos, presentan una expresión de sus emociones mayor y la impulsividad es una característica que se resalta, esto puede favorecer el desarrollo sobre sus aspiraciones profesionales y personales, no obstante puede ser un factor de riesgo. Por último, en la “Adolescencia tardía” ya se encuentra la identidad establecida lo cual es un periodo donde los jóvenes se encuentran con menor desequilibrio emocional, lo cual demuestra que posee las habilidades necesarias para afrontar las demandas de la etapa adulta, así mismo ya se tiene conocimiento sobre las limitaciones sociales y personales, lo cual le permite una mejor planificación de estrategias para realizar las actividades en las que se encuentre, mientras que la relación de pares es modificada ya que la opinión que estos ejerzan y no tiene la relevancia que tenía en las etapas anteriores, finalmente la relación familiar de nuevo se ve modificada ya que la interacción con sus padres se vuelve más empática y de ayuda mutua.

- **Desarrollo físico y sexual**

El inicio de los cambios característicos de la etapa denominada como pubertad es distinto entre cada adolescente, Papalia et al (2017), señalan que ocurre entre los 8 y 9 años en niñas y a los 9 años en niños, en la última década, este fenómeno se ha ido modificando, presentándose cada vez en edades más tempranas, esto se ha producido por un gran número de factores, dentro de los que se encuentran la alimentación y las condiciones de vida. Como con anterioridad se mencionó, en la pubertad es cuando ocurren cambios de carácter sexual, el primer signo que caracteriza este desarrollo en las mujeres es el aumento en el tamaño del

botón mamario que comúnmente son denominados senos o pechos, mientras que, en varones, se presenta el aumento del volumen testicular, así como el enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal, por otro lado, en ambos se tiene la aparición de vello púbico, respecto a esta característica se presentan diferencias en el inicio y fin, en mujeres el comienzo del crecimiento se da entre los 12 y 13 años y culmina entre los 16 y 17 años aproximadamente, mientras que en los varones se presentan entre los 14 y 15 y finaliza a los 21 años (Güemes, González e Hidalgo, 2017).

Otras características que se presentan son el crecimiento de vello axilar, éste se da dos años posteriores al crecimiento del vello púbico (Papalia, 2017), mientras que el aumento de peso en las mujeres tiene una ganancia mayor ya que logran entre un 18 y 20 % de la masa total que se forma en la adultez, en comparación de los hombres quienes obtienen entre un 12 y 16%, aunado a esto se muestra un crecimiento de órganos como el corazón, pulmones, hígado y riñones. Los cambios que se presentan en esta etapa se ven finalizados cuando los órganos sexuales son capaces de producir células reproductoras (Güemes, González e Hidalgo, 2017).

Una vez que el adolescente culmina esta etapa, posee la habilidad para reproducirse, no obstante en la actualidad el inicio de la actividad sexual no es un fenómeno que se dé con éste fin, se da por decisión propia de los jóvenes según sus factores culturales, creencias y prácticas religiosas, el tipo de familia, la influencia de pares, el estilo de vida, el consumo de alcohol entre otros, aunado a esto autores como Sánchez (2017), señala que los adolescentes establecen menos condiciones para aceptar tener relaciones sexuales coitales, dentro de estas se encuentran: que ambos quieran, que exista afecto entre ambas personas o que exista un compromiso, además resalta que al día de hoy los jóvenes que se encuentran en un rango de edad entre los 15 y 17 años han tenido al menos una relación sexual.



La Encuesta Nacional de Juventud 2010 en México, indica que el 33.6 % de los adolescentes que forman parte del grupo de 15 a 19 años, han tenido al menos una relación, del grupo de 20 a 24, forman un total de 75.7% y el de 25 a 29, son un 89%.

La OMS (2018), resalta que en la práctica de conductas sexuales de riesgo, en jóvenes de 15 a 19 años, el primer elemento que se presenta, son los embarazos adolescentes, ante lo cual indica que las tasas han ido en aumento, y los factores que se presentan son las complicaciones que se dan en el parto son: los abortos, ambos han formado la segunda causa de muerte en jóvenes de estos grupos de edad, según los datos estadísticos, aproximadamente 16 millones de adolescente quedan embarazadas en todo el mundo y 3 millones se llegan a practicar abortos de alto peligro por ellas mismas o en clínicas clandestinas.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres ENIM (2015), México es el país que tiene el primer lugar dentro de los países que forman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en embarazos adolescentes, con 77 embarazos por cada mil mujeres. De la misma forma, la Encuesta Nacional de Juventud 2010 en México, los problemas de salud que más se presentan en adolescentes son: alcoholismo, tabaquismo, embarazos no planificados y consumo de drogas ilegales.

### **1.3 Acceso a servicios de salud**

Papalia et al (2017), indican que en la adolescencia existen ciertos problemas de salud que cada vez son más frecuentes, cómo, la privación del sueño, trastornos alimentarios, consumo y abuso de sustancias, depresión y suicidio.

Al respecto, la OMS (2014), señala que durante este periodo el acceso al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, así como a relaciones sexuales de riesgo es mayor lo cual

eleva los riesgos de presentar alguna enfermedad de transmisión sexual, embarazos no planeados, adicciones, problemas de salud mental y la muerte.

Además indica que esta población es quién presenta menor atención en los servicios de salud, esto genera un aumento en las causas de muerte de los jóvenes, sin embargo el prestar servicios adecuados no es la solución para evitarla, tan solo es un factor que provee recursos de protección para que disminuyan los problemas de salud, ante esto propone algunas de las áreas donde se debe tomar medidas preventivas, estas son: enfermedades de transmisión sexual en especial el VIH, violencia, salud sexual y reproductiva, salud mental, consumo de sustancias, nutrición y actividad física (OMS, 2014).

Respecto a la salud mental, se tienen datos en el informe sobre la salud del adolescente (OMS, 2014), que resaltan que aproximadamente un 50% de todos los trastornos de salud mental manifiestan sus síntomas por primera vez a los 14 años, sin embargo, el porcentaje de casos que se trata de manera adecuada es mínimo, teniendo como resultado consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida. Además, muestran como a nivel mundial se presenta el suicidio en tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, mientras que la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad en la misma población. Así mismo, la OMS (2018), resalta que los trastornos mentales forman un 16 % de todas las enfermedades a nivel mundial en personas que tienen entre 10 y 19 años y que a nivel mundial, se estima que entre el 10 y el 20% de los adolescentes llegan a experimentar problemas de salud mental, sin embargo, estos siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente por dos factores, el primero es la falta de conocimiento sobre la salud mental en esta etapa de desarrollo y la segunda es el estigma que para la población se vuelve un impedimento para buscar ayuda.

La OPS en conjunto con la OMS (2011), en el Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México, indica que hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, los cuales cuentan con un acceso de 147 pacientes en total, representando tan solo 0.14 por cada 100,000 habitantes, el 8% se encuentra reservado para niños y adolescentes, mientras que el resto es para adultos personas de la tercera edad.

En México, el último documento para señalar la importancia del estudio de la salud mental fue en el 2003, con el escrito “La salud mental en México”, creado por el Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social de la Cámara de Diputados, demostrando el rezago que se encuentra en el país respecto a este tema.

Además Sánchez (2019), en el diario La jornada, señaló que en México se tiene un atraso en la atención de la salud mental, la directora del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” señala que de cada cinco personas que llegan a presentar un problema mental o emocional, solo uno tiene el acceso a la atención, añadiendo que esto es por una cultura donde se ve la salud mental como aquella especialidad que se centra en la atención de trastornos de gravedad como la psicosis, depresión, ansiedad entre otros, mientras que la salud emocional se deja de lado sin señalar la importancia necesaria.

La Secretaría de Salud Federal (2018), estima que en México de los 15 millones de personas que pueden presentar un trastorno mental, el mayor número es en la población de adultos jóvenes, dentro de los diagnósticos más frecuentes se encuentra la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención, autismo y trastornos de la conducta alimentaria.

La OMS (2018), señala que en la adolescencia se presentan cambios importantes para el desarrollo, así como para establecer hábitos sociales y emocionales que favorecen la salud mental, sin embargo, estos requieren de ambientes familiares, escolares y sociales adecuados,

ya que los factores de riesgo a los que se encuentra expuesto son mayores en esta etapa lo cual aumenta la presencia de repercusiones en la salud mental. Respecto a los factores de riesgo anteriormente mencionados se encuentra: el estrés, la presión de pares, acceso a la tecnología, influencia social de las normas de género, violencia y problemas socioeconómicos.

Como se puede apreciar en general no se tiene una definición de adolescencia en la que todos los autores se basen, existen diferentes rangos de edad como explicaciones sobre que ocurre en esta etapa, respecto a las edades que se abarcan aproximadamente se encuentra entre los 11 y 19 años y los cambios que pueden presentar son físicos, cognitivos, sociales y emocionales, como se mencionó autores como Piaget, Papalia, Erikson, Gesell entre otros buscan explicar cómo ocurren estos cambios, cada uno desde perspectivas distintas, por lo cual, la importancia de centrarse en la población adolescente es dado ya que en esta etapa se presentan cambios cognitivos y emocionales que forman la manera de actuar en la adultez.

Por otro lado, se puede apreciar que tanto en México como en el mundo la atención de la salud mental en adolescentes presenta un rezago lo cual aumenta la probabilidad de presentar algún trastorno y no ser diagnosticado a tiempo, esto a su vez genera la presencia de factores de riesgo que pueden provocar la muerte prematura en los jóvenes, por lo cual llevar a cabo investigaciones que aborden estas problemáticas genera resultados que den paso a la prevención.

## 2. Esquemas

### 2.1 Esquemas cognitivos

El desarrollo cognitivo comienza desde el nacimiento del niño, su objetivo principal es mantener el equilibrio en la persona. El desarrollo es un proceso que inicia en un estado donde las capacidades del infante son mínimas y gradualmente llega a otro con capacidades superiores, hasta el momento en que las conductas que los menores de edad realizan por sí solos son señaladas como características de la inteligencia (Piaget, 1993).

Piaget e Inhelder (2002) mencionan que, durante los primeros dieciocho meses de vida, el niño comienza a tener un incremento intelectual sobre los estímulos perceptuales, cognitivos y afectivos que se le presentan en el medio que se desenvuelve. De esta manera se va formando un compuesto de sistemas que procesan y organizan la información de dichos estímulos, denominados esquemas.

Los esquemas son aquellas categorizaciones que los niños van formando de los objetos nuevos que se presentan en su medio, a esto se le denomina “organización”, para llevarlo a cabo primero deben identificar las características específicas de los objetos, de esta manera pueden comprenderlos como un todo. Una vez que se forja el conocimiento de tales elementos, se da la “asimilación”, está es la integración de saberes que ya se tiene y nueva información que se presenta del medio, esto ocurre ya que el niño al poseer esquemas ya establecidos es capaz de percibir los nuevos estímulos y hacer asociaciones sobre las categorías ya formadas o generar nuevas, donde se pueda integrar este nuevo aprendizaje. Cuando se obtienen los nuevos estímulos, el menor va replicando el aprendizaje, al principio forma una “asimilación generalizada”, es decir, replica el aprendizaje de forma indiferente

asegurando que se forme el esquema, sin embargo, en función de cómo va reconociendo esta información, es capaz de distinguir en qué momentos debe responder y bajo qué circunstancias, formando la “asimilación reconocitiva” (Piaget e Inhelder, 2002).

Una vez que el niño ha asimilado un esquema responde al medio como se requiere, sin embargo, cuando existe alguna variación de las exigencias de este, es necesario que se realice una modificación en los esquemas, de esta manera se desarrolla la acomodación de los esquemas ya establecidos, cada que se presenta una información no conocida o categorizada se reajustan para poder integrar nuevos datos (Piaget e Inhelder, 2002).

Por lo tanto, la asimilación y la acomodación son procesos que se integran, ya que, al incorporar información nueva, no solo se da una modificación, se da una interpretación y reinterpretación de lo nuevo y lo ya conocido respectivamente. La regulación de estos procesos cognitivos que se dan en el niño requiere de un equilibrio interno, esto se genera por medio de la organización del procesamiento de la información que posee cognitivamente y lo que se percibe del medio externo, permitiendo así la adaptación a los cambios que se lleguen a presentar. Cada que ocurre la asimilación y la acomodación se genera un proceso que estabiliza el conocimiento (Piaget, 1959).

Piaget e Inhelder (2002) establecen, que en los primeros meses de vida el bebé forma “esquemas reflejo”, una de las actividades que lo caracterizan es la succión del dedo pulgar, este aprendizaje es fijado por estímulos externos que el niño asimila como aquellos elementos que satisfacen sus necesidades inmediatas, sin embargo, aún no es capaz de reconocer que no es el objeto que busca, es decir el pecho materno.

Posteriormente se forma el esquema de, “El objeto permanente”, este esquema establece que entre los 5 y los 7 meses el menor identifica los objetos cuando están presentes y a su alcance visual, sin embargo, si estos son cubiertos o se interponen por otro, no tienen

la capacidad de organizar la información para buscarlo. Posteriormente después de los 7 meses, los niños con las asociaciones que comienza a realizar comprenden que el objeto se encuentra interpuesto entre otro elemento, intentando realizar acciones para que esté a su alcance. Por último, cuando se encuentra entre los 9 y 10 meses, comienza a aprender que existe un espacio donde están inmersos los objetos que ya ha esquematizado anteriormente, logrando identificar adecuadamente en donde se encuentra ubicado (Piaget, 2002/1969).

Piaget (1947), señala que la manera en que el organismo regula la información, es denominado “equilibrio”, este se presenta solo cuando el sujeto percibe una alteración en los conocimientos que posee y los que el medio le presenta, para que se lleve a cabo este proceso en el menor, se pasan por tres niveles de equilibrio, el primero es aquel en el que el niño es capaz de organizar y diferenciar lo que es de él y lo que es del ambiente, el segundo determina que se presenta una organización de los esquemas ya formados y por último el tercero es cuando se jerarquizan los esquemas en función de sus diferencias.

En conclusión, el esquema reflejo, para Piaget e Inhelder (2002), no puede ser considerado como un elemento de la inteligencia, ya que el niño aún no evalúa ningún otro esquema para llevar a cabo la acción, mientras que, en el esquema del objeto permanente, el infante analiza cuales son los esquemas que ya ha habituado como el objeto y su ubicación e implementar estrategias que permitan lograr una meta, que es poseerlo.

## **2.2 Esquemas positivos y negativos de Beck**

Beck (2010), es uno de los pioneros que integra el concepto de esquema en la base teórica del modelo cognitivo, su objetivo es explicar el comportamiento que las personas muestran como respuesta para expresar cómo percibe el medio y la organización que le dan. De esta manera, señala que la forma de pensar está establecida por los esquemas, por lo que su actuar se encuentra regulado por los mismos. Así mismo, indica que las alteraciones psicológicas presentan perturbaciones en el pensamiento, afectado la estabilidad emocional y la conducta, estas cuestiones no son generadas en sí por las situaciones que se le presentan al sujeto, son por la interpretación que este les otorga a los eventos (Beck, 2000).

Por lo que Beck (2010), retoma la idea de Piaget y define el concepto de “esquema” como, aquellos patrones cognitivos estables, los cuales se forman a partir del análisis que una persona realiza de la información que el medio le presenta, focaliza aquella que es relevante, le asigna un significado y la organiza en conceptos. Los esquemas, le dan una estructura a todas las situaciones en las que una persona puede estar inmersa en sus diferentes áreas, ya que analiza la información según las características principales que esta presenta, de esta manera logra diferenciarlas, para formar una estrategia que le permita actuar ante ellas. Su formación se da mediante la vivencia de una situación en particular que para el menor es significativa, esta puede ser negativa o positiva, es decir que genere una conducta maladaptativa o adaptativa respectivamente, no obstante, en ocasiones se forman y se mantienen en un periodo carente de actividad por lo que no se muestran y llegan a ser expresados de nuevo, hasta que un estímulo parecido al que los creó los reactiva.

Beck (2010), menciona que los esquemas son contenidos mentales denominados creencias centrales, estas influyen en las creencia intermedias y pensamientos automáticos”.



El primer tipo de creencias, son formadas durante la niñez, mediante la interacción del niño con sus figuras afectivas importantes, estas son la manera en que el menor analiza e interpreta a los demás, al medio y a sí mismo, no es capaz de identificar la manera en que se van formando, sin embargo, son necesarias para poder responder ante las situaciones que se le presenta ya que es el único aprendizaje que se le ha otorgado y no conoce otra forma de actuar, por lo que se centra en la información que reafirma la creencia y evita aquella que la contradice. Estas pueden ser positivas y negativas, las positivas son aquellas donde sus capacidades y habilidades de la persona son valorizadas, mientras que las negativas se clasifican en desamparo y la incapacidad de ser amado, sus características principales es que son, generalizadoras y rígidas, formando en la persona ideas que la minimizan y al ser la única forma en que la persona sabe responder ante el medio, no se interroga sobre la veracidad de dicho pensamiento. Además, se presentan las “creencias intermedias”, que son aquellas normas y reglas que son establecidas por las figuras de apego importantes y aprendidas por el infante, la regulación tan rígida que estas establecen en el pensamiento determina el comportamiento del sujeto bajo un deber ser y condicionales que agentes externos establecen para que su conducta y pensamiento se rijan. Por último, los “pensamientos automáticos”, son imágenes o verbalizaciones que se presentan en la persona, ocurren de manera particular ante cada evento, al no formarse mediante un razonamiento cognitivo la velocidad y el tiempo en la que se procesan son muy rápidos y breves. La respuesta de estos pensamientos trae consigo modificaciones en las emociones, estado fisiológico y la manera de actuar del individuo. Los pensamientos automáticos disfuncionales, influyen en el estado de ánimo de la persona, llevándolo a sentirse incapaz de realizar las cosas por sí solo, sin embargo, si la persona evaluará cuál es la cuestión que genera dichos pensamientos, identificaría que el significado asignado no es el adecuado, por

lo que las emociones cambiarían al reflexionar la incongruencia por la que se están presentando.

Beck, Freeman y Davis (2005), señalan que los esquemas presentan características sobre su estructura, como la “amplitud”, esta indica las variaciones que puede presentar como, ser “reducidos”, “discretos” o “amplios”, así mismo se encuentra la “densidad” que es el contenido, del cual está formado el esquema, por último se tiene la “valencia”, en la que se determina el umbral de activación que requiere cada esquema para que en una situación se presente, este tiene dos polos el “latente” e “hipervalente”, el primero establece como la persona evita procesar información que permita activarlo, mientras que en el segundo, el individuo selecciona aquella información mediante la cual lo mantiene activo.

Con base en lo anterior, Beck señala que los esquemas están categorizados según su función y contenido, entre estos se encuentran los cognitivos, estos se encargan de las capacidades de la persona para analizar, organizar y dar significado a los eventos; los afectivos son aquellos que se encargan de formar las emociones; los de motivación, su función es conseguir aquellos elementos de interés o el llegar a una meta; los instrumentales, son los que establecen e indican a la persona las estrategias que debe llevar a cabo para actuar ante una situación, y los de control, están involucrados en la regulación y planeación de conductas (Beck et al., 1995).

### **2.3 Esquemas Maladaptativos Tempranos**

Retomando lo establecido por Beck, Young (2003), señala la importancia del estudio de aquellos esquemas negativos, ya que pueden ser la base para la formación de psicopatología. De esta manera establece un conjunto de esquemas nombrados “Esquemas Maladaptativos Tempranos” (EMT), estos son definidos como un sistema del desarrollo que presenta pensamientos no adecuados al contexto, pueden ser conductas, emociones y maneras de comprender y entender las situaciones del medio. Estos son creados y forjados en los primeros años de vida de un niño, durante las siguientes etapas de su vida se continúan presentado y reforzando.

Los esquemas, establecen la manera en que cada persona responderá cuando se encuentra ante ciertos estímulos, esto se ha determinado mediante un aprendizaje repetitivo, es decir, las respuestas desadaptativas que se dan ante las situaciones del día a día son resultado de tener arraigado un esquema y cuando son activados, tienen un efecto emocional elevado lo que provoca que las personas experimenten emociones negativas como enojo, ira y miedo. Aunado a esto, la activación de esquemas a pesar de producir experiencias dolorosas, se vuelve la única forma que la persona conoce para actuar ante las circunstancias que se le presentan por lo que buscan constantemente tener vivencias parecidas reactivando y reforzando una y otra vez su esquema (Young, 2003).

Según Young (2003), los esquemas en los adultos reflejan el contexto en el que se desarrollaron de niños, la formación de estos se genera porque durante la infancia se tienen carencias por parte de las personas que el niño considera más importante afectivamente, ya que no son capaces de cubrir las exigencias y demandas que el menor requiere para tener un adecuado equilibrio emocional.

Las demandas y exigencias que los niños requieren para cubrir sus necesidades según Young (2003) son cinco, estas son imprescindibles para todas las personas, sin embargo, de manera individual cada infante demanda en diferente porcentaje cada una de ellas.

- Vínculos seguros con los demás.
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
- Espontaneidad y Juego
- Límites realistas y Auto- control

Las vivencias negativas que va teniendo el niño, establecen el origen de los EMT, los primeros de estos en formarse son aquellos que se acentúan con mayor fuerza en el menor a diferencia de aquellos que se llegan a generar en etapas posteriores.

Las experiencias que se presentan en las primeras etapas del desarrollo del niño que forman los esquemas son:

1. Frustración tóxica de necesidades, esta se genera cuando el niño tiene carencias de carácter afectivo y de la atención recibida, esto va formando esquemas que limitan su capacidad de establecer relaciones adecuadas caracterizadas por falta de comunicación y expresión de cariño.
2. Traumatización y victimización, en esta experiencia, el niño interioriza aquellas expresiones que lo dañan o hieren y que vienen de figuras afectivas importantes para él. Esto produce esquemas donde la persona se preocupa constantemente por las críticas y por la imagen que da ante los demás.
3. Exceso de algo bueno, como el nombre señala, el niño recibe cuidados afectivos excesivos, respecto a lo que debería ser adecuado, generando personas que en un

futuro no son capaces de hacer ciertas actividades por sí solos y se les dificulta tomar decisiones si no tiene la aprobación de otros.

4. Internalización selectiva o identificación con otras personas significativas. El niño es capaz de seleccionar aquellas formas de pensar, de actuar y de expresarse de los padres haciéndolos propios o en el caso contrario buscan establecer relaciones afectivas con personas que sigan el mismo patrón.

Young (2003), organiza dieciocho esquemas, los cuales agrupa en cinco dominios, estos son:

1. Desconexión y Rechazo
2. Deterioro de la Autonomía y Ejecución
3. Límites Insuficientes
4. Orientación Hacia los Otros
5. Sobrevigilancia e Inhibición

### **1. Desconexión y Rechazo**

Las personas que cumplen con la presencia de esquemas de este dominio son aquellos que han tenido carencias de afecto, aceptación y estabilidad emocional, esto produce limitantes para lograr tener vínculos afectivos cercanos con otras personas ya que mantienen el ideal de que sus necesidades y demandas no serán saciadas o recibirán un rechazo por parte de las personas con las que se relacionen.

- El esquema de “Abandono - Inestabilidad”, se caracteriza por la presencia de pensamientos donde las personas que para el sujeto son importantes no estarán para darle el apoyo que requiere para responder ante las exigencias que el medio le

presenta ya que, al no ser constantes en el afecto demostrado, se forman ideas sobre la existencia de una preferencia por otra persona que para el individuo tiene capacidades que lo hacen mejor que él o porque las personas de las que se rodea perderán la vida sin razón aparente.

- Mientras que en el esquema de “Desconfianza - Abuso”, las personas creen que si forman una relación es porque son útiles para satisfacer las necesidades del otro, por lo que, al culminar con el cumplimiento de ellas, el trato hacia ellos será de desprecio.
- Por otro lado, se presenta el esquema de “Privación emocional”, el cual se da cuando se piensa que a pesar de presentar necesidades de formar lazos afectivos o tener necesidades emocionales éstas no se lograran formar. Pueden darse tres formas distintas de privación, éstas son:
  - a) Privación nutricia, donde la persona que debe proveer a otros descuida las atenciones requeridas.
  - b) Privación de la Empatía, se da cuando existe la falta de comprensión sobre los estados emocionales de otra persona.
  - c) Privación de protección, este último ocurre cuando se dificulta ayudar a otras personas.
- En el esquema de “Imperfección - Vergüenza”, la persona se crea una representación inadecuada sobre sus características físicas, emocionales y cognitivas, ante las cuales desvaloriza sus capacidades y habilidades por lo que siente la incapacidad de estar con otras personas ya que será rechazado, volviéndose crítico ante las conductas que realizan los demás, así como de sus características físicas y de personalidad, esto lo replica con el mismo de manera rigurosa.

- El último esquema que forma este dominio es denominado “Aislamiento social - Alineación”, el sujeto tiende a presentar ideas donde señala que tiene características individuales, las cuales no le permiten integrarse en otros grupos fuera del familiar.

## **2. Deterioro de la Autonomía y Ejecución**

En este dominio las personas presentan dificultades en la toma de decisiones sobre sus acciones ya que en su desarrollo presentaron figuras parentales quienes proveían o no de manera excesiva o sin límites al sujeto, por lo que en su crecimiento empezó a tener limitantes para separarse y ser capaz de resolver por si solos las situaciones del día a día en las que estuviera inmerso. Dado esto, lograr establecer objetivos a corto o largo plazo es una dificultad ya que las competencias con las que cuenta no son las suficientes para solucionar problemáticas concretas.

- El primer esquema de este dominio es nombrado “Dependencia - Incompetencia”, en éste las personas perciben que necesitan la ayuda de otros, ya que, si no están, por si solos no pueden resolver cualquier situación que se les presente.
- En el esquema de “Vulnerabilidad al daño” señala que las personas se sienten expuestas a alguna situación que puede producir destrucción y este se siente incapaz para actuar cuando se presenten. Los eventos pueden ser, alguna afección médica, de regulación emocional y o eventos producidos por agentes externos como catástrofes naturales o delincuencia.
- Por otro lado, se tiene el esquema de “apego confuso – yo inmaduro”, es formado cuando las figuras importantes con las que se estableció un apego en los primeros dos años y el individuo no lograron establecer una individualización por lo que requiere

la presencia de éste para desempeñar sus actividades, así como para identificarse a sí mismo.

- El último esquema que se presenta en este dominio es denominado “Fracaso”, la persona tiene una idea inadecuada sobre los resultados que obtendrá al llevar a cabo ciertas actividades donde podría conseguir logros, ya que cree que no posee las capacidades o habilidades necesarias para llegar a la meta esperada.

### **3. Límites Deficitarios**

Las personas que llegan a formar los esquemas en el dominio de límites deficitarios o dañados son aquellos que presentan dificultades para respetar que puede realizar ciertas conductas y otras no en función de lo establecido en el medio donde se desenvuelve, formando que experimenten sentimientos de frustración cuando no obtienen lo que quieren. A lo largo de su desarrollo aprendieron a llevar a cabo actividades en beneficio propio sin evaluar el daño que podría provocar a otras personas, así mismo al no estar presente la regulación de un adulto, tienden a mantener dicho pensamiento en la adultez.

- El esquema de “Grandiosidad - Autorización”, es aquel en el que el sujeto percibe que posee un estatus mayor a los demás el cual le otorga privilegios, por lo que puede realizar conductas en función de lo que en ese momento el desea, así mismo presenta dificultades para responder ante las exigencias que figuras de autoridad le impongan y devaluar a aquellos que se encuentran a la par que el individuo ya que se le dificulta percibir que no existe tales diferencias identificadas por él.



- El segundo esquema es el denominado “Insuficiente autocontrol - autodisciplina” en éste se le dificulta a la persona responder de manera eficiente cuando se encuentran bajo presión por lo que una manera en que resuelven su problemática es evitándola.

#### **4. Dirigido por las necesidades de los demás/ Orientación hacia los otros**

En esta dimensión las personas se caracterizan por buscar el reconocimiento de otros a partir de satisfacer sus necesidades, dejando de lado y sin denotar importancia a las que el mismo presenta. Esto se forma ya que durante su infancia fueron limitados en la expresión de sus propias emociones por lo que crecen con la idea de que lo que les pueda ocurrir queda en un lugar de importancia secundario.

- El esquema de “Subyugación” es aquel donde el sujeto reprime la expresión de sus emociones y necesidades, se siente obligado a realizar lo que la otras personas le señalan ya que cree que puede ser abandonado o agredido por no hacerlo. Aunado a esto llegan a presentar alteraciones emocionales donde experimentan irritabilidad, pero en cualquier instante puede modificarse.
- Por otro lado, se tiene el esquema de “Autosacrificio”, en éste la persona satisface las necesidades del otro, a pesar de que él también presente algunas, ya que percibe al otro como carente de recursos para que por sí solo las pueda resolver, y le asigna una carga emocional con mayor porcentaje a la vivencia del otro.
- Por último, se tiene el esquema de “Búsqueda de Aprobación - Búsqueda de Reconocimiento”, el sujeto le da mayor importancia a la opinión que los demás se crean de él, a costa del desarrollo de su propia identidad, formando su autoestima en

función de éste. A pesar de que realice actividades que producen su propio beneficio, si éstas no son reconocidas por otros, el valor que pudiera tener se minimiza.

## **5. Sobrevigilancia e inhibición**

Las personas que llegan a ser caracterizados por este dominio son aquellas quienes regulan todas sus conductas y pensamientos, por lo que difícilmente llegan a expresarse de manera espontánea, ya que tratan de seguir reglas que les fueron enseñadas sobre lo que debe ser adecuado, a pesar de que el seguirlas les genere un malestar significativo y no les permita interactuar con otros como les gustaría.

La formación de éstos se da en la infancia cuando los padres controlaban de manera muy rigurosa el comportamiento del infante y éste se sentía limitado ya que se crean la idea de que cualquier actividad que llevarán a cabo podría generar resultados negativos.

- En el esquema de “Negatividad - Pesimismo”, el pensamiento de la persona se centra en los eventos negativos que pueden ocurrirle, sin evaluar otras cuestiones que podrían realizar para que el resultado sea diferente, maximizando el grado en el que los resultados desfavorables se presentan y que puede ir aumentando, por lo que el sentirse preocupados por lo que ocurrirá y la incertidumbre son elementos que se presentan constantemente.
- El esquema de “Inhibición Emocional”, tienden a no expresar sus emociones ya que por éstos pueden ser juzgados, entre ellos se encuentra cuatro tipos de situaciones que se inhiben que son: ira, impulsos positivos, dificultad para expresar vulnerabilidad y énfasis en la racionalidad.

- Mientras que en el esquema de “Estándares Irreales - Hiper criticismo”, se muestra cuando las actividades y resultados que la persona realiza constantemente son evaluados para lograr estándares establecidos por él mismo, con ciertas características, en tiempos reducidos y con la misma eficacia, para que no sea criticado por otros.
- Por último, en el esquema de “Castigo”, se cree que el resultado de realizar cualquier actividad no puede ser erróneo y si ocurre, la consecuencia es un castigo y el malestar emocional de la persona.

Young (2003), indica que todas aquellas experiencias que son activadoras de los esquemas ya formados, pueden tener dos funciones, la primera es “perpetuar” los pensamientos que conforman al esquema, es decir, la persona tienen cierta creencia donde se minimiza y desvalora, de esta manera busca estar en situaciones o relacionarse con personas donde el resultado de llevarlo a cabo confirme su pensamiento distorsionado, a pesar de que exista evidencia de que eso que cree no es lo correcto, se omite esta información ya que la persona se siente seguro porque lo que ya había establecido ocurrió, pero al mismo tiempo provoca un malestar emocional. La segunda característica es que la información recibida en el medio tenga un “cambio” sobre las ideas ya establecidas de esta manera disminuye la valoración que se les da y se modifican por lo que la respuesta que la persona da ante la situación en la que se encuentra se torna adecuada.

El que un niño internalice todas aquellos rasgos, se ven influenciado por el temperamento que lo caracteriza, Young (2003), indica que el temperamento emocional es una característica individual de gran relevancia sobre la formación de esquemas, es el carácter con el que el menor nace y se mantienen a lo largo de su vida. Éste va a relacionarse con aquellas vivencias

desagradables de las etapas tempranas que afectaron al menor y establecerá de manera única la manera en que el niño buscará experimentar cierto tipo de vivencias.

Algunas de las dimensiones del temperamento emocional son:

- Lábil-No reactivo
- Distímico-Optimista
- Ansioso-Calmado
- Obsesivo-Distraído
- Pasivo-Agresivo
- Irritable-Alegre
- Vergonzoso-Sociable

Los tres elementos mencionados (experiencias vitales tempranas, necesidades emocionales centrales y el temperamento emocional), son aquellos que influyen en la formación de los esquemas y en su perpetuación, por lo que es de importancia identificar de manera individual, además, incide en el pensamiento de la persona y en la respuesta conductual ya que es la representación de éstos.

Young (2003), señala que la forma en que las personas regulan sus emociones ante la activación de un esquema se da por medio sus “estilos de afrontamiento disfuncionales”, su denominación se da ya que forman parte de los eventos que fortalecen las creencias maladaptativas, sin embargo, no es parte de ellas. Cada individuo seleccionará de manera particular el cómo afrontar las situaciones activadoras, al comienzo de la infancia pueden ser percibidos como elementos que permiten responder de manera adecuada para la sobrevivencia del menor, pero al irse modificando a lo largo de su desarrollo, se vuelven disfuncionales. Estas conductas que cada persona realiza son denominadas “respuestas de

afrontamiento”, se llevan a cabo integrando los estilos de afrontamiento disfuncionales y si estas son repetitivas, forman parte de éstos últimos.

Los estilos de afrontamiento disfuncionales son asociados a las respuestas fisiológicas que se dan cuando la persona está en una situación amenazante, de lucha, huida o inmovilidad, por lo que, al activarse los esquemas, el sujeto los percibe como eventos que puede provocar un daño, por lo que sus respuestas pueden ser tres:

- **Sobrecompensación:** Es la respuesta donde el individuo lucha con el objetivo de que el esquema no se presente, ya que busca evitar el malestar, sus conductas son dicotómicas en función de lo que los caracterizó cuando eran niños, no obstante, pueden llegar a sobrepasar los límites de lo conveniente para regular el esquema y volverse un reforzador de este.
- **Evitación:** Las personas buscan evitar actividades o realizar aquellas en las que el esquema no sea activado y si llega a ocurrir llevan a cabo conductas que permitan su distracción y olvido de éste. Pueden ser personas que se autorregulan de manera muy rigurosa o aquellas con falta de límites.
- **Rendición:** Ocurre cuando la persona a pesar de que el esquema se activa constantemente no realiza nada para evitarlo, el rol que mantiene es el de niño, así el mismo estimula que se refuercen sus creencias.

Hasta el momento se ha abordado el concepto de esquema desde la perspectiva de tres teóricos, en primera instancia es señalado según como Piaget lo define, este autor en su teoría del desarrollo busca explicar la manera biológica en que los niños organizan la información que viene del medio para conceptualizarla, así puede comprenderlo y organizarlo, y al lograr progresivamente responder a mayor número de elementos, sus capacidades van aumentando.

El segundo autor revisado fue Beck, quien retoma este punto de vista sobre cómo se forman los esquemas a lo largo de las primeras etapas de vida, sin embargo, no solo se centra en cómo se obtienen los esquemas en la capacidades cognitivas que desarrollen la inteligencia, si no que busca aquellos de carácter emocional que influyen en la manera que el individuo responde a las interacciones futuras de manera adaptativa o desadaptativa . Por último, Young se centra en la formación de los esquemas emocionales de los que Beck menciona, sin embargo, su teoría busca definir solo aquellos definidos como maladaptativos, con el fin de conocer cuáles son los factores de la infancia que influyen en que las respuestas no adaptativas se den.

#### **2.4 Antecedentes**

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos, se pueden apreciar mediante el comportamiento de una persona, ya que a partir de estos se presenta la manera en cómo percibe y organización el medio, por lo que la forma de pensar está determinada por los EMT, siendo los encargados de regular el actuar del sujeto, por lo que, si llega a presentar alguna alteración psicológica, como consecuencia se tendrá una interpretación no adecuada de los eventos que se presentan.

Es por lo antes mencionado que se debe dar la importancia y tomar en cuenta las investigaciones que se han realizado en relación con los EMT, ya que de esta manera es posible reconocer cómo los EMT, se relacionan con diferentes trastornos.

Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz y Huibers (2012), realizaron un estudio el cual se basó en conocer la relación de los EMT y la gravedad de la sintomatología de personas con diagnóstico de depresión según el DSM IV, para esto se contó con una muestra de 132 pacientes ambulatorios del Centro Académico de Salud Mental de la Comunidad Maastricht

(RIAGG) ubicado en los Países Bajos, a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck, segunda versión BDI-II, (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) y el Cuestionario de esquemas de Young YSQ, (Young y Brown 1994). Respecto a los EMT que forman parte de los dominios de deterioro de la autonomía y desconexión y rechazo se encontró que están relacionados con la gravedad de los síntomas de la depresión ( $p < .01$ ) y con una fuerza moderada y grande ( $r = .51$  y  $.75$ ) respectivamente, en particular, en los análisis transversales se encontró que los EMT de abandono / inestabilidad ( $r = .80$ ), privación emocional ( $r = .87$ ), enmarañamiento ( $r = .79$ ) y fracaso ( $r = .77$ ) se relacionaron positivamente con la gravedad de los síntomas ( $p < .01$ ), Los cuatro esquemas anteriormente mencionados representaron el 48% de la varianza de la gravedad de los síntomas de depresión, siendo el de fracaso el que explica la mayor parte.

Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva (2014), en Brasil, realizaron un estudio con el fin de verificar si existen diferencias de los puntajes obtenidos en la evaluación de los EMT y si hay relación entre los EMT y los síntomas depresivos que presenta la muestra. La población para la investigación estuvo conformada por 238 participantes entre 18 y 59 años, provenientes de la población general de la ciudad de Porto Alegre, del número total, se formaron dos grupos, el primero se caracterizó por presentar síntomas depresivos y el segundo no presentaba síntomas. De los resultados obtenidos a partir de la Escala Factorial de Ajuste Emocional/Neuroticismo (EFN) y el Cuestionario de Esquemas de Young - Forma Reducida (YSQ-S2), se obtuvo una relación positiva, estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre el grupo que presentaba síntomas depresivos y los EMT de desconfianza – abuso ( $r = .43$ ), aislamiento social ( $r = .59$ ), defectividad ( $r = .57$ ), fracaso ( $r = .44$ ), dependencia – incompetencia ( $r = .44$ ), vulnerabilidad al daño ( $r = .48$ ), enmarañamiento ( $r = .41$ ), subyugación ( $r = .45$ ), merecimiento ( $r = .39$ ) y autodisciplina insuficiente ( $r = .56$ ), mientras

que los dominios de Desconexión y rechazo ( $r=.66$ ), Deterioro de la autonomía ( $r=.64$ ) y Supervigilancia e inhibición ( $r=.42$ ), en comparación con el grupo que no presentaba síntomas de depresión no se obtuvo ninguna relación significativa con alguno de los dominios.

De la misma forma, Schmidt, Ferreira y Wagner (2015), realizaron un estudio con el fin de identificar síntomas de ansiedad, depresión y EMT en una muestra de pacientes dentales con síntomas una disfunción temporomandibular (TMD), la muestra estuvo conformada por 40 pacientes dentales, 20 con y 20 sin TMD que respondieron el, Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II), la Encuesta de intensidad de síntomas depresivos (LIS-D), el Inventario de Ansiedad Beck (BAI) y el Cuestionario de esquemas de Young forma corta (YSQ – S2).

Respecto a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, se encontró en los resultados que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que presentaba TMD y el que no, siendo el primero quien tuvo mayor gravedad de síntomas depresivos y ansiosos, la evaluación se realizó mediante un análisis de Mann-Whitney y Wilcoxon donde se aprecia que hubo valores de (BAI,  $p = 0.0049$  y BDI,  $p = 0.0350$ ) y Wilcoxon (BAI,  $p = 0.0191$  y BDI,  $p = 0.0502$ ). Además, se encontró que las personas que presentan depresión y tienen un diagnóstico de TMD, muestran una relación positiva y significativa de ( $p < 0.05$ ) con los esquemas de desconfianza – abuso (MW 134,00,  $P = 0,0371$ ) subyugación (MW 132,00,  $p = 0,0329$ ; U 56,  $p = 0.0323$ ) e inhibición emocional (U 40,  $p = 0.0399$ ), no obstante en el caso de los esquemas de privación emocional (MW 144.00,  $p = 0.0649$ ; U 63,  $p = 0,0584$ ), aislamiento social / alienación (MW 144.00,  $p = 0.0649$ ; U 58,  $p = 0.0682$ ) y autoenredos poco desarrollados (MW 144.50,  $p = 0.0666$ ) mostraron



valores cercanos al rango de  $p = 0,05$ , a pesar de no ser significativos pueden ser EMT que influyan en la gravedad de la depresión.

Así mismo, Lucadame, Cordero y Daguerre (2017), en Uruguay, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar cuáles son los esquemas maladaptativos tempranos (EMT) que actúan como mediadores entre los dominios de estilos parentales planteados por Young y el desarrollo de síntomas de depresión, de esta manera formaron una muestra de 310 estudiantes de nivel licenciatura de la Universidad Católica del Uruguay, de entre 18 y 46 años de edad, del total, 241 eran mujeres y 69 participantes eran hombres. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de esquemas de Young-forma reducida, el Inventario de estilos parentales de Young” (YPI) y el Listado de síntomas breves (LSB) para reconocer síntomas de la depresión.

En función de esto, los resultados obtenidos fueron que los EMT, de privación emocional ( $r=.42$ ), abandono ( $r=.55$ ), desconfianza ( $r=.44$ ), aislamiento ( $r=.53$ ), imperfección ( $r=.52$ ), fracaso ( $r=.43$ ), dependencia ( $r=.41$ ), vulnerabilidad ( $r=.42$ ), apego confuso ( $r=.36$ ), subyugación ( $r=.48$ ), autosacrificio ( $r=.23$ ), inhibición emocional ( $r=.35$ ), metas inalcanzables ( $r=.14$ ), grandiosidad ( $r=.33$ ) e insuficiente autocontrol ( $r=.46$ ) presentan una relación positiva con la depresión de ( $p= 0.01$ ).

Respecto a los resultados que presentan de la influencia de los padres en la depresión, es que tanto la variable madre como padre son predictores significativos para la depresión en los dominios de Desconexión/rechazo y Deterioro de la autonomía. Finalmente, Lucadame, Cordero y Daguerre (2017), resaltan que las limitaciones del estudio son las características de la muestra que está compuesta por población no clínica, estudiantil, que no presenta sintomatología depresiva grave, por lo que proponen la réplica del estudio con una población clínica con depresión.

Por su lado, Haugh, Miceli y Delorme (2017), realizaron un estudio con el fin de examinar cómo los EMT son factores de riesgo para el desarrollo de la sintomatología depresiva. De esta manera formaron un grupo de 657 estudiantes de una universidad del noreste de Estados Unidos, del grupo de participantes 52% eran mujeres y el 48% hombres, los cuales tenían entre 18 y 46 años. Los instrumentos utilizados para el análisis fueron el (YSQ -VS), el inventario de parentalidad de Young y (BDI -II), a partir de estos, los resultados obtenidos fueron que el dominio de Desconexión y Rechazo y el de Deterioro de la autonomía,

Los dos dominios evaluados fueron el de Desconexión y rechazo ( $r=.51$ ) y Deterioro de la autonomía ( $r=.41$ ), la influencia que se obtuvo de ambos sobre la presencia de depresión dio datos estadísticamente significativos con una ( $p=0.01$ ).

Mientras que Ramírez (2017), en Ecuador realizó una investigación con el fin de describir los EMT que presentaban una muestra de 159 estudiantes de 16 a 18 años con síntomas depresivos, a quiénes se les aplicó el (BDI-II) y el (YSQ).

En primera instancia se identificó que un 30.2% presentaron síntomas depresivos leves, 9.4% moderados y 8.8% graves. Respecto a los EMT que se presentaron en cualquier nivel de gravedad fueron los esquemas de abandono (12.5%), metas inalcanzables (20.8%) y autosacrificio (13.9%), mientras quienes reportaron sintomatología leve, tenían los EMT de desconfianza- abuso e insuficiente autocontrol, los de moderada mostraron los EMT de grandiosidad e insuficiente autocontrol y por último de quienes presentaban sintomatología grave, tenían el EMT de inhibición emocional.

Gómez, Martínez y Rangel (2018) realizaron una investigación en población colombiana, formaron dos grupos de distintas ciudades, estas fueron Bicentenario y Caño de

oro, la muestra del primero estuvo compuesta por 198 estudiantes de bachillerato, mientras que el segundo fue de 104, el rango de edad fue de 16 a 20 años.

Los instrumentos que se utilizaron fueron, la prueba de Golbert (EADG) y YSQ SF, de esta manera por medio del primer instrumento se encontró que en grupo de Bicentenario 17.30% presentaban depresión, mientras que en Caño de oro 26.09% mostraron síntomas depresivos. De las personas encontradas que presentaban depresión se realizó un análisis con el fin de conocer cuáles son los EMT con los que se relacionaban, en el caso del grupo de Bicentenario se obtuvo que aquellos que presentaban depresión, tenían una relación positiva con los esquemas de abandono, desconfianza/ abuso, privación emocional, estándares inflexibles e inhibición emocional ( $p= 0.01$ ), mientras que los de Caño del oro que presentaban depresión, se relacionaron con los esquemas de abandono, autocontrol/autodisciplina, desconfianza/ abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio y estadales inflexibles ( $p= 0.01$ ).

Mientras que Yarmohammadi (2019), llevó a cabo un estudio con el propósito de identificar los EMT que presentan personas con un diagnóstico de trastorno de depresión mayor según el DSM IV, para realizarlo se contó con una muestra de 120 pacientes de centros de asesoramiento de Teherán y Hamadan en Irán, los cuales tenían entre 17 y 59 años, 35 eran hombres y 85 mujeres a los cuales se les aplicaron dos instrumentos el (YSQ -S2) Y EL (BDI – I)

Los resultados obtenidos demostraron que los EMT de abandono/inestabilidad ( $r=0.21$ ), desconfianza/abuso ( $r=0.34$ ), imperfección/vergüenza ( $r=0.57$ ), aislamiento social/alineación ( $r=0.64$ ), dependencia/incompetencia( $r=0.49$ ), vulnerabilidad al daño ( $r=0.42$ ), apego confuso ( $r=0.42$ ), privación emocional ( $r=0.48$ ), Grandiosidad/autorización ( $r=0.30$ ), insuficiente autocontrol ( $r=0.48$ ), subyugación ( $r=0.52$ ), autosacrificio ( $r=0.37$ ),

inhibición emocional, ( $r=0.55$ ) y estándares irreales ( $r=0.30$ ) se relacionaron positivamente con los síntomas depresivos ( $p < 0.05$ ), además el análisis de regresión mostró que tres EMT, explican el 46% de la varianza de los síntomas depresivos, los cuales fueron, inhibición emocional ( $B=2.278$ ,  $p.01$ ), aislamiento social / alienación ( $B=2.539$   $p .01$ ) y enmarañamiento / Yo no desarrollado ( $B=1.911$ ,  $p < 0.05$ ), por último, la comparación entre hombres y mujeres indicaron que los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres en los esquemas de Defectuosidad / vergüenza ( $t=2.42$ ,  $p= 0.01$ ), Dependencia / incompetencia ( $t=2.85$ ,  $p= <.01$ ) e insuficiente autocontrol ( $t=2.047$ ,  $p= <0.05$ ).

Hasta el momento se han abordado investigaciones internacionales y de Latinoamérica que explican cómo los EMT se relacionan con personas que presentan depresión, la mayoría si no es que todas las recopilaciones literarias presentan resultados con población adulta; en México existen pocos estudios que buscan explicar este fenómeno, dentro de éstos se encuentra el de Pedroza (2014) , quien llevó a cabo un instrumento que evaluara los EMT en población infantil mexicana de 8 a 13 años, debido a que las adaptaciones encontradas en la literatura presentaban una consistencia interna baja, así mismo realizó una comparación sobre la presencia de EMT de 486 participantes, 42 pertenecientes a una muestra clínica de centros de servicios psicológicos de la CDMX y 444 de una muestra escolar no clínica de escuelas particulares en Cancún Quintana Roo.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento fueron: existen diferencias entre los EMT en los niños que presentaban diagnósticos clínicos, y los que no, para esto se realizó una prueba t de Student para muestras independientes lo cual demostró que existen diferencias entre las medias de los esquemas de la muestra clínica con la no clínica, sin embargo, aquellos que tuvieron diferencias significativas fueron: Privación

nutricia ( $T = -2.772$ ,  $p = .007$ ), privación empática ( $T = -3.796$ ,  $p = .000$ ), defectuosidad ( $T = -2.142$ ,  $p = .035$ ), aislamiento social ( $T = -2.275$ ,  $p = .026$ ), fracaso ( $T = -2.111$ ,  $p = .038$ ), inhibición emocional ( $T = -2.532$ ,  $p = .013$ ) y negatividad ( $T = -2.772$ ,  $p = .006$ ).

Además, en la investigación se encontró que existen diferencias entre los EMT que presentan los diferentes rangos de edad de 8 a 9, de 10 a 11 y de 12 a 13, lo cual puede ser por la etapa de desarrollo y por el contexto en el que se desenvuelven los niños por eso son dos factores que se deben tomar en cuenta para la evaluación de los EMT en población infantil.

De la misma manera, Pedroza, Andrade y Calleja (2019), realizaron otro estudio con el fin de conocer la relación de los esquemas con la depresión y la ansiedad a partir de la escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos Pedroza (2014), el Inventario de Depresión en Niños (CDI) y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS), para esto se formó un grupo de 421 alumnos de 8 a 12 años de escuelas particulares de Cancún Quintana Roo.

Los resultados obtenidos en dicho estudio respecto a la evaluación de la depresión demostraron que los EMT que se relacionan con la depresión son abandono ( $r = .243$ ), desconfianza ( $r = .343$ ), privación emocional ( $r = .567$ ), defectuosidad ( $r = .593$ ), aislamiento social ( $r = .452$ ), dependencia ( $r = .384$ ), fracaso ( $r = .583$ ), vulnerabilidad al daño ( $r = .375$ ), grandiosidad ( $r = .320$ ), insuficiente autocontrol ( $r = .385$ ), autosacrificio ( $r = .146$ ), subyugación ( $r = .340$ ), búsqueda de aprobación ( $r = .371$ ), negatividad ( $r = .530$ ), castigo ( $r = .354$ ), metas inalcanzables ( $r = .162$ ) e Inhibición emocional ( $r = .370$ ), obteniendo resultados estadísticamente significativos ( $p = 0.01$ ).

Mientras que la evaluación de ansiedad, se centró en cinco trastornos, estos fueron el de pánico, ansiedad por separación, fobia social, miedo al daño, ansiedad generalizada y trastorno, en todos se presenta una relación de ( $p = 0.01$ ), en los esquemas de abandono,

desconfianza, privación emocional, defectuosidad, aislamiento social, dependencia, fracaso, vulnerabilidad al daño, grandiosidad, insuficiente autocontrol, autosacrificio, subyugación, búsqueda de aprobación, negatividad castigo, metas inalcanzables e inhibición emocional, excepto en el TOC, quien no se relaciona con el esquema de grandiosidad.

Como se puede apreciar, las investigaciones que hasta el momento han sido mencionadas, se retomaron ya que los datos que proporcionan son relevantes para la investigación, en su mayoría han buscado describir la relación que los EMT presentan con la depresión, las poblaciones que se abarcan son desde adolescentes de 14 años hasta adultos de 60, respecto a este último dato, es de gran importancia conocer la incidencia que los esquemas tiene en los diferentes rangos de edad de esta manera se puede identificar como su etapa de desarrollo puede influir en ellos.

Hasta el momento se han presentado investigaciones extranjeras sobre los EMT y la relación que tienen con la depresión, en cada una se explicó características del método identificado la población en la que se realizaron, según los datos obtenidos la mayoría se realizan en población adulta y solo se tiene dos en población infantil. La importancia de identificar los estudios que se centran en conocer la relación entre los EMT y la depresión proporcionan los conocimientos que permiten identificar la relevancia que los EMT tienen, además se puede apreciar que en México son pocos los trabajos con adolescentes.

## 3 Depresión

### 3.1 Definición de depresión

En el siglo XVIII, la depresión era conocida como melancolía, esta se clasificaba como uno de los subtipos de la manía, su característica principal era la incapacidad que generaba en el sujeto, pero no se tenía una justificación para señalar que el origen era fisiológico, posteriormente, los avances en la medicina permitieron que a mediados del siglo XIX esta visión fuera modificada, reconociendo la diferencia entre los síntomas que presenta una crisis maniaca a una alteración de estados afectivos, por lo cual el concepto dejó de ser utilizado para tal patología y se le denomina como depresión (Cordás y Emilio, 2017).

El concepto depresión proviene del latín “*depressio*” (RAE, 2018), su significado hace mención sobre aquellos cambios físicos y psíquicos donde se presenta una disminución de la energía física y el estado de ánimo, afectando el funcionamiento de la persona en las actividades que realiza y su interacción con las personas que se encuentran en su entorno (Corominas, 1984).

Los cambios que ha presentado el concepto de depresión han sido en función de la cultura y los avances en la medicina, específicamente en la neurobiología, en los últimos años se ha obtenido un importante número de resultados con evidencia empírica que han permitido una mejor clasificación, diagnóstico, prevención y tratamiento (Benavides, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), señala que, desde el modelo médico la psiquiatría se ha encargado de establecer las características clínicas formadas por síntomas y signos para el diagnóstico de la depresión, estos son agrupados en los denominados trastornos depresivos, donde su principal alteración se percibe en el estado de ánimo de la

persona, apreciando en las respuestas que las personas dan en los diferentes contextos donde se desenvuelve.

La OMS (2017), define la depresión como una alteración mental donde los síntomas que lo caracterizan son:

- Tristeza
- Pérdida de interés o placer
- Sentimiento de culpa a falta de autoestima
- Sensación de cansancio
- Falta de concentración

En la Clasificación Estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionada con la Salud (CIE 10) (WHO, 2010), en donde los trastornos que presentan la sintomatología depresiva se les asigna el nombre de Trastornos del humor, los cuales se encuentran divididos en subcategorías, sin embargo, las dos que se enfocan en la depresión son:

- F32: Episodios depresivos

Este trastorno se caracteriza por una disminución significativa en la energía para realizar sus actividades cotidianas donde antes su rendimiento era adecuado, su interés en realizarlas se ve disminuido por lo que prefieren estar aislados de los demás, puede presentar cambios en la regulación del sueño y del apetito y, por último, puede presentar dificultades en el control motor.

- F33. Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno está caracterizado por presentar los síntomas de los episodios depresivos con diferencia en el comienzo y en los tiempos de duración.



Dentro de esta clasificación, se especifica con mayor fineza los trastornos que componen cada una, en el caso de “Episodios depresivos” es:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
  - .00 sin síndrome somático
  - .01 con síndrome somático
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
  - .00 sin síndrome somático
  - .01 con síndrome somático
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
  - .30 congruentes con el estado de ánimo
  - .31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- F32.8 Otros trastornos depresivos.
- F32.9 Episodios depresivos sin especificación.

Mientras que en el subgrupo de “Trastorno depresivo recurrente”, se especifica de la siguiente manera:

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve
  - .00 sin síndrome somático
  - .01 con síndrome somático
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado.
  - .10 sin síndrome somático.
  - .11 con síndrome somático.

- F33.2 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos.
  - .30 con síntomas psicóticos congruentes al estado de ánimo.
  - .31 con síntomas psicóticos no congruentes al estado de ánimo.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación (WHO, 2010).

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5), (APA, 2014), señala que los denominados trastornos depresivos, se caracterizan por presentar una condición afectiva de tristeza, irritabilidad o vacío, aunado a esto, existen modificaciones fisiológicas y del pensamiento que intervienen con el rendimiento del individuo en las actividades que realiza.

Se indica que dentro de la categoría existen elementos que distinguen a los diferentes trastornos depresivos, como la duración en la que se presenta la sintomatología, la etapa de desarrollo y la causa de origen.

La clasificación que determina el DSM 5 (APA, 2014), es:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno inducido por una sustancia/medicamento

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado.

A pesar de que entre ellos existen discrepancias, para ser señalados como un trastorno, debe tener alteraciones clínicamente significativas que influyen en el declive del funcionamiento adecuado del sujeto en sus diferentes esferas.

Acorde con el DSM 5, existen factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la depresión y en la manera en que se presentan los síntomas, estos son:

- **Temperamento:** En este rasgo se señala que la presencia constante de sentimientos negativos aumenta la probabilidad de que se presenten respuestas con una interpretación distorsionada de las situaciones en las que se encuentra.
- **Ambientales:** Son aquellas experiencias de la infancia que se presentan constantemente y que para la persona se le es difícil afrontarlas ya que las percibe amenazantes.
- **Familiares:** En éste influye que algún familiar directo como padre o madre, presente alguno de los trastornos señalados en la categoría de depresión, aumentando la posibilidad de que se presente.

Otra cuestión que se debe tomar en cuenta en la cultura mexicana respecto a la depresión, es la influencia social en los roles de género, donde a la mujer se le es asignado un rol caracterizado por la femineidad, donde sus conductas, pensamientos y emociones deben ser expuestas denotando su característica de fragilidad, por lo cual si se llega a presentar la depresión los síntomas deben ser exacerbados, mientras que el rol que el hombre debe seguir se regula por las conductas opuestas, esto se debe ya que al ser identificados con una

característica de masculinos, se espera que sus conductas y pensamientos sean dirigidas a ser fuertes, el llegar a presentar un padecimiento como es la depresión minaría esta atribución innata (González, Hermosillo de la Torre, Vacío, Peralta y Wagner, 2015).

### **3.2 Epidemiología**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), señala que la depresión es una de las causas que se encuentra entre los primeros lugares en la lista de los problemas de salud mental a nivel mundial, este padecimiento afecta a más de 300 millones de personas, en lo que va del año 2005 al 2015 se estima un incremento del 18 % en la población que presentan el trastorno. A pesar de que existen numerosos modelos de intervención clínica en diferentes áreas de la salud como la psiquiatría y la psicología, con una eficacia del 90%, los tratamientos en ocasiones no son lo suficientemente laxos para llegar a toda la población, lo que resalta la importancia de capacitar al personal debido a que las capacidades para dar las intervenciones no cumplen con las necesidades de la población. Así mismo, la OMS (2017), encontró que la presencia de la depresión en una persona puede provocar que se manifiesten otros trastornos o padecimientos como el consumo de sustancias, diabetes e hipertensión o de manera inversa que estos sean el factor principal para que la depresión se desarrolle.

Por tales cuestiones la OMS (2017), propone realizar cambios en las intervenciones y protocolos de tratamiento que se utilizan para la prevención y el trabajo clínico, ya que mediante sus investigaciones realizadas desde el 2016 muestra que las pérdidas económicas han sido hasta de un billón de dólares por año, de esta manera para el año 2030 se llevarán 15 billones de dólares perdidos debido a que no se realizan diagnósticos oportunos y a tiempo.

La OPS (2017), indica que, en la región de las Américas en el 2015, cerca de 50 millones de personas presentaban depresión, señalando que, a diferencia del 2005 el aumento en esta región fue del 17%, la problemática aumentó debido a que del número total de la población que presentó el trastorno, sólo 3 de cada 10 personas llegan a recibir un tratamiento adecuado.

La III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles en Cuba (2014), señaló que entre el año 2010 y 2011 de los 8,774,206 cubanos, el 38 % han llegado a presentar depresión y ansiedad, siendo el 25.4% mujeres y el 12.6% hombres, de toda la población, el subgrupo con niveles más altos de los trastornos antes mencionados son aquellos que se encuentran cursando la escolarización de nivel secundaria obteniendo un total de 447,089 a diferencia de aquellos que se encontraban en el nivel superior quienes forman un total 177, 515 cubanos.

Mientras que el Estudio Psiquiátrico de Epidemiología de Salud Mental en Argentina (2018), indica que los trastornos del estado de ánimo ocupan el segundo lugar dentro de la lista de los trastornos mentales en el país, comprendiendo un 12.3% del total de la población, dentro de la clasificación de los trastornos, la depresión mayor presenta el índice más elevado de prevalencia, formando un total de 8.7%.

Además, la Encuesta Nacional de Salud de Chile (2018), señala que del 2016 al 2017 a partir de la evaluación con pruebas de tamizaje, se encontró que el 6.2% de la población que tiene 18 años o más manifiestan un cuadro depresivo, las mujeres son el grupo con una prevalencia más elevada, ya que el 10.0% de ellas lo presenta, mientras que los hombres forman un total de 2.1%.

De la misma forma, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (2015), existen ciertos elementos que dan resultados de manera significativa en la población de 12 a 17 años, que son determinantes para diagnosticar la depresión, estos son:

1. Usted piensa que es mucho menos importante que los demás
2. Se asusta con facilidad
3. Se siente nervioso, tenso o aburrido
4. Dolores de cabeza muy fuertes
5. Mal apetito
6. Se siente triste
7. Tiene problemas para tomar decisiones
8. Ha perdido el interés en las cosas
9. Lloro con mucha frecuencia

Los primeros tres síntomas son señalados como aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente, sin embargo, existen diferencias significativas entre mujeres y hombres, las primeras forman un 49.4% de la población que presenta el síntoma denominado “Usted piensa que es mucho más importante que los demás”, mientras que los hombres obtuvieron un promedio de 43.5%, en el segundo síntoma se obtuvieron 30.4% y 14.3 respectivamente y por en el tercero fue 25.8% y 15.1%

Por otro lado en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en La Encuesta Nacional de los Hogares 2017 (ENH), señala que dentro del grupo familiar de las 98,301,633 personas que tienen 12 años o más, 31,962,005 se han sentido deprimidos formando un 33.5% de la población de este rango de edad, de este promedio de la población, 21,390,089, señalan haber tenido algunas veces al año la presencia de algún síntoma de la depresión, mientras que el número de habitantes restantes se divide en porcentajes casi iguales entre las categorías donde existe la presencia de los síntomas “mensualmente, semanalmente o diario”, llegando a más de 3,000,000 de personas en cada una. A pesar de que la población femenina en México es aquella quien presenta mayor presencia de depresión con un total de 19, 287,012 mujeres, la ENH, señala que 12, 679, 993 hombres también han manifestado síntomas.

Así mismo, la Facultad de Medicina (FAC MED) de la Universidad Nacional Autónoma de México (2017), indicaron que la depresión es una enfermedad que tiene sus primeros indicios por Hipócrates cerca del 460 a.c., en ese momento se creía que era una enfermedad mental formada por la bilis negra y se conceptualizaba como melancolía, sin embargo, los avances médicos han permitido conocer la problemática multicausal que puede influir en que se forme el trastorno, sin embargo, actualmente los altos niveles que se tienen sobre diagnósticos no adecuados, así como intervenciones clínicas aplicadas en etapas que no permiten generar un cambio, aumenta el interés sobre el trabajo con la depresión.

Así mismo la Facultad de Medicina (2017), señalaron que, dentro de la población adolescente de 13 a 18 años, 1 de cada 5 llegan a presentar síntomas característicos de un cuadro depresivo, este padecimiento es parte de los trastornos mentales y de los problemas de salud mental que afecta a la población juvenil, ante esto es señalada la importancia dar la atención adecuada y a tiempo ya que es una etapa crítica donde las consecuencias del trastorno puede ser el suicidio.

Mientras que, el Anuario de Morbilidad de la Secretaría de Salud Federal, señala que, en el 2017 en México hubo 123,138 muertes a causa de la depresión, solo en la población adolescente en el subgrupo de 10 a 14 hubo 3,979 y en el de 15 a 19 años 6,916 adolescentes que perdieron la vida a causa del padecimiento.

Acorde con la encuesta de salud mental en adolescentes en México, (2009), señalaron que en esta población existe una alta prevalencia en trastornos del ánimo, este concepto es retomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV), según los resultados obtenidos de los trastornos que componen la clasificación la presencia del trastorno de depresión mayor fue el que obtuvo los resultados más elevados, logrando un porcentaje del 4.8% del total de la población, de este número existen diferencias entre

hombres y mujeres, mientras que el primer grupo está compuesto por el 1.1%, el segundo está formado por más del doble llegando a un porcentaje de 2.8.

### **3.3 Triada cognitiva de la depresión.**

La depresión es un constructo abordado desde distintos enfoques teóricos de la psicología, uno de ellos es la clínica, donde su característica es que la persona presenta alteraciones de la personalidad del estado de ánimo, en su conducta y formas de pensar, por otro lado desde la perspectiva conductual, se percibe como el resultado del deterioro que presenta la relación de una conducta y el refuerzo que aumenta la probabilidad de su presencia, mientras que en el cognitivo, se caracteriza el padecimiento de la depresión, por la existencia de pensamientos que se contraponen a la realidad, y donde su característica principal es que cualquier situación que se presente, siempre tendrá un valor negativo para el individuo (Burgos, Dimitrakis, Lindao y Pesantes, 2019).

Continuando con este último modelo, uno de los autores más representativos es Beck, (2010), él señala que en este modelo se tienen tres bases fundamentales mediante las cuales explica la depresión, estas son:

- Tríada cognitiva
- Esquemas
- Errores Cognitivos

#### **1. Tríada Cognitiva**

Como su nombre lo dice son tres supuestos mediante los cuales la persona le da valor a las vivencias que puede experimentar en el presente o futuro y al autoconcepto tiene:



- 3.1 Visión negativa de sí mismo. Las personas que presentan depresión tienden a percibirse a ellos mismos con poco valor, creen que los otros los ven de la misma manera por lo que sus atributos son autominimizados. Así mismo, cuando llega a estar en situaciones poco agradables, se culpan de que ocurran, ya que señalan que su presencia y cualidades son molestas.
- 3.2 Interpretación negativa de sus experiencias. El sujeto cuando llega a presentar depresión tiende a señalar de cualquier situación que realiza características que lo descalifican ya que percibe que las demandas que otros le hacen son superiores a lo que él es capaz de realizar.
- 3.3 Visión negativa acerca del futuro. En este elemento, el individuo expone de manera inmediata sus pensamientos de incapacidad, cuando se encuentra en situaciones donde debe planear su futuro. De esta manera, limita su actuar llevándolo a disminuir su interés en realizar actividades, por lo que constantemente busca que otros que percibe capaces de resolver lo que el no, den su aprobación o lo auxilien.

## **2. Esquemas**

Los esquemas son aquellos patrones cognitivos que se formaron en la infancia del sujeto, se encargan de establecer la manera en que el sujeto responderá ante las situaciones que el medio le presente, éste es el que mantiene la presencia de los pensamientos que desvalorizan a la persona que presenta depresión, así como las actividades que realiza o realizará en un futuro. Dependiendo del grado de la depresión que presenta el individuo, es la capacidad para percibir cuales son las distorsiones que generan aquellos pensamientos negativos y la incongruencia que estas podrían tener es sus experiencias.

### **3. Errores de procesamiento de la información**

Los errores, son aquellos que fijan la validez que la persona con depresión le otorga a aquellas ideas negativas de cualquier evento en el que se encuentre, a pesar de que las situaciones puedan demostrar lo contrario, esa información es anulada.

- **Inferencia arbitraria:** es aquella donde en algún evento, no existen pruebas suficientes para establecer como válida la resolución que la persona asigna, puede existir información que la contradiga, no obstante, es pasada por alto.
- **Abstracción selectiva:** se refiere a la selección que el individuo hace sobre ciertos elementos del medio para poder asignarle una valoración a la vivencia, dejando de lado otros componentes que son parte de esta y que podrían ser más relevantes.
- **Generalización excesiva:** consiste en la formación de pautas a partir de sucesos anecdóticos, los cuales la persona utilizara en otros momentos que sean parecidos a la vivencia en la que los formó o totalmente distintos.
- **Maximización y minimización:** ocurre cuando es distorsionada la importancia de las equivocaciones que un individuo pueda tener.
- **Personalización:** alude a la acción donde la persona, se asigna a sí mismo la responsabilidad de que una cuestión suceda a pesar de que no tenga los elementos para comprobarlo.
- **Pensamiento absolutista, dicotómico:** se presenta cuando el sujeto organiza su pensamiento en cuestiones con dos polaridades contrarias, con las que estima como es el mismo.

Todos los elementos mencionados, acorde con Beck (2010), integran la apreciación que la persona que presenta depresión les otorga a las situaciones en las que se encuentra, donde

percibe que al realizarlas o estar presente, fracasara y no existe una situación que pueda influir en que ocurra lo contrario.

Las personas que presentan depresión llegan a referir que experimentan cierta sintomatología como: tristeza e infelicidad, los periodos donde llegan a presentar estas emociones, tienden a ser caracterizados por sensaciones fisiológicas que producen malestares, sin embargo, la formación de estos es por distorsiones cognitivas que la persona no es capaz de identificar. Por otro lado, el individuo puede presentar ira, lo que disminuye experimentar tristeza, cuando ocurren tales situaciones se forman ideas donde se culpabiliza por tener la presencia de la emoción lo que produce que la molestia se mayor. Cuando los síntomas que la persona presenta llegan a producir grandes malestares, utilizan estrategias que permitan disminuirlos, una de ellas es la distracción, esta permite que el sujeto centre su atención a otras actividades por lo cual se contrarrestan los síntomas. Una de las distracciones que se pueden dar es por medio del sentido del humor, muchas personas tienden a afrontar los acontecimientos por medio de la burla lo cual disminuye el sentimiento negativo por lo que percibe que es capaz de dominar su estado de ánimo (Beck 2010).

## 4. Método

### 4.1 Planteamiento y justificación del problema.

En la actualidad se realizan diversos estudios que se centran en conocer la relación que presentan los resultados de la evaluación de personas diagnosticadas con depresión y los EMT, por ejemplo, Renner et al. (2012), Ribeiro et al. (2014), Schmidt et al. (2015), Haugh et al. (2017), Lucadame et al. (2017), Ramírez (2017), Gómez et al. (2018) y Yarmohammadi (2019), señalan la asociación de los EMT en personas con y sin un diagnóstico de depresión. Si bien la mayoría de los estudios se centran en población adulta y se realizan en el extranjero, en México existe un número limitado de investigaciones que busquen conocer y evaluar los EMT, por lo que tras una exhausta revisión bibliográfica se encontró que Pedroza (2014), llevó a cabo una investigación en población infantil de 8 a 13 años, donde comparó una muestra clínica con una muestra escolar no clínica, logrando obtener que existen diferencias en los esquemas que presentan estos dos grupos, mientras que el grupo clínico presentó valores más elevados y estadísticamente significativos en todos los esquemas, la no clínica obtuvo sus medias casi dentro de los mismos rangos en los esquemas de Búsqueda de aprobación – Búsqueda de reconocimiento, Autosacrificio y Castigo.

Es por ello que el objetivo del presente estudio es conocer la relación que presentan los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la depresión en adolescentes escolarizados de 11 a 13 años.

## **4.2 Pregunta de Investigación**

¿Existe relación estadísticamente significativa entre los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión en adolescentes de 11 a 13 años?

## **4.3 Objetivo General**

Conocer si existe una relación estadísticamente significativa entre los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión en adolescentes de 11 a 13 años.

## **4.4 Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de gravedad de depresión en adolescentes de 11 a 13 años.
- Describir los esquemas desadaptativos que presentan los adolescentes de 11 a 13 años.

## **4.5 Hipótesis**

Ho: No existe relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión.

HA: Existe relación entre los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión.

## **4.6 Diseño de investigación**

El presente trabajo es un estudio no experimental, ya que la variable independiente no fue manipulada debido a que su manifestación es inherentemente no manipulable, así mismo, no se llevó a cabo una asignación o selección aleatoria de los participantes (Kerlinger y Lee, 2002).

Aunado a esto, la investigación se llevó a cabo mediante un diseño transversal, ya que la aplicación del instrumento y recolección de datos fue en un momento y tiempo determinado.

#### **4.7 Variables**

##### **Esquemas Maladaptativos Tempranos.**

Definición conceptual:

- Los Esquemas Maladaptativos Tempranos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales, que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida (Young et al., 2003).

Definición operacional:

- Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños de 8 a 13 años (Pedroza, 2014).

##### **Depresión**

Definición conceptual:

- La OMS (2017), define la depresión como una alteración mental donde los síntomas que lo caracterizan son:
  - Tristeza
  - Pérdida de interés o placer
  - Sentimiento de culpa ó falta de autoestima
  - Sensación de cansancio
  - Falta de concentración

Definición operacional:

Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II) adaptado para población adolescente en México por Contreras-Valdez, Freyre y Hernández-Guzmán (2015).

#### **4.8 Participantes**

Se trabajó con una muestra no probabilística de 517 alumnos, seleccionados por conveniencia en una escuela secundaria pública de la ciudad de México, 48.9% fueron varones y 51.1% mujeres con una media de edad de 12.40 años.

#### **4.9 Instrumentos.**

Para la recolección y adquisición de los datos, fueron aplicados el “Cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos” (Pedroza, 2019), y el “Inventario de depresión de Beck” segunda versión (Contreras-Valdez, Freyre y Hernández-Guzmán, 2015). Los instrumentos en una primera parte cuentan con las instrucciones explicando el llenado de este, así como su finalidad.

El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) adaptado para México por Contreras-Valdez, Freyre y Hernández-Guzmán (2015) en población adolescente, cuenta con 21 reactivos en forma afirmativa, donde son señalados síntomas característicos de la depresión, en cada enunciado se cuentan con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes finales son agrupados por nivel de gravedad que van de 0 a 63, siendo este último el valor máximo de gravedad, además el instrumento cuenta con una consistencia interna de la medida alta ( $\alpha = .92$ ).

Mientras que el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos está compuesto por 92 reactivos agrupados en 2 secciones, en las cuales se encuentran afirmaciones con respuesta escala Likert de cuatro puntos en la primera sección se cuenta con la opciones de “Nunca” o “Pocas veces”, “Muchas veces” y “Siempre”. En la segunda sección se presenta “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”, en cada frase solo se permite elegir una opción.

El cuestionario, está conformado por cinco dominios, el primero es el de, “Desconexión y rechazo” este está conformado por 31 reactivos con un  $\alpha=.907$ , después el de “Deterioro de la autonomía”, tiene 17 reactivos y un  $\alpha=.832$ , mientras que el de “Límites dañados” consta de 11 reactivos tiene un  $\alpha=.710$ , respecto al de “Orientación hacia los otros” con 17 reactivos, forma un  $\alpha=.769$  y “Sobrevigilancia e inhibición” con 16 reactivos y un  $\alpha=.798$ .

Mientras que los Esquemas Maladaptativos Tempranos que evalúa son: abandono: 6 reactivos,  $\alpha= .73$ ; desconfianza: 3 reactivos,  $\alpha= .47$ ; privación emocional: 13 reactivos,  $\alpha= .82$ ; defectuosidad : 6 reactivos,  $\alpha= .78$ ; aislamiento social: 3 reactivos,  $\alpha= .63$ ; fracaso: 6 reactivos,  $\alpha= .75$ ; dependencia: 5 reactivos,  $\alpha= .57$ ; vulnerabilidad al daño: 8 reactivos,  $\alpha= .64$ ; grandiosidad: 7 reactivos,  $\alpha= .64$ ; insuficiente autocontrol: 4 reactivos,  $\alpha= .61$ ; autosacrificio: 4 reactivos,  $\alpha= .58$ ; búsqueda de aprobación: 8 reactivos,  $\alpha= .66$ ; subyugación: 4 reactivos,  $\alpha= .54$ ; castigo: 4 reactivos,  $\alpha= .35$ ; negatividad: 4 reactivos,  $\alpha= .71$ ; metas inalcanzables: 4 reactivos,  $\alpha= .62$ ; por último, inhibición emocional: 4 reactivos,  $\alpha= .71$ .



#### **4.10 Procedimiento.**

Se solicitó la autorización de las autoridades de la coordinación de la zona tres oriente de operaciones y gestiones de la SEP, ya que a esta institución pertenece la escuela a la que se solicitó el acceso, una vez otorgados los oficios pertinentes, para el ingreso a las instalaciones que forman parte de la Secundaria Técnica, se solicitó el acceso al director de la institución, para llevar a cabo la organización de la aplicación de los cuestionarios a los adolescentes de 11 a 13 años que pertenecen al primer grado.

Aunado a este, fue entregado un consentimiento informado a los padres de familia para recibir su autorización para que los menores de edad respondieran los instrumentos y fue otorgado un consentimiento a cada uno de los adolescentes dándoles la oportunidad de elegir participar en la investigación.

Posteriormente se realizó la aplicación de los instrumentos los cuales tenían una duración de cuarenta y cinco minutos a una hora aproximadamente, para completarlos hasta su culminación. La aplicación estuvo a cargo de una pasante de psicología perteneciente a la facultad de psicología de la UNAM, quien era la encargada de llegar a las aulas donde se encontraban los adolescentes.

La confidencialidad y el anonimato de los participantes fue señalado en los consentimientos informados y se respetó durante toda la aplicación. Los alumnos que no aceptaron su participación, se les otorgó una hoja con un crucigrama que permitiera tenerlos en el aula y no corrieran riesgos fuera de ella durante la aplicación.

#### **4.11 Análisis de datos.**

Con el objetivo de analizar los resultados que fueron obtenidos de la aplicación, se realizó un análisis descriptivo, para identificar por medio de la distribución de frecuencia y porcentajes, los datos sociodemográficos recabados fueron:

- Sexo
- Edad
- Grado escolar
- Promedio del año escolar pasado
- Con quién vive
- Escolaridad del padre
- Escolaridad de la madre
- Labor profesional del padre
- Labor profesional de la madre

Así mismo se realizó, un análisis descriptivo de los esquemas maladaptativos tempranos y la depresión que se presenta en los adolescentes.

Por último, se llevó a cabo una correlación de Pearson, con el objetivo de obtener los datos correspondientes a los esquemas maladaptativos tempranos y cómo se relacionan con la depresión.

Una vez culminada la aplicación de todos los instrumentos, se realizó una base de datos mediante el paquete IBM SPSS Statistics versión 21, posteriormente con el mismo paquete se realizó un análisis de datos, en primera instancia se obtuvieron las medias de las variables, después se analizaron las correlaciones entre variables.

## 5. Resultados

En las tablas que se presentan a continuación se desglosan los datos sociodemográficos, los resultados del Cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos” (Pedroza, 2019), y el “Inventario de depresión de Beck” (Contreras-Valdez, Freyre y Hernández-Guzmán, 2015). Se muestran por medio del primer instrumento los dominios y esquemas que manifiestan los adolescentes de 11 a 13 años, mientras que, con el segundo, el nivel de gravedad de depresión en la misma población, por último, se expone la relación que los esquemas y la depresión tienen y los valores obtenidos.

En la Tabla 1, aparecen los datos sociodemográficos de la muestra total, los cuales están divididos por sexo, en general se pueden apreciar que los jóvenes se encuentran en mayor número en los 12 años, así mismo que viven con ambos padres y otros miembros. Respecto a la escolarización de los padres se obtuvo que las madres tienen mayor nivel académico que los padres, no obstante, es los padres son quienes cumple jornadas laborales de tiempo completo en comparación con las madres quienes trabajan de medio tiempo.

**Tabla 1.** Datos generales de los participantes.

	Hombres	Mujeres
Número de participantes.	253	264
Media de edad en años.	12.39	12.40
Turno matutino.	26.69%	30.56%
Turno vespertino.	22.24%	20.50%
Vive con ambos padres.	3.86%	4.44%
Vive con ambos padres y hermanos(as).	19.34%	19.14%
Vive con ambos padres, hermanos(as) y otros.	13.73%	12.76%
Vive con papá y hermanos(as).	0.38%	1.35%
Vive con mamá y hermanos.	5.99%	7.73%
Vive sólo con mamá.	3.09%	3.48%
Vive sólo con papá.	0.96%	0.58%
Vive con otros.	1.35%	1.35%
Escolaridad del padre (preparatoria o menos).	28.42%	30.73%
Escolaridad del padre (Carrera técnica o más).	20.63%	20.21%
Escolaridad de la madre (preparatoria o menos).	22.95%	25.61%

**Tabla 1.**  
*Continuación.*

	Hombre	Mujer
Escolaridad de la madre (carrera técnico o más)	26.02%	25.81%
Padre con trabajo de tiempo completo.	34.42%	31.91%
Padre con trabajo de medio tiempo.	6.76%	9.47%
Padre estudia y trabaja.	0.58%	0.58%
Padre desempleado.	0.77%	0.38%
Padre pensionado o jubilado.	0.19%	0%
No sé en qué trabaja mi padre.	6.76%	8.67%
Madre con trabajo de tiempo completo	16.44%	18.56%
Madre con trabajo de medio tiempo	10.44%	12.76%
Madre estudia y trabaja.	1.93%	1.74%
Madre es ama de casa.	15.47%	16.05%
Madre es ama de casa o jubilada.	1.54%	0.77%
No sé en qué trabaja mi madre.	3.09%	1.16%

En la Tabla 2, se pueden apreciar los resultados obtenidos de las medias a partir de las respuestas dadas por lo jóvenes respecto a la depresión.

**Tabla 2.** *Medias de depresión por sexo.*

	Media	N	Desv. Tip
Hombre	7.4111	253	9.66323
Mujer	10.9659	264	11.95153
Total	9.2263	517	11.02591

En general, los rangos en los que se encuentran los colocan en un nivel de depresión mínima, esto se da ya que la media se encuentra en el rango que va de los 0 a los 9 puntos, mientras que de manera particular las mujeres, tienen un resultado más elevado que los hombres, en el primer caso, se les asignó un diagnóstico de depresión leve al estar entre la puntuación de 10 a 16, mientras que a los varones les corresponde la depresión leve, debido a que presentan una puntuación entre los mismos rangos que la puntuación general, se les asigna el mismo diagnóstico.

En la Tabla 3, se aprecian las medias de los seis esquemas que pertenecen al dominio de desconexión y rechazo, el esquema de privación emocional presenta el menor valor, mientras que el de abandono – inestabilidad tiene la puntuación más elevada.

**Tabla 3.** *Medias de esquemas del dominio de Desconexión y rechazo.*

	Media	N	Desv. tip
Abandono - Inestabilidad	2.1196	517	.68517
Desconfianza - Abuso	2.0348	517	.71984
Aislamiento social	1.8839	517	.69192
Privación emocional	1.6936	517	.65005
Imperfección- vergüenza	1.8101	517	.70741

De la misma forma, en la Tabla 4, se desglosan las medias de los esquemas de fracaso, vulnerabilidad al daño y dependencia – incompetencia, que forman al dominio de deterioro de la autonomía, mientras que el último esquema mencionado obtuvo el menor valor, el de vulnerabilidad al daño es el que obtiene el más alto.

**Tabla 4.** *Medias de esquemas del dominio de Deterioro de la autonomía.*

	Media	N	Desv. tip
Fracaso	2.0442	517	.56518
Vulnerabilidad al daño	2.1243	517	.56626
Dependencia – Incompetencia	1.6912	517	.56780

Respecto al dominio de límites dañados que se presenta en la Tabla 5, se aprecia que consta de dos esquemas, presenta en el de grandiosidad – autorización el menor valor a diferencia del de insuficiente autocontrol – autodisciplina, quien obtuvo un mayor índice en las respuestas dadas.

**Tabla 5.** *Medias de esquemas del dominio de Límites dañados.*

	Media	N	Desv. tip
Grandiosidad – Autorización.	1.7958	517	.47724
Insuficiente autocontrol- Autodisciplina	2.1422	517	.60848

En la Tabla 6, se presentan los esquemas del dominio de orientación hacia los otros, el cual tiene tres esquemas, los cuales son el de subyugación, búsqueda de aprobación – búsqueda de reconocimiento y autosacrificio, los cuales presentan casi los mismos valores de respuesta, no obstante, la mínima diferencia que muestran coloca al esquema de autosacrificio con la puntuación más elevada de los tres.

**Tabla 6.** *Medias de esquemas del dominio de Orientación hacia los otros.*

	Media	N	Desv. tip
Subyugación	1.8124	517	.56404
Búsqueda de aprobación – Búsqueda de reconocimiento	1.8292	517	.58067
Autosacrificio	1.9853	517	.57271

Por último, en la Tabla 7, se tienen, los esquemas del dominio de sobrevigilancia e inhibición, de los resultados que presentan, el esquema de negatividad – pesimismo muestra el menor valor, mientras que el de estándares irreales tienen la mayor puntuación, a pesar de eso, los resultados del esquema de castigo e inhibición emocional se encuentran por debajo por cifras mínimas.

**Tabla 7.** *Medias de esquemas del dominio de Sobrevigilancia e inhibición.*

	Media	N	Desv. tip
Castigo	2.1668	517	.61067
Estándares irreales	2.3027	517	.65592
Inhibición emocional	2.2534	517	.77829
Negatividad - pesimismo	1.9004	517	.61217

En la Tabla 8, se desglosan los resultados obtenidos de los cinco dominios que forman al cuestionario de EMT y la depresión. Como se puede observar se tiene una relación positiva entre ellos, el valor más elevado se presenta en el dominio de desconexión y rechazo,

mientras que el más bajo lo tiene el de límites dañados, no obstante, los datos siguen siendo estadísticamente significativos.

**Tabla 8.** *Correlación de Pearson de los dominios y depresión.*

	Desconexión y rechazo		Deterioro de la autonomía		Límites dañados		Orientación hacia los otros		Sobrevigilancia e inhibición	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Depresión	.569	.000	.497	.000	.292	.000	.415	.000	.450	.000

En la Tabla 9, se muestran las relaciones de los esquemas del dominio de Desconexión y rechazo y la depresión. Como se puede apreciar los cinco esquemas tiene una relación lineal con valores representativos; sin embargo, de los cinco, el esquema de defectuosidad es aquel que muestra el resultado más sobresaliente del dominio, mientras que el esquema de abandono - inestabilidad presenta una relación con un valor menor.

**Tabla 9.** *Correlación de Pearson de los esquemas que pertenecen al dominio de Desconexión y rechazo y depresión.*

	Abandono - Inestabilidad		Desconfianza - Abuso		Aislamiento social		Privación emocional		Imperfección-vergüenza	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Depresión	.294	.000	.463	.000	.455	.000	.399	.000	.578	.000

Mientras que en la Tabla 10, se presenta el dominio de Deterioro de la autonomía, este se encuentra formado por tres esquemas, los resultados que estos muestran se relacionan positivamente con la depresión, mientras que los esquemas de vulnerabilidad al daño y dependencia - incompetencia, tiene resultados con un r mayor a .300, el esquema de fracaso lo tiene mayor a .400.

**Tabla 10.** *Correlación de Pearson de los esquemas que forman el dominio de Deterioro de la autonomía y depresión.*

	Fracaso		Vulnerabilidad al daño		Dependencia – Incompetencia	
	r	p	r	P	r	p
Depresión	.491	.000	.396	.000	.343	.000

Además de lo ya mencionado, en la Tabla 11, se puede apreciar que el dominio de Límites dañados presenta una relación significativa con la depresión en sus dos esquemas que lo conforman, a pesar de que existe una diferencia mínima entre los valores de estos, el esquema de insuficiente autocontrol - autodisciplina presenta una relación mayor que el de grandiosidad - autorización.

**Tabla 11.** *Correlación de Pearson de los esquemas del dominio Límites dañados y depresión.*

	Grandiosidad – Autorización.		Insuficiente autocontrol- Autodisciplina	
	r	p	r	p
Depresión	.219	.000	.277	.000

Del mismo modo, en la Tabla 12, se pueden apreciar los esquemas que componen al dominio de Orientación hacia los otros, la relación que estos presentan con la depresión es estadísticamente significativa, mientras que el esquema de autosacrificio y búsqueda de aprobación – búsqueda de reconocimiento, tienen valores en rangos parecidos, el esquema de subyugación muestra una relación más fuerte.

**Tabla 12.** *Correlación de Pearson de los esquemas que son parte del dominio Orientación hacia los otros y depresión.*

	Subyugación	Búsqueda de aprobación – Búsqueda de reconocimiento	Autosacrificio
--	-------------	-----------------------------------------------------	----------------



	r	p	R	p	r	p
Depresión	.402	.000	.329	.000	.304	.000

Por último, en la Tabla 13, se encuentra el dominio de Sobrevigilancia e inhibición, este consta de cuatro esquemas, los cuales se relacionan positivamente con la depresión, además sus resultados a pesar de ser distintos, todos son estadísticamente representativos, el esquema de estándares irreales muestra menor valor en su relación mientras que el esquema de inhibición emocional es el que muestra en los datos el valor más elevado del dominio.

**Tabla 13.** *Correlación de Pearson de los esquemas que forman el dominio de Sobrevigilancia e inhibición y depresión.*

	Castigo		Estándares irreales		Inhibición emocional		Negatividad - pesimismo	
	r	p	r	P	r	p	r	p
Depresión	.280	.000	.142	.000	.391	.000	.481	.000

Como se ha observado en los resultados de la gravedad de depresión evaluada por el Inventario de depresión BDI-II, los adolescentes mostraron que se encuentran en niveles moderados y leves de esta, respecto a los EMT, se muestra que los valores se encuentran entre las menores puntuaciones del Cuestionario de EMT.

Así mismo se puede apreciar que, aunque existen algunos valores menores que otros, los 15 esquemas y 5 dominios, presentan resultados significativos en la relación con los niveles de depresión en la población de adolescentes evaluada.

## 6. Discusión

En el presente estudio que estuvo conformado por una muestra no clínica de adolescentes de una secundaria pública, los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis, debido a que a partir del análisis se demuestra que los 5 dominios y 17 esquemas presentan una relación estadísticamente significativa con la depresión, lo cual corrobora lo establecido por Young et al. (2003), quienes señalan que todas las personas presentan esquemas y la diferencia con las personas que presentan diagnósticos clínicos es que sus EMT, son más rígidos.

En la investigación los cinco dominios evaluados para conocer cuáles se relacionaban con la depresión fueron: Desconexión y rechazo, Deterioro de la autonomía, Sobrevigilancia e inhibición, Orientación hacia los otros y Límites dañados.

En diferentes investigaciones (Haugh, Miceli y Delorme, 2017; Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz y Huibers, 2012 y Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, 2014), se ha encontrado que la sintomatología depresiva y el dominio de Desconexión y Rechazo hace referencia a las personas que tienen dificultades para seguir reglas o tomar decisiones por sí solos.

Durante la adolescencia, es importante la búsqueda de relaciones con pares y cuando son rechazados por el grupo pueden experimentar miedo a la crítica y a no ser aceptado lo que favorece la activación de esquemas del dominio de desconexión y rechazo y esto incrementa la sintomatología depresiva.

Este dominio, se encuentra conformado por los esquemas de: Abandono – Inestabilidad, Desconfianza -Abuso, Privación emocional, Imperfección – Vergüenza, Aislamiento social – Alineación, todos se relacionaron positivamente con la depresión y

presentan una fuerza moderada, esto coincide con lo obtenido Gómez, Martínez y Rangel, 2018; Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Ramírez, 2017; Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz y Huibers, 2012; Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, 2014; Schmidt, Ferreira y Wagner, 2015 y Yarmohammadi, 2019 en población adulta, mientras que Pedroza (2014) y Pedroza, Andrade y Calleja (2019), reportan los mismos datos en población infantil. Young et al (2003) señalan, que estos esquemas engloban las necesidades de afecto, apoyo insuficiente y percepción de daño, en este sentido se puede ver cómo los adolescentes con este tipo de esquemas y que presentan síntomas depresivos, llegan a creer que algo malo puede pasar, así mismo experimentan miedo por quedarse solos o no ser aceptados por sus pares, lo que los lleva a que se sientan tristes y preocupados ya que cada acontecimiento que ocurre cuando está en grupo, le asignan la interpretación de que podrá ser rechazado.

Respecto al dominio de Deterioro de la autonomía se encontró, que presenta una relación estadísticamente significativa con la depresión y una fuerza moderada, Haugh, Miceli y Delorme, 2017; Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz y Huibers, 2012 y Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, 2014, de igual manera indican que en sus investigaciones con adultos existe una relación entre ambas variables, esto denota como aquellas personas que presentan depresión crecen con carencias afectivas y posteriormente en la adultez replican tales ideas por lo que establecer vínculos afectivos se vuelve una dificultad. Cabe señalar que al ser adolescentes las exigencias sociales cambian y los jóvenes que presenten estos esquemas tengan las creencias de que no poseen las habilidades necesarias para afrontar dichas exigencias y que si lo intentan el resultado será desfavorable, lo que favorece que incremente la sintomatología depresiva.

Al comparar diversas investigaciones (Gómez, Martínez y Rangel, 2018; Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Pedroza, 2014; Pedroza, Andrade y Calleja, 2019; Ramírez, 2017;

Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz y Huibers, 2012; Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, 2014 y Yarmohammadi, 2019), se encontró que al igual que en el presente estudio, los esquemas de dependencia – incompetencia, fracaso, vulnerabilidad al daño que forman al dominio de Deterioro de la autonomía tienen una fuerza moderada y se relacionan positivamente con la depresión, ante esto se destaca, que en el periodo de la adolescencia, los jóvenes se encuentran en una búsqueda de la identidad, cuando presenta los esquema y síntomas depresivos lo que ocurre es que se fortalece un autoconcepto erróneo donde se da una autodesvalorización de sus capacidades, a esto se añade la búsqueda de aceptación, al creer que no serán aceptados por los otros limitan sus relaciones sociales, volviéndose dependientes de ciertas personas quienes creen son su única fuente de apoyo.

De igual forma se aprecia que el dominio de Sobrevigilancia e inhibición se relaciona positivamente con la depresión y tiene una fuerza baja, al igual que en las investigaciones realizadas por Lucadame, Cordero y Daguerre, (2017) y Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, (2014), de esta manera se puede apreciar que aquellas personas con un control excesivo sobre lo que sienten o piensan se relaciona con la presencia de depresión. En el caso de los adolescentes, se encuentran en una etapa donde exponen los aprendizajes que se les han otorgado en su núcleo familiar, por lo que la presencia del dominio de supervigilancia e inhibición se aprecia en su conducta, donde exponen dificultades para divertirse, sentirse tranquilos o tener satisfacción por los logros que obtienen ya que sus padres condicionaban el afecto dado solo cuando obtenían los requisitos que se les pedían.

Además, el dominio de supervigilancia e inhibición en sus cuatro esquemas, demuestran que se tiene una relación positiva con la depresión en niños, lo que coincide con lo establecido por Pedroza (2014) y Pedroza, Andrade y Calleja (2019), cabe mencionar que esta asociación también se ha encontrado en adultos (Gómez, Martínez y Rangel, 2018;

Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Ramírez, 2017; Schmidt, Ferreira y Wagner, 2015 y Yarmohammadi, 2019). Young et al. (2003) resalta cómo en estos esquemas se presenta un autocontrol excesivo, por ende, los adolescentes con depresión se centran en sus errores y buscan evitar ser avergonzados ante los demás para no sentirse mal con ellos mismos, de la misma manera se vuelven críticos ante los errores de los otros y los resaltan cuando llegan a presentarse.

Por último, también conforme a lo esperado, los dominios de Orientación hacia los otros y Límites dañados se relacionaron con la sintomatología depresiva de los adolescentes, mientras que el primero presenta una fuerza moderada, la del segundo es baja, al igual que Lucadame, Cordero y Daguerre (2017), se puede señalar que los adolescentes al tener cambios dentro de casa pueden enfrentar situaciones que activen los esquemas de dichos dominios, sin embargo, la frecuencia y severidad con que ocurren es lo que provoca el malestar emocional en el joven.

Los esquemas del dominio de Orientación hacia los otros se relacionan con la depresión en adultos (Gómez, Martínez y Rangel, 2018; Lucadame, Cordero y Daguerre, 2017; Ramírez, 2017; Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva, 2014 y Schmidt, Ferreira y Wagner, 2015) y niños (Pedroza, Andrade y Calleja, 2019). Se debe tomar en cuenta que en la adolescencia la aceptación de los pares y otros es importante, lo que a veces lleva a los jóvenes a realizar conductas que, para satisfacer las demandas de los otros, no obstante, el realizar tales acciones ocasionan un malestar debido a que se vuelve una carga, aunque la interpretación asignada no sea ésta, por lo que experimentan afectos negativos que no son expresados.

Mientras que en los esquemas de grandiosidad – autorización e insuficiente autocontrol – autodisciplina, los cuales conforman al dominio de Límites dañados tienen

datos significativos en la relación con la depresión, en otras investigaciones como la de Lucadame, Cordero y Daguerre (2017), Pedroza, Andrade y Calleja (2019), Ramírez (2017) y Ribeiro, Santos, Cazassa y Silva (2014), se encontró la misma relación, por lo cual se destaca que los adolescentes tienen un aprendizaje en su grupo familiar, en donde los otros responden de manera inmediata a sus requerimientos, con esta creencia responden ante sus otros grupos como sus compañeros o profesores de la misma manera buscando recibir la atención.

Los esquemas que presentan los adolescentes son formados en la primera infancia (Young et al. 2003), sin embargo, en los jóvenes pueden ser activados por las situaciones en las que se encuentran en su día cotidiano como la relación con pares, con sus profesores, con sus padres y su respuesta puede ser apreciada como una característica del desarrollo, mientras que la influencia que los EMT tienen en el estado de ánimo

En resumen, la investigación realizada aporta evidencia empírica al modelo establecido por Young et al. (2003), en población adolescente mexicana, además, los resultados parecen sugerir que los adolescentes presentan los mismos esquemas referidos en investigaciones con muestras de adultos y niños, así mismo se puede resaltar que en estas mismas investigaciones al comparar población clínica con no clínica se obtienen datos semejantes en los esquemas que presentan, tal como señala Pedroza (2014), las medias son casi iguales en 11 de los 17 esquemas y solo 6 esquemas denotan datos estadísticamente significativos en población de niños de 8 a 13 años.

Además, esto abre líneas de investigación en otras poblaciones clínicas diagnosticadas con diferentes trastornos y demuestra que se requieren mayores investigaciones con este grupo de edad.

Por otro lado, la investigación, tuvo ciertas limitaciones, una de ellas se presentó en la aplicación de los instrumentos, ya que se llevó a cabo en el salón de clases lo cual puede haber sido un factor que influyera en la manera de responderlos debido a que la deseabilidad social es un elemento que puede haberse presentado en el proceso, otro factor que se debe tomar en cuenta es la población a la que fue dirigida, por lo cual,, es importante la aplicación en población clínica, esto con el fin de enriquecer las investigaciones de los EMT y la psicopatología. Además, se logró observar en la revisión bibliográfica que existe poca literatura respecto a los EMT, de los datos que se tiene son la mayoría en población adulta y se centran en la implementación de la terapia de esquemas y no en la evaluación de los EMT.

## 7. Conclusiones

En conclusión, el estudio tuvo por objetivo indicar la relación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos y la depresión en adolescentes no clínicos, esto se intentó mediante dos modelos teóricos cognitivo-conductuales, el primero es el establecido por Young et al. (2003) en su terapia de esquemas y el segundo por Beck et al. (2010) con su terapia cognitiva de la depresión.

Los resultados obtenidos respecto a la relación entre la depresión y los 17 esquemas, arrojaron datos con significancia estadística menores a 0.001 y una fuerza moderada en 13 esquemas y baja en 4, a pesar de esto, se puede apreciar que los valores de las medias de la sintomatología depresiva y los esquemas no son elevados, en otras investigaciones en las cuales se busca conocer las diferencias entre población clínica y no clínica las medias son casi iguales, diferenciando solo algunos esquemas (Pedroza, 2014). Es importante recordar que la muestra utilizada fue no clínica y la aplicación de los instrumentos fue grupal, este último factor pudo haber sido una de las razones por las cuales las medias no fueron elevadas, debido a la presencia de deseabilidad social dentro del aula.

Por último, cabe resaltar que el modelo de Esquemas Maladaptativos Tempranos ha sido muy poco estudiado en población adolescente por lo cuál no existen datos que permitan comparar el punto clave de la investigación que es la relación de los esquemas y la depresión.



## Referencias:

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D., & y otros. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión 19ª edición*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mack, J., & Erbugn, J. (1961). An inventory form measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, J. S. (2010). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa. (año de publicación del libro original; 1995).
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., & Méndez, E. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. 90-100.
- Benavides, E. P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, 105, 171-188.
- Bonet, G. M. & Varona, P. (2014). III Encuesta de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles Cuba 2010-2011. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Burgos, R. L., Dimitrakis, G. L., Lindao, R. M., & Pesantes, M. D. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *Revista Científica, Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(2), 795-809.
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 341-350.
- Contreras-Valdez, J. A., Freyre, M. A., & Hernández-Guzmán, L., (2015). Validez de constructo del inventario de depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203.

- Cordás, T. A., & Emilio, M. S. (2017). *Historia da melancolía*. Sau Pablo: Artmed Editorial.
- Corminas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. España. Editorial Grados.
- Erikson, E. H. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Facultad de medicina (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 52-55.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gesell, A., Ilg, F. L., Ames, L. B., & Reca, T. (1971). *El adolescente de 10 a 16 años*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gómez, D. J., Martínez, P. Y., & Rangel, A. M. (2018). *Relación entre las características de la salud mental en cuanto a la depresión, ansiedad y esquemas maladaptativos en jóvenes entre 16 y 20 años escolarizados en los grados de décimo y undécimo de bachillerato en las poblaciones de Bicentenario y la zona insular de Caño del oro de Cartagena* (Tesis de Licenciatura). De la base de la Biblioteca Digital Universidad de San Buenaventura.
- Gómez, R C., Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Martínez, N. T., Matallana, D., & González, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2-8.
- Güemes, H. M., Ceña, M. J., & Hidalgo, V. M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244.
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M., & Hidalgo, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 5(1), 7-22.
- González, F. C., Hermsillo de la Torre, A. E., Vacío, M. A., Peralta, R & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
- Haugh, J. A., Miceli, M., & Delorme, J. (2017). Maladaptive parenting, temperament, early maladaptive schemas, and depression: a moderated mediation analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 103-116.
- Instituto Mexicano de la Juventud (Injuve). (2006). Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Resultados preliminares. México. *INJUVE*. (consultado el 16 de junio del 2019). Recuperado de:

[https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion\\_ENJ\\_2010\\_Dr\\_Tuiran\\_V4am.pdf](https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Encuesta Nacional de los Hogares 2017. México: *INEGI*. (consultado el 16 de junio del 2019). Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)
- Kerlinger. F, N & Lee. H, B. (2002). *Investigación del comportamiento 4ta edición*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (Eds.). (2009). *Handbook of adolescent psychology, volume 1: Individual bases of adolescent development* (Vol. 1). John Wiley & Sons.
- Lucadame, R., Cordero, S., & Daguerre, L. (2017). El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 275-295.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.
- Ministerio de Salud Chile. (2018). Encuesta nacional de salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. *Departamento de Epidemiología, división de planificación sanitaria*.(consultado el 08 de julio del 2019). Recuperado de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf).
- Mitchell, C. (2017). OPS/OMS. “*Depresión: hablemos*”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Pan-American Health Organization/World Health Organization.
- OMS. 2014. *Informe sobre La Salud para los adolescentes del mundo, resumen*. Washington.
- OMS. (2017). Boletín: Depresión: qué debe saber. *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2018). *Adolescent mental health*. United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2018.
- OMS. (2018, 23 de febrero). Boletín: El embarazo en la adolescencia. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Organización Mundial de la Salud*.

- OPS/OMS. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México.
- OPS. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. *Organización Mundial de la Salud*. México.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2017). *El Desarrollo Humano 13ava ed.* México, D.F. : McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Pedroza. A, M. (2014). *Escala de esquemas maladaptativos tempranos en niños de 8 a 13 años* (Tesis de maestría). De la base de datos de la Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pedroza. A, M., Andrade. P, P., & Calleja. N. (2019). Validación de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para Niños. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 37-47.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 103-116.
- Piaget, J. (1947). *Psicología de la inteligencia..* Madrid: Ed. Crítica
- Piaget, J., & Mendiola, E. (1959). *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*. Buenos Aires : Paidós.
- Piaget, J. (1993). *Seis estudios de psicología*. Barcelona : Editorial Labor.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2002). *Psicología del niño*. Madrid : Morata.
- RAE. (2018). *Diccionario usual*. Real Academia Española. Edición tricentenario.
- Ramírez, B. R. (2017). *Esquemas desadaptativos en estudiantes con síntomas depresivos del Colegio Municipal Nueve de Octubre, periodo 2016-2017*. (Tesis de licenciatura). (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590.
- Ribeiro, F., Santos, P. L., Cazassa, M. J., & da Silva, O. M. (2014). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: Estudio de comparación intergrupala. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 15-22.
- Sánchez, F. L. (2017). Sexualidad en la adolescencia. *Pediatría Integral Adolescere*, 21(4), 278–285

- Sánchez, J. A. (2019, 26 de febrero). México con rezago en atención de la salud mental de 80%. INPRF. *La Jornada*.
- Sandoval, E. M., Richard, M. M. (2003). *La Salud Mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social de la Cámara de Diputados. México.
- Secretaría de Salud. (2018, 10 de octubre). Salud Mental fundamental entre los jóvenes. *Secretaría de salud*. (consultado el 23 de agosto del 2019). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-mental-fundamental-entre-los-jovenes?idiom=es>
- Secretaría de Salud. (2017). *Compendio de Anuarios de Morbilidad 1984-2017*. México. Dirección General de Epidemiología. (consultado el 18 de junio del 2019). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.
- Schmidt, D. R., Ferreira, V. R. T., & Wagner, M. F. (2015). Disfunção temporomandibular: sintomas de ansiedade, depressão e esquemas iniciais desadaptativos. *Temas em Psicologia*, 23(4), 973-985.
- Unicef. (2015). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres.
- World Health Organization —WHO— (2010). International statistical classification and related health problems: ICD-10. Geneva: World Health Organization
- Yarmohammadi, V. M. (2019). Identifying early maladaptive schema of patients with major depressive disorder. *Quarterly of Clinical Psychology Studies Allameh Tabataba'i University*, 9(33), 45-62.
- Young, J. E. & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire (2nd Ed.)* En J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (Ed.rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2003). *Terapia de esquemas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.