



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**Satisfacción en pareja, depresión y esquemas
desadaptativos tempranos en estudiantes
universitarios de Hidalgo**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

LAIZA SALGADO ELENA VIOLETA Y VÁZQUEZ VÁZQUEZ
VANESSA MONSERRAT

DIRECTOR:

DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA



San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo

Abril, 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Psicología
Department of Psychology

23 de marzo de 2017
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychologyc area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes Elena Violeta Laiza Salgado y Vázquez Vázquez Vanessa Monserrat, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es: "Satisfacción en pareja, depresión y esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios de Hidalgo" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Presidente	
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Primer Vocal	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Segundo Vocal	
Mtra. Mónica Pineda Bernal	Tercer Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Secretario	
Mtra. Marianomeli Velázquez García	Suplente	
Lic. Jesús Antonio Carrillo Citalán	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
Carretera Pachuca Actopan
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Doy gracias a la vida por darme la oportunidad de disfrutar mi formación como psicóloga y permitirme aprender de esta hermosa ciencia.

A mis padres que con su amor y sabiduría han guiado mi camino. Gracias por su paciencia, aliento y apoyo incondicional. Los amo.

A mi abuela que en todo momento ha estado presente y que ha sido un pilar importante en mi vida. Te amo.

A mis familiares, gracias por creer en mí y ofrecerme su apoyo con amor.

A Vanessa porque además de ser una buena amiga ha sido mi compañera en este proceso.

A nuestro asesor, el Dr. Arturo Del Castillo por dirigir nuestro trabajo y ser una guía en mi formación. Por su apoyo y enseñanzas.

A los participantes, por su tiempo e interés en nuestro trabajo.

Violeta Laiza

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Comenzar un proyecto y culminarlo lleva inmerso en el proceso personas que contribuyen de manera directa o indirectamente en el mismo. De ahí que considero importante agradecer y dedicar a cada una de ellas.

A la vida por permitirme alcanzar una meta más en mi vida académica y de formación profesional.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por haber sido mi casa de estudios durante estos años.

A mi familia y sobre todo a mis padres por ser una fortaleza, brindarme bases fuertes con las cuales conducirme y ofrecerme soporte y apoyo en todo momento.

A Cristhian por su apoyo y cariño incondicional.

A Violeta por su amistad, ser una excelente colega y compañera en éste proceso.

Al Dr. Arturo Del Castillo por guiarnos en todo el proceso y fungir un papel importante para la culminación del mismo, así como en mi preparación.

Así mismo a todos los participantes del estudio que permitieron que éste proyecto fuera posible.

Vanessa M. Vázquez Vázquez

Índice de contenido

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1. Satisfacción en la relación de pareja.....	6
1.1 Relaciones de pareja.....	6
1.2 Etapas de la relación de pareja	7
1.2.1 Extraños desconocidos.....	7
1.2.2 Conocidos	8
1.2.3 Amistad	8
1.2.4 Atracción	8
1.2.5 Pasión.....	8
1.2.6 Romance.....	9
1.2.7 Compromiso	9
1.2.8 Mantenimiento.....	9
1.2.9 Conflicto	9
1.2.10 Desamor	10
1.2.11 Separación	10
1.2.12 Olvido	10
1.3 Teorías que abordan las relaciones de pareja.....	10
1.3.1 Teoría de las tres dimensiones de la pareja	10
1.3.2 Teoría triangular del amor.....	11
1.3.3 Teoría del apego.....	12
1.3.4 Cuatro componentes de la relación de pareja	13
1.3.5 Elección de pareja.....	14
1.4 Noviazgo en la etapa de la juventud.....	15
1.4.1 Noviazgo en universitarios	16

1.5 Satisfacción en la relación de pareja	19
1.6 Instrumentos de satisfacción en la pareja	20
1.6.1 Escala de percepción de insatisfacción con la pareja (Calleja, 2011)	20
1.6.2 Escala de satisfacción de necesidades afectivas (Calleja, 2011)	21
1.6.3 Escala de evaluación de la Pareja.....	21
Capítulo 2. Depresión	23
2.1 Epidemiología.....	23
2.1.1 Mundial.....	23
2.1.2 Nacional	24
2.1.3 Estatal.....	25
2.2 Síntomas	25
2.2.1 DSM-V	25
2.2.2 CIE-10	28
2.3 Factores de riesgo para la depresión	29
2.3.1 Factores biológicos	30
2.3.2 Factores psicosociales	32
2.4 Teorías de la depresión	33
2.4.1 Teorías cognitivas de la depresión	33
2.4.2 Teoría conductual de la depresión desde el modelo de Nezu	40
2.5 Consecuencias.....	41
2.5.1 Biológicas.....	41
2.5.2 Psicosociales.....	42
2.6 Síntomas de depresión en población joven.....	43
2.7 Instrumentos psicométricos para medir la depresión	47
2.7.1 Escala de Depresión para Adolescentes Mexicanos (EDAM) (Calleja, 2011) ...	47
2.7.2 Lista de adjetivos de depresión (Calleja, 2011).....	47
2.7.3 Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	48
2.8 Tratamiento.....	48
2.8.1 Terapia cognitivo conductual individual para la depresión	49

2.8.2	Terapia de pareja para la depresión desde un enfoque cognitivo-conductual ...	50
2.9	Satisfacción en la relación de pareja y depresión	52
Capítulo 3.	Esquemas desadaptativos tempranos	57
3.1	Definición de esquemas.....	57
3.2	Teoría de Young de los esquemas desadaptativos tempranos	59
3.3.1	Dimensión I. Desconexión y rechazo	66
3.3.2	Dimensión II. Deterioro de autonomía y desempeño	69
3.3.3	Dimensión III. Límites inadecuados o deficitarios	71
3.3.4	Dimensión VI. Tendencia hacia el otro	72
3.3.5	Dimensión V. Sobrevigilancia e inhibición.....	75
3.4	Evaluación.....	77
3.5	Tratamiento.....	82
3.5.1	Terapia de esquemas	82
3.6	Esquemas desadaptativos y depresión.....	88
3.6.1	Esquemas desadaptativos tempranos y depresión en universitarios	90
3.7	Esquemas desadaptativos tempranos y la pareja.....	93
4.	Planteamiento del problema	95
4.1	Justificación	95
4.2	Pregunta de investigación	98
4.3	Objetivos.....	99
4.3.1	Objetivo general.....	99
4.3.2	Objetivos específicos	99
5.	Hipótesis.....	100
5.1	Hipótesis conceptuales	100
5.2	Hipótesis estadísticas	101
6.	Método.....	103
6.1	Variables	103
6.2	Participantes	104
6.2.1	Criterios de inclusión.....	104

6.2.2 Criterios de exclusión.....	104
6.3 Tipo de estudio y diseño.....	105
6.4 Procedimiento	105
7. Resultados.....	107
8. Discusión y Conclusiones	121
8.1 Sugerencias y limitaciones.....	129
Referencias	131

Índice de tablas

Tabla 1 Definición de variables	103
Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable satisfacción en la relación de pareja	107
Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable depresión	108
Tabla 4. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable esquemas desadaptativos.....	110
Tabla 5. Diferencias por sexo en el nivel de satisfacción.	112
Tabla 6. Diferencias por sexo en el nivel de depresión.	112
Tabla 7. Diferencias por sexo en el tipo de esquema desadaptativo temprano	113
Tabla 8. Diferencias entre los miembros de la pareja en el nivel de satisfacción.	114
Tabla 9. Diferencias entre los miembros de la pareja en el nivel de depresión.	115
Tabla 10. Diferencias entre los miembros de la pareja en el tipo de esquema.	116
Tabla 11. Asociación entre la variable satisfacción en la relación de pareja y depresión	117

Tabla 12. Asociación entre la variable satisfacción y esquemas desadaptativos tempranos	118
Tabla 13. Asociación entre la variable depresión y esquemas desadaptativos tempranos.	119

Índice de figuras

Figura 1. Distribución por niveles de depresión de acuerdo con Inventario de Depresión de Beck (BDI).	108
Figura 2. Medias aritméticas de esquemas desadaptativos tempranos de acuerdo al Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L3	111

Resumen

Durante la etapa de la juventud el establecimiento de relaciones de noviazgo satisfactorias han mostrado ser un factor protector frente a la sintomatología depresiva, la cual se ha estimado entre un 10% y 15% en ésta población. Desde la teoría de los esquemas desadaptativos tempranos los dominios de abandono, autocontrol insuficiente y derecho/grandiosidad se han asociado positivamente con la depresión. De ahí que el objetivo del presente trabajo fue determinar las diferencias por sexo, entre los miembros de la pareja y la asociación de los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos en una muestra de 42 parejas de estudiantes universitarios de Hidalgo, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico. Se utilizaron la Escala de Evaluación de la Pareja, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young. Los resultados de la prueba t para muestras independientes y t para muestras relacionadas no muestran diferencias estadísticamente significativas por sexo y entre los miembros de la pareja en satisfacción, depresión, y los esquemas desadaptativos tempranos. Existe una asociación negativa entre el nivel de satisfacción con el esquema de autocontrol insuficiente y una asociación positiva entre depresión y la mayor parte de los esquemas desadaptativos. Los resultados de este estudio permitirán contribuir al entendimiento de las relaciones de pareja en universitarios, y develar nuevas áreas de investigación dentro de ésta temática, para a partir de ellas, generar estrategias que favorezcan relaciones saludables en los jóvenes y prevengan el desarrollo de problemas de salud mental en esta población.

Palabras claves: satisfacción de pareja, depresión, esquemas desadaptativos tempranos, universitarios.

Abstract

During the youth stage the establishment of satisfactory dating relationships has been shown to be a protective factor against depressive symptomatology, which has been estimated between 10% and 15% in this population. From the theory of maladaptive schemes, the domains of abandonment, insufficient self-control and right / grandiosity have been positively associated with depression. Hence, the objective of the present study was to determine the differences by sex, between the members of the couple and the association of levels of satisfaction, depression and the types of maladaptive schemes in a sample of 42 pairs of university students, selected by a Non-probabilistic sampling. We used the Partner Rating Scale, the Beck Depression Inventory, and the Young Early Maladaptive Scheme Questionnaire. The t-test results for independent samples and t for related samples do not show statistically significant differences by sex and between partners in satisfaction, depression, and early maladaptive schemes. There is a negative association between the level of satisfaction with the insufficient self-control scheme and a positive association between depression and most of the maladaptive schemes. The results of this study will contribute to the understanding of the relationships of couples in university students, and unveil new areas of research within this thematic, to start from them, generate strategies that favor healthy relationships in young people and prevent the development of problems of Mental health in this population.

Key words: Couple satisfaction, depression, early maladaptive schemes, university students.

Introducción

La elección de pareja es una de las tareas de socialización fundamentales durante la adolescencia y la juventud. Durante esta etapa se establecen relaciones formales o noviazgos importantes (Romo, 2008) que permiten conocer a la otra persona, reafirmando la propia identidad y autoestima, así como satisfacer diversas funciones socio-afectivas entre ellas: conocerse a sí mismo, disfrutar con la compañía del otro, status social, etc. (Rojas & Flores, 2013).

En la población universitaria Prager y Buhrmester (1998) hallaron que la intimidad en la pareja se asocia positivamente con el cumplimiento de las necesidades individuales y éstas a su vez con su bienestar; prediciendo niveles más altos de vida y satisfacción en la relación de pareja así como bajos niveles de síntomas depresivos y de ansiedad, malestar psicológico, baja autoestima y soledad.

Otros estudios previos muestran que la satisfacción marital funge como un factor protector frente el riesgo de presentar sintomatología depresiva (Khan & Aftab, 2013; Montesano & Izu, 2016; Whitton & Whisman, 2010). Y en cuanto a los estudios que han buscado esta asociación en las relaciones de noviazgo, se ha señalado que las relaciones románticas de los jóvenes también disminuyen el riesgo de presentar depresión (Farrer, Gulliver, Fassnacht & Griffiths, 2016) sin embargo son pocas las investigaciones que referentes a éste tema.

La depresión es una de las problemáticas de salud mental más importantes a nivel mundial y nacional, se estima que entre 10% y 15% de los jóvenes universitarios presentan sintomatología depresiva (Moreh & O'Lawrence, 2016). Este padecimiento aumenta 16 veces el riesgo de presentar pensamientos suicidas y cinco veces el de ejecutar un intento suicida (Cubillas, Pérez, Valdez & Galviz, 2012). Por otra parte presentar depresión en esta etapa de la vida aumenta la probabilidad de tener un bajo rendimiento académico (Khanam & Bukhari, 2015) y un mayor abuso de sustancias dañinas para la salud (Williams, 2011).

La depresión ha sido descrita desde el modelo cognitivo-conductual como el resultado de una activación de patrones cognitivos negativos (Beck & Rush, 1978) principalmente en tres áreas; la visión de sí mismo, el futuro y del mundo, desde tres postulados; la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores del procesamiento de la información (Beck, 2005).

Desde la misma visión cognitiva se abordan los esquemas desadaptativos tempranos los cuales se conceptualizan como estructuras estables y duraderas (Young, 1999 en Herrera, 2014) que refieren a uno mismo y a la relación que se establece con los demás, siendo además patrones emocionales y cognitivos contraproducentes al haber surgido de experiencias tempranas tóxicas o donde las necesidades básicas no se completaron (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, 2011). En cuanto a la satisfacción de pareja los esquemas desadaptativos tempranos del área de relaciones interpersonales se

han correlacionado positivamente con el índice de satisfacción sexual donde la mayor asociación se ha encontrado en el esquema de abandono/pérdida y la menor correlación en el de privación emocional (Torres, 2015).

La presente investigación se planteó como objetivo general determinar las diferencias por sexo, entre los miembros de la pareja y la asociación entre los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

En los primeros tres capítulos del documento se describen las variables de satisfacción de pareja, depresión y esquemas desadaptativos tempranos, en ellos se definen de manera conceptual cada uno de los términos y cómo se manifiestan en los estudiantes universitarios. En los siguientes capítulos se presentan el planteamiento del problema, las hipótesis, el método así como los resultados y conclusiones del estudio.

A partir de los resultados obtenidos en ésta investigación se podrá contribuir al entendimiento de las relaciones de pareja en universitarios, su relevancia y develar nuevas áreas de investigación dentro de ésta temática, así como plantear estrategias que permitan generar relaciones que sean factores protectores de la salud mental de los jóvenes y prevengan en un futuro la presencia de patologías.

Capítulo 1. Satisfacción en la relación de pareja

1.1 Relaciones de pareja

Para abordar la satisfacción en las relaciones de pareja, es necesario conceptualizar el término de pareja y el sistema que le configura. Caillé (1992) considera a la pareja como un sistema formado por tres entidades; las dos primeras son los miembros y el tercer elemento es el sistema que construyen ambos, y a éste último elemento lo denominó “absoluto de la pareja” el cual hace referencia a lo que define y caracteriza la relación. Por su parte García (2002) refiere que la pareja es una entidad y una unidad, vista desde el entorno social como una institución de la misma, que se ve influenciada por el contexto de los dos miembros. De hecho Szmulewicz (2013) indica que las representaciones con las que cuentan las personas respecto del ser y del estar en pareja, provienen de sus antecedentes biográficos, características personales y contingencias presentes, así como el contexto en que se actualizan estos tres factores.

Por su parte Ortega (2012) pone especial énfasis al señalar que la pareja no es sólo una relación es más bien un vínculo que implica una armonía, sobre todo en el proceso de dar y recibir, por lo que requiere de una disposición mutua para adoptar una serie de actitudes y compromisos, además de considerarlo uno de los vínculos más importantes en la vida de las personas.

Referente a los motivos por los que una pareja se casa, se ha encontrado que los hombres lo hacen por la búsqueda de afecto, afiliación, pertenencia a una familia, de alguien que les ayude a cubrir sus necesidades y para establecer un compromiso, mientras que en las mujeres se encontró una mayor tendencia a casarse por la búsqueda de realizar trabajo en equipo, tener apoyo, hallar seguridad, protección y estabilidad (Valdez, López, Torres & Rocha, 2011).

1.2 Etapas de la relación de pareja

La relación de pareja se ha considerado una entidad dinámica, compuesta por diferentes etapas dentro del ciclo vital de la pareja, que de acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez-Aragón (1996 en Díaz-Loving & Rivera, 2010) a veces se muestran progresivas y en otras regresivas, estáticas, cambiantes con oscilación entre periodos de cercanía y distancia, y en las cuales no necesariamente coinciden ambos miembros de la pareja. A continuación se presentan las etapas señaladas por los mismos autores y algunas palabras con las que se han asociado:

1.2.1 Extraños desconocidos

Existe una evaluación del físico del otro, no hay acercamiento, pero si sentimientos como curiosidad, desconfianza, timidez, temor, incomodidad, indiferencia, se inician pláticas triviales y se conducen con precaución.

1.2.2 Conocidos

Se presenta poca cercanía, así como encuentros casuales, sonrisas, saludos, confianza limitada, simpatía, alegría, amabilidad, respeto, búsqueda de afinidades y no se perciben los defectos del otro.

1.2.3 Amistad

En esta etapa se muestra mayor interés por tener cercanía, así como solidaridad, motivación afectiva, cariño, confianza, felicidad, emoción al verse, conversaciones más íntimas, apoyo mutuo y respeto.

1.2.4 Atracción

Existen diversas emociones al ver al otro, felicidad al estar juntos, apoyo incondicional, respeto, simpatía y mayor cercanía.

1.2.5 Pasión

Generalmente se presenta una entrega efímera sin medida, romance, irracionalidad, pensamientos recurrentes sobre la otra persona, desbordamiento de emociones, intenso deseo sexual, necesidad constante de cercanía física, amor, sexo, erotismo, sensualidad, besos, caricias y comunicación.

1.2.6 Romance

Existe ilusión, comprensión, irracionalidad, compromiso, deseo y felicidad.

1.2.7 Compromiso

Se generan acuerdos a largo plazo, solidez en la relación, responsabilidad, confianza, creencia del amor eterno, sentimientos de ansiedad, alegría, seguridad, respeto, comunicación y se puede establecer el matrimonio.

1.2.8 Mantenimiento

En esta etapa, suele presentarse la consolidación del compromiso, estabilidad, crecimiento en pareja, lucha conjunta para el enfrentamiento de los problemas, sustento emocional, amor, confianza, formación de una familia, aburrimiento, felicidad, cumplimiento de responsabilidades, apoyo mutuo y respeto.

1.2.9 Conflicto

Aparecen tensiones no manejadas, falta de entendimiento, crecimiento de los problemas, nulo deseo de estar juntos, enojo, frustración, tensión, tristeza, comunicación inadecuada, peleas, discusiones, pero también puede haber deseo de solucionar los conflictos.

1.2.10 Desamor

Hay una evaluación negativa de la interacción, falta de amor, de interés y de ilusiones, nulo deseo de permanecer juntos, disgusto por interactuar, sentimientos de tristeza, enojo e indiferencia, dolor, soledad, evasión de la pareja y pueden haber faltas de respeto.

1.2.11 Separación

En esta etapa puede verse la relación como insoportable, sentir atracción por otras personas, descontento, depresión, dolor, soledad, pérdida de comunicación y en algunos casos falta de respeto o ruptura de la relación.

1.2.12 Olvido

Intentos por restringir a la pareja, olvidar totalmente la relación y la aceptación de la realidad.

1.3 Teorías que abordan las relaciones de pareja

1.3.1 Teoría de las tres dimensiones de la pareja

Roche (1982) define una pareja sana a partir de tres dimensiones; el grado de ajuste, armonía y buen funcionamiento de la pareja, los cuales se observan por el grado de estabilidad o duración, el grado de conflictividad y el grado de

satisfacción o felicidad en la relación. El nivel de felicidad que presenta uno o ambos miembros de la pareja respecto a su relación dependerá de la interacción entre los miembros, la autoestima de los mismos y el interés que se tenga en la relación (Ortega, 2012).

1.3.2 Teoría triangular del amor

La teoría triangular del amor señala que existen tres componentes del amor; la intimidad (I) la cual implica sentimientos de cercanía, conexión y bondad, el segundo elemento es la pasión (P) que implica impulsos que llevan al romance, la atracción física y las relaciones sexuales, y el tercer elemento es la decisión/compromiso (C) que implica a corto plazo la decisión de amar y a largo plazo el compromiso por mantener dicho amor. Estos tres elementos son supuestamente los vértices de un triángulo, en el que el área del mismo hablaría de la cantidad de amor sentido y el tipo de amor; el cual será resultado de las relaciones, el equilibrio y la intensidad entre los tres elementos ya mencionados (Sternberg, 1986).

Los tipos de amor que distingue son: 1) no amor; que refiere a la ausencia de los tres elementos, 2) gusto; en el que sólo se experimenta intimidad como en el caso de las amistades, 3) amor infatuado o a primera vista; se presenta únicamente la pasión distinguiéndose en el enamoramiento, 4) amor vacío; en el que se encuentra exclusivamente el compromiso por lo que se suele presentar al

final o casi final de una relación a largo plazo o por el contrario puede ser el inicio, 5) amor romántico; hay una combinación de intimidad y pasión 6) amor compañero; de la combinación de intimidad y decisión/compromiso, es esencialmente una amistad comprometida a largo plazo, ocurre frecuentemente en matrimonios en los que la atracción ha disminuido, 7) amor fatuo; en la combinación de pasión y decisión/compromiso es el compromiso que se hace a base de la pasión con elevados riesgos de terminación, 8) amor consumado; en el que se combinan los tres elementos es aquel que se persigue en las relaciones de pareja, sin embargo su logro no garantiza su pertenencia (Sternberg, 1986).

1.3.3 Teoría del apego

Hazan y Shaver (1987) mencionan que la manera en la que cada persona genera y experimenta sus relaciones de pareja depende de su estilo de apego. Estos autores retoman los tres tipos de apego, explicándolos en el amor romántico, el apego seguro señalan es aquel en el que las personas no presentan ansiedad aun cuando el objeto de apego no está visible, son personas que confían en que el objeto de su apego estará disponible si lo necesitan, por lo que tienen relaciones con una alta satisfacción e intimidad. El apego ansioso-ambivalente se ve caracterizado por la presencia de ansiedad con respecto al objeto de apego, por lo que tienden creencias negativas del amor, baja satisfacción y elevadas preocupaciones. Finalmente en el apego de evitación las personas se perciben

rechazados por el objeto de apego por lo que evitan tal objeto, por ello éstas personas tienden a mostrarse desconfiados hacia la pareja, distantes, con una baja satisfacción en las mismas, percibirse dañados durante los conflictos y evitan los compromisos.

De hecho en el estudio realizado por Guzmán y Contreras (2012) en parejas casadas se halló que las personas que presentan apegos inseguros tenían niveles de satisfacción menores en comparación con los de apego seguro.

1.3.4 Cuatro componentes de la relación de pareja

Por su parte Maureira (2011) señala que en cualquier relación de pareja hay una interacción de componentes tanto biológicos como culturales; compromiso, intimidad, romance y amor, siendo los tres primeros de naturaleza social y el último de tipo biológico. Ya que el amor está dado por estructuras cerebrales, neurotransmisores y hormonas que funguen un papel importante en los diferentes momentos de la relación de pareja entre ellos; los estrógenos y andrógenos intervienen en el proceso del deseo sexual, la dopamina en el “amor romántico”, la norepinefrina y la disminución de serotonina en el apego (Fisher, Aron, Mashek, Li & Brown, 2002), así como la oxitocina y la vasopresina se han visto relacionados con la monogamia (Young, Wang & Insel 1988). Todos éstos elementos contribuyen al objetivo biológico del amor que es la reproducción (Zeki, 2007),

mientras el compromiso, la intimidad y el romance son determinados por la cultura y el tiempo histórico.

1.3.5 Elección de pareja

En cuanto a la elección de pareja existen diversas teorías que ayudan a explicarla, una de ellas se inclina a la parte biológica y evolutiva Ostrowsky (2005) señala que el olor es fundamental para seleccionar a la pareja puesto que las feromonas transmiten información al sistema inmunológico y si éste resulta ser similar al propio no se sentirá atracción, en cambio sí son diferentes la pareja se sentirá atraída ya que eso implicaría que su hijos podrán tener más anticuerpos.

Según Valdez, González y Sánchez (2005) hombres y mujeres eligen a su pareja en base a características de origen biológico, pero que psicológicamente tienen una finalidad común: la de satisfacer sus necesidades propias de afiliación. En el estudio realizado con 100 sujetos de la ciudad de Toluca, se encontró que para elegir pareja las mujeres toman en cuenta principalmente las emociones, el humor, la intimidad, personalidad y los valores, mientras que los hombres prefieren las cualidades físicas, de intimidad y personalidad de su pareja.

Tanto hombres como mujeres poseen necesidades de afiliación y de relación, sin embargo para la elección de pareja es importante considerar las características sociodemográficas, políticas, religiosas y psicológicas de la pareja que se elige (Díaz-Loving & Sánchez, 2002).

1.4 Noviazgo en la etapa de la juventud

De acuerdo con la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014) en México entre el 40 al 45% de las mujeres solteras que tienen entre 25 y 29 años de edad mantienen una relación de pareja. Por otra parte del porcentaje de mujeres que a los 23 años permanecen solteras el 79% señalan han tenido o tienen una relación de pareja (CONAPO, 2015).

El ser humano es un ente social, por lo cual mantiene diversas relaciones a lo largo de su vida (Ortega, 2012). Un momento crucial para las relaciones de noviazgo es en la etapa de adolescencia y juventud en las que surgen las relaciones románticas, como un elemento trascendental para el crecimiento de éstos así como para su vida futura (Collins, 2003). De acuerdo con Romo (2008) en la juventud el tema de la elección de pareja así como de carrera son tareas que al menos en la sociedad occidental definen el trance entre esta etapa y la adultez, sobre todo porque en la juventud una tarea fundamental es la socialización, en la que se pueden establecer noviazgos tanto formales como informales.

Desde la teoría del desarrollo de Erikson (1963) la etapa de adultez joven tiene por objetivo alcanzar la intimidad, lo que implica la adquisición de la capacidad de fusionar la identidad propia con la de otra persona, manteniendo su individualidad, así como conlleva acuerdo y compromiso dentro de una relación de igual a igual, abarcando desde los 19 años hasta los 30 años y que se espera

culmine con el desarrollo de la genitalidad, es decir, desarrollar confianza mutua y un intercambio estable de relaciones sexuales con la persona amada. Lo cual permitiría obtener la fuerza básica de la madurez joven que es el amor, término que concibe el autor como un afecto maduro en el que cada miembro de la pareja mantiene su identidad, existe el compromiso, la pasión sexual, cooperación, competición y amistad (Erikson, 1968).

Se ha destacado como ventajas así como funciones del noviazgo y las relaciones de pareja; la recreación con otra persona, la socialización, el estatus, la intimidad, la experimentación de la sexualidad así como su satisfacción y la elección de un posible cónyuge o pareja (Craig & Baucum, 2009). En los jóvenes mexicanos éstas relaciones se ven influenciadas por el entorno en el que se hallan inmersos así como las transformaciones de éste en los ámbitos económico, demográfico, social y cultural, etc. (Rojas & Flores, 2013).

1.4.1 Noviazgo en universitarios

El noviazgo también se ha conceptualizado como una oportunidad de conocer a la otra persona reafirmando la propia identidad y autoestima; así como buscando la satisfacción de diversas funciones socio-afectivas entre ellas: conocerse a sí mismo, disfrutar con la compañía del otro, status social, etc. (Rojas & Flores, 2013).

En cuanto a los estudios realizados en la población universitaria de acuerdo con Valencia (2011) para los estudiantes universitarios una relación de pareja se concibe como “un vínculo amoroso y de atracción sexual” (p. 343).

La mayoría de los estudiantes universitarios refirieron haber tenido alguna relación de pareja, sin embargo los significados que le atribuyen a esta son múltiples desde relaciones tranquilas, formales, para pasar el rato, etc. Sin embargo se halló como constante el referente del matrimonio, la idea de una duración de por vida, sin dejar de lado la posibilidad de rompimiento, así como una constante en el deseo de tener hijos y de la estabilidad para casarse (Romo, 2008).

Valencia et al. (2011) hallaron que entre las formas de nombrar las relaciones de pareja en estudiantes universitarios sobresalen: el noviazgo, amigos con derechos o especiales, etc. asociando el nombre que le dan a sus relaciones con el grado de responsabilidad y compromiso existente, en cuanto a las causas de conflicto en las mismas señalan: infidelidad, falta de comunicación y pérdida de la libertad, así como la comunicación y la solicitud de apoyo a un amigo o un profesional como las estrategias de solución de conflicto mayormente utilizadas.

En el estudio realizado por Quintana, Rodríguez, Sariol y Rojas (2012) en parejas universitarias, se encontró que el aspecto que brinda mayor gratificación en las parejas es la actividad sexual y recreacional, los cuales se encuentran en

niveles altos y medios dentro de la intimidad, mientras que las necesidades y los motivos de los estudiantes de estar en una relación de pareja se orientan hacia la superación profesional y la conformación de una familia.

Entorno a las experiencias que tanto los adolescentes como los jóvenes reconocen haber vivido en sus relaciones de pareja, destacan como experiencias positivas aquellas que vivieron en los primeros momentos de la relación, y señalando entre las negativas las discusiones, peleas y los celos (Hernando-Gómez, Maraver-López & Pazos-Gómez, 2016).

Respecto a lo que se conoce de ésta temática, el tema mayormente abordado es el de la violencia en el noviazgo, en el que se ha encontrado de acuerdo con el estudio de Blázquez-Alonso, Moreno-Manso, García-Baamonde y Guerrero-Barona (2012) la existencia de patrones de violencia psicológica en ésta población, destacando como subfactores de maltrato psicológico; la indiferencia. Además de otros indicadores como son los reproches, trivializaciones, falta de empatía y apoyo, juzgar, criticar, acusaciones, etc. así como predominar tales manifestaciones en quienes presentan recursos emocionales más precarios, por ello con el objetivo de diseñar programas de prevención para fomentar el establecimiento de relaciones de pareja plenas y saludables, se ha visto importante abordar a esta población y cómo éste tipo de relaciones pueden tener un impacto importante en su vida posterior.

1.5 Satisfacción en la relación de pareja

De acuerdo con Díaz-Loving (1996) se considera la satisfacción de pareja como aquella apreciación subjetiva que realiza un miembro de la misma del bienestar, calidad y valor de las diferentes facetas de su pareja y de su interacción con ella. Así como por otra parte se ha considerado como un resultado del grado de la cercanía y el amor en la relación, principalmente en los aspectos emocionales, la interacción y la funcionalidad de la misma en la cotidianidad, anexándose a ello factores como la confianza, intimidad, unión, respeto y tolerancia (Armenta & Díaz-Loving, 2008).

El tema de la satisfacción de pareja ha sido principalmente estudiado en muestras de parejas casadas, en las que se ha hallado que tanto la comunicación como la satisfacción sexual predicen de manera independiente la satisfacción conyugal, sin embargo encontrándose que si la comunicación es constructiva la satisfacción sexual no contribuye a la satisfacción en la relación, mientras que si sucede de manera inversa; presentando satisfacción sexual pero con dificultades en la comunicación hay una mayor satisfacción marital (Litzinger & Coop, 2005).

Por otra parte uno de los estudios en los que se ha visto el papel de los matrimonios como un factor que promueve el bienestar en diferentes áreas (salud, social, emocional y económica) es el de Walker y Luszcz (2009) realizado en una población en la etapa de la adultez mayor, en la que además se encontró

concordancia entre los miembros de la pareja en tanto a sintomatología de depresión, enfermedad, longevidad y la recuperación de la enfermedad.

Sin embargo Rojas y Flores (2013) reiteran la importancia de estudiar las relaciones de pareja de los jóvenes, así como sus procesos y factores en los que están inmersos, ya que señalan que a partir de ello se podrán generar “políticas públicas destinadas a la promoción de relaciones saludables y satisfactorias de nuestros jóvenes así como aquellas políticas cuyo objetivo es la prevención e intervención de dinámicas interaccionales indeseables” (p.135). Así mismo por su parte Hernando-Gómez, et al. (2016) reiteran la existente necesidad de intervenir con la población adolescente y juvenil desde la prevención con el objetivo de maximizar las experiencias positivas en las relaciones de pareja y de minimizar las experiencias negativas.

1.6 Instrumentos de satisfacción en la pareja

Entre los instrumentos psicométricos que se han validado en población mexicana para medir el grado de satisfacción en la pareja se encuentran:

1.6.1 Escala de percepción de insatisfacción con la pareja (Calleja, 2011)

Validada por Larizza Zavala Yoe basada en la de Roach et al. (1981). Ésta escala se constituye por 33 afirmaciones con respuestas de tipo Likert que va de

muy probable (1) a muy improbable (4). Dirigida a una población entre los 25 a 65 años de edad con una relación de pareja. Los índices de confiabilidad para las subescalas; bienestar en la relación, lo que se espera de la relación y malestar en la relación obtuvieron 0.98, 0.92 y 0.70 respectivamente.

1.6.2 Escala de satisfacción de necesidades afectivas (Calleja, 2011)

Validada por Elsa Susana Guevara Ruiseñor (1996) la cual evalúa la satisfacción de diferentes necesidades (saberse amado, apreciado y comprendido, mediante el cariño, ternura, apoyo y aceptación) por parte de la pareja. El instrumento se compone por 69 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert que van de mayor grado de amor percibido (10) a menor grado (1). Además de contener seis factores para las mujeres y 6 para los hombres, teniendo índices de confiabilidad que fluctúan en las subescalas de 0.78 a 0.98.

1.6.3 Escala de evaluación de la Pareja

La Escala de Evaluación de la Pareja de Hendrick (1988) fue adaptada por Oropeza, Armenta, García, Padilla y Diaz-Loving (2010) para parejas mexicanas que no están casadas. Para los fines del presente estudio únicamente se utilizaron cinco ítems, las tres primeras preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de nada satisfecho (1) a muy satisfecho (5), la cuarta con también cinco opciones de respuesta que van de nada (1) a mucho (5) y la última con el

mismo número de respuesta que van de peor que las demás (1) a mucho mejor que las demás (5).

Ya que se han conceptualizado las relaciones de pareja así como el elemento de la satisfacción en las mismas, es relevante conocer cómo es que ello se ha vinculado con uno de los principales problemas de salud mental en la actualidad, como lo es la depresión, a sabiendas de la importancia que tiene para los universitarios éste tipo de relaciones interpersonales y las necesidades actuales por prevenir el porcentaje de población adulta con depresión.

Capítulo 2. Depresión

2.1 Epidemiología

La depresión se ha considerado uno de los principales problemas de salud pública, por lo que se debe considerar en primera instancia la epidemiología de éste trastorno.

2.1.1 Mundial

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estiman que la depresión afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, convirtiéndose éste trastorno mental en la principal causa de discapacidad y siendo un importante contribuyente de la carga global de enfermedad a nivel mundial.

Por otro lado entre 1990 y el 2013 se ha incrementado casi en un 50% el número de personas con depresión, representando cerca del 10% de la población mundial contribuyendo a su vez a que los trastornos mentales representen el 30% de la carga mundial de enfermedades que no son mortales (OMS, 2016).

En los países de América Latina y el Caribe de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2012) la depresión afecta aproximadamente al 5% de la población adulta.

2.1.2 Nacional

A nivel nacional la depresión ha sido estimada en un 10% de la población, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud (2016). Por su parte de acuerdo con Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco (2012) en las mujeres la prevalencia es de un 10.4% y en un 5.4% en los hombres.

En los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada entre el 2001 y 2002 (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco et al., 2005) se estimó aproximadamente que el 9.2% de la población mexicana ha sufrido un trastorno depresivo a lo largo de su vida y en la población adulta (18-65 años) la estimación fue del 4.8%. Mientras que en los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) del 2002-2003 señaló una prevalencia en la misma población del 4.5% (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

De manera más específica Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013) señalaron que un 7.8% de la población joven cumple con criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% para distimia.

2.1.3 Estatal

Finalmente en lo que respecta a los datos de prevalencia de la depresión en el estado de Hidalgo, se encontró que las mujeres de esta entidad tienen una de las prevalencias de depresión más altas a nivel nacional, con un 9.9% junto con Jalisco 8.2% y el Estado de México con 8.1% (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano 2005).

2.2 Síntomas

Para conceptualizar el trastorno de depresión es preciso conocer los criterios diagnósticos dados por el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales quinta versión (DSM-V) así como los de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10), de los cuales se han retomado los más significativos para los fines de la presente investigación y describen a continuación.

2.2.1 DSM-V

De acuerdo con la más reciente versión del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) la depresión se divide en seis tipos. De los cuales se retomó las especificaciones del diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor.

2.2.1.1 Trastorno Depresivo Mayor (APA, 2013)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o por la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

2.2.2 CIE-10

De la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión, por sus siglas, CIE 10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992) se retomó la descripción del Episodio Depresivo.

2.2.2.1 Episodio depresivo (OMS, 1992)

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Aunado a que el estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones

circadianas características; la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo, las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión; la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

2.3 Factores de riesgo para la depresión

A sabiendas de las cifras de prevalencia de la depresión y la sintomatología, cabe preguntar sobre los factores que vulneran al sujeto para padecer este trastorno, ello desde las diferentes áreas que la psicología ha considerado constituyen a una persona como un ente biopsicosocial, ya que como lo ha señalado la OMS (2016) la depresión es el resultado de una interacción entre los factores sociales, psicológicos y biológicos.

Al respecto Molina-Márquez, Saavedra, Zambrano y Salazar (2016) mencionan que la fisiopatología del trastorno de depresión mayor está vinculada con alteraciones epigenéticas que anexas a experiencias estresantes y factores ambientales contribuyen al desarrollo del trastorno del estado de ánimo.

2.3.1 Factores biológicos

Entre los factores que competen al área biológica señala Maletic et al. (2007) que de acuerdo con lo que se ha investigado en la neurobiología de la depresión, se ha observado que en el Trastorno de Depresión Mayor (TDP) varias estructuras neuroanatómicas del área prefrontal y límbica sufren alteraciones, principalmente en el hipocampo; teniendo como mediadores de éstas alteraciones patológicas a los glucocorticoides, citoquinas inflamatorias y factores de crecimiento. Es decir se presenta una desregulación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HTA) que a su vez con la cronicidad va disminuyendo el volumen del hipocampo y la actividad de la corteza prefrontal, una reducción en los neurotransmisores de noradrenalina, serotonina y neurotrofinas cerebrales, al igual que hiperactividad del sistema HTA y la activación de la respuesta inflamatoria (Palazidou, 2012).

Por otra parte uno de los principales factores de riesgo pertenecientes a la esfera de los biológico es el sexo, pues diversos estudios han mostrado que la depresión tiene una mayor prevalencia en las mujeres en comparación con los hombres (Galaz-Sánchez, Luzania-Soto & Olivas-Peñuñuri, 2012; Richards & Salamanca, 2014; Moreh & O'Lawrence, 2016; Whiteman, Ruggiano & Thomlison, 2016; Yanzón de la Torre et al., 2016).

La edad también ha sido un factor de riesgo estudiado, en el que se ha encontrado que para las mujeres el parámetro de edad de mayor vulnerabilidad para presentar un episodio del TDM es entre los 45-54 años (Rafful et al., 2012).

Así mismo un estudio realizado en Estados Unidos reveló que la raza es otro factor de riesgo, ya que la prevalencia es mayor en gente de raza blanca con un 17.9% en comparación con los negros caribeños con un 12.9% y 10.4% en los afroamericanos; sin embargo, en los afroamericanos y caribeños se mostró una mayor cronicidad y deterioro funcional (Mori & Caballero, 2010).

Por otro lado la presencia de enfermedades crónicas se han vuelto otro factor de riesgo para la sintomatología depresiva aun en la adolescencia o juventud (Moreh & O'Lawrence, 2016), entre ellas el hipotiroidismo (Yu, Tian, Yuan & Cheng, 2016; Bathla, Singh & Relan, 2016), diabetes mellitus tipo 2 (la cual se ha encontrado tiene una relación bidireccional con la depresión) (Harish, Harivansh, Yin & Shari, 2016) etc.

Continuando con las afecciones físicas y su relación con la depresión, se ha correlacionado genéticamente el dolor crónico con la presencia del trastorno de depresión mayor o con un mayor riesgo de padecerlo (McIntosh et al., 2016). Por su parte Yanzón de la Torre et al. (2016) hallaron que los pacientes hospitalizados presentaban depresión mayor principalmente en trastornos neoplásicos, urológicos e infecciosos.

Finalmente el insomnio de acuerdo con el meta-análisis realizado por Li, Wu, Gan, Qu y Lu (2016) se ha vinculado significativamente con un mayor riesgo de padecer depresión.

2.3.2 Factores psicosociales

En lo que respecta a los principales factores psicológicos que pueden predecir episodios de Depresión Mayor son ciertos estilos tanto cognitivos como de afrontamiento (Wild et al., 2016). Los cuáles serán abordados en el apartado de teorías cognitivas.

En lo que respecta al desarrollo de la persona en su entorno se ha encontrado que los antecedentes familiares de depresión o una infancia traumática; con entornos negativos, crianza abusiva, padres deprimidos y abuso de sustancias (Moreh & O'Lawrence, 2016) puede contribuir a la aparición de depresión. Por su parte Wilkinson (2012) encontró que la pobreza infantil predice la depresión en la adolescencia y en la adultez joven, la pérdida de la infancia y los efectos de la violencia predice la depresión en adultos jóvenes, y los eventos de pérdida, violencia y disfunción familiar predicen la depresión en los adultos jóvenes.

Continuando con los eventos del desarrollo que pueden favorecer la aparición de la depresión, menciona Espinosa et al., (2015) que en los adultos varones de entre 18 y 65 años el estrés de la vida cotidiana, los intercambios

negativos en sus interacciones, hábitos negativos de salud e ingreso menor a 100 pesos son factores de riesgo para éste trastorno del estado de ánimo.

Mientras que para la población de la adultez tardía de acuerdo con la revisión literaria realizada por Bruce (2002) la depresión tardía se han hallado vinculada con eventos tales como la muerte del conyugue u otros seres queridos, enfermedades, lesiones médicas, discapacidad, disminución funcional y la falta de contacto social.

2.4 Teorías de la depresión

Es importante conceptualizar la depresión desde los marcos teóricos que permitan una comprensión más completa de su génesis y mantenimiento; que facilitan que los factores de riesgo se perfilen para la aparición de la misma.

2.4.1 Teorías cognitivas de la depresión

Como se mencionó en el apartado de factores de riesgo psicológicos uno de los principales predictores de la depresión han sido los procesos cognitivos, por lo que en ésta sección se retoman algunas de las teorías cognitivas. Las cuales se centran en explicar la depresión a partir un sesgo en la percepción, dirigidos principalmente en tres puntos: la propia persona, sobre los otros y de los acontecimientos que se presentan (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

De hecho Vázquez et al. (2000) señala que las investigaciones han mostrado la tendencia de los sujetos con depresión a evaluar negativamente los diferentes estímulos, además de verse afectados diversos procesos cognitivos, asociándose a respuestas motivacionales y afectivas vinculadas a la depresión.

2.4.1.1 Modelo Cognitivo de la depresión

La teoría cognitiva considera a los signos y síntomas del síndrome de la depresión como resultado de la activación de patrones cognitivos negativos, es decir, las personas deprimidas pueden ver a sí mismas como cargas inútiles y por consiguiente creer que todo será mejor cuando fallezcan, por otro lado el alto grado de dependencia que estos pacientes muestran puede explicarse en términos cognitivos al considerar a los otros como personas más competentes y capaces, finalmente los síntomas físicos como: la apatía y la poca energía son explicados a partir de la creencia de estar condenados al fracaso, por lo que no es relevante hacer esfuerzo alguno (Beck & Rush, 1978).

Este modelo surgido en investigaciones de Beck, postula tres conceptos específicos para explicar la depresión así como sus signos y síntomas: la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores del procesamiento de la información/cognitivos; los cuales median la manera en que la persona deprimida se considera, así como su futuro y experiencias; vistos desde una visión negativa sustentándose en patrones de pensamiento también negativo (Beck, 2005).

De acuerdo con Beck y Rush (1978) el concepto de triada cognitiva que explica la presencia de la sintomatología depresiva, refiere a grandes patrones cognitivos que llevan al paciente a considerarse a sí mismo, al igual que a su futuro, y al mundo, desde una visión negativa; siendo el primer componente la visión de sí mismo como defectuoso e indigno, además de considerarse sin valor alguno por sus presuntos defectos, el segundo componente consiste en la tendencia del paciente deprimido a interpretar sus las experiencias actuales de forma negativa, a la par que malinterpreta sus interacciones con el mundo que le rodea y finalmente el tercer componente gira en torno a la visión negativa que el paciente tiene y espera del futuro; en el cual espera incesantes dificultades, frustraciones y privaciones.

El segundo pilar del modelo cognitivo de la depresión es concepto de esquemas cognitivos, el cual hace referencia a que experiencias tempranas que constituyen una base para formar una visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo (Beck & Rush, 1978). Se tiene entonces que acontecimientos tempranos adversos promueven actitudes negativas y sesgos sobre el yo, que se integran en la organización cognitiva en forma de esquemas, activados por acontecimientos adversos posteriores (Beck, 2008). Estos esquemas pueden estar latentes y ser activados por circunstancias específicas con situaciones análogas a las tempranas que les dieron lugar; ya que éstos patrones cognitivos son relativamente estables y forman la base de la interpretación de un conjunto en particular de situaciones

(Beck & Rush,1978). Así mismo el esquema es la base para la selección, diferenciación y codificación de estímulos a los que se enfrenta el individuo, categorizando y evaluando sus experiencias a través de una matriz de esquemas (Beck & Rush, 1978).

Beck y Rush (1978) mencionan que los esquemas correspondientes al paciente con depresión son conceptualizaciones de situaciones específicas distorsionadas, idiosincrásicos y excesivamente activos que desplazan a los más apropiados. Además de existir creencias predisponentes dependiendo el tipo de personalidad de la persona, distinguiendo entre autónoma o sociotrópica, en la que si predomina la primera el sujeto sería más probable se deprimiera por eventos que le implican a sí mismo únicamente a diferencia de la personalidad sociotrópica que implica eventos que no se reducen a su actuar (Beck, 2005).

Finalmente el tercer pilar de la teoría cognitiva es que de acuerdo con Beck (2008) las personas que presentan depresión exhiben un sesgo cognitivo sistemático; lo cual refiere a una atención selectiva de los aspectos negativos de las experiencias y por ende interpretaciones negativas, presentándose un bloqueo de acontecimientos y recuerdos positivos. Algunas otras distorsiones cognitivas son la inferencia arbitraria; proceso de llegar a una conclusión en ausencia de evidencia, sobregeneralización; considerar que debido a un suceso específico negativo se presentarán una serie de sucesos igualmente negativos o desastrosos, magnificación y minimización y personalización; relacionar eventos

externos con sí mismos cuando no existe conexión alguna o de manera importante (Beck & Rush,1978).

La depresión entonces consiste en retroalimentaciones continuas de interpretaciones negativas y sesgos de atención con síntomas subjetivos y conductuales que se refuerzan (Beck, 2008).

2.4.1.2 Modelo de indefensión aprendida

Desde éste modelo de manera más específica se ha explicado la depresión por tres elementos: la información de la contingencia, representación mental de la contingencia (aprendizaje, expectativa o creencia) y la conducta; la primera refiere a la información no estímulo que ofrece el ambiente de manera objetiva, la segunda refiere a la representación cognitiva creada por una contingencia real o imaginaria entre el estímulo o situación así como las consecuencias que provocará para el sujeto mismo y la conducta, si existe una contingencia negativa se mostrarán respuestas tales como el debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional, propios de la depresión (Seligman, 1975). Al percibir una independencia entre respuesta-consecuencia, la persona sufrirá tres tipos de perturbaciones: motivacional, cognitiva y emocionales llevando como resultado que la persona aprenda que no puede controlar el trauma, después de un tiempo el miedo se reducirá y se sustituirá por la depresión (Seligman, 1975).

La etiología desde éste enfoque señala que es a causa del aprendizaje de que las respuestas y las consecuencias son independientes; introyectando la idea de que la acción y el esfuerzo son inútiles, percibiéndose así el sujeto como indefenso especialmente en pérdidas físicas, psicológicas o afectivas, fracasos, enfermedades, dificultades o envejecimiento por lo que el tratamiento desde esta visión es la exposición forzada al hecho de que las respuestas voluntarias producen un reforzamiento positivo, siendo una forma eficaz de romper con la indefensión aprendida (Seligman & Maier, 1967; Seligman, 1975).

Desde ésta teoría se ha entendido la depresión como un déficit en el escape ante una situación adversa después de haber estado bajo un estrés incontrolable, siendo además transferible a distintas situaciones (Landgraf, Long, Der-Avakian, Streets & Welsh, 2015).

Biológicamente también se ha fundamentado la indefensión aprendida ya que la respuesta inadvertida en los eventos adversos prolongados es mediada por la actividad serotoninérgica del núcleo del rafe dorsal, el cual funge como inhibidor de la respuesta de escape, y para revertirlo es necesario gestar un aprendizaje control, lo cual hace que por la actividad en la corteza prefrontal medial se inhiba el núcleo rafe dorsal (Maier & Seligman, 2016). Por su parte Li et al. (2011) han hallado que a nivel celular las neuronas en el habénula lateral (LHb) cuando reciben un aumento en la acción presináptica contribuyen al modelo de desamparo aprendido en casos de depresión observados en roedores.

Es entonces que se habla del desamparo y la desesperanza como explicaciones principales de la teoría cognitivo-conductual para entender el desarrollo y mantenimiento de la depresión (Henkel, Bussfeld, Möller & Hegel, 2002).

2.4.1.3 Teoría del apego

Ahora en lo que respecta a la teoría del apego, se habla de ésta conducta como la búsqueda para obtener proximidad o contacto con otra persona, principalmente en situaciones adversas (Bowlby, 1988). Siendo la relación de apego un sistema de regulación emocional que persigue la experiencia de seguridad, formando un vínculo; el cual permanece aun cuando no se encuentren los miembros de la conducta de apego (Repetur, 2005).

De acuerdo con Ainsworth (1979) existen tres patrones de apego A, B y C; el patrón B referente a un patrón seguro (se observa una relación favorable del bebé con la madre, sin ansiedad en los periodos de tiempo que la madre estaba ausente y uso de la madre como una base segura), el patrón C referente al patrón ambivalente en el que hay muestras de comportamiento ansioso en el bebé, pero a menudo también pasivo, y finalmente el patrón A evitativo/inseguro caracterizado por la presencia de ansiedad en casa, exhibiendo malestar en las separaciones más breves aunque en los episodios de reunión con la madre tienden a la evitación.

Y será el tipo de apego bajo el cual se crio una persona durante los primeros años de vida el que influirá en la resiliencia o vulnerabilidad ante eventos estresantes durante el desarrollo de la vida de la misma (Bowlby, 1988). De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio de Hooper et al. (2016) el estilo de apego inseguro está relacionado con la sintomatología de depresión.

2.4.2 Teoría conductual de la depresión desde el modelo de Nezu

En lo que respecta a las teorías conductuales de la depresión se retomó el modelo de Nezu (1987) el cual señala que el inicio y mantenimiento de la sintomatología depresiva se vincula la presencia de déficits en habilidades de solución de problemas con un incremento en la probabilidad de padecer un episodio depresivo.

De manera más específica se habla de la carencia de alguno de los componentes que intervienen en las estrategias de solución de problemas; la orientación hacia el problema, definición y formulación del mismo, generación de alternativas, toma de decisiones y la aplicación de la solución y verificación, la depresión como la consecuencia de carencias en alguno de los componentes de la estrategias de solución de problemas; la orientación hacia el problema (Nezu, 1987).

El comienzo de la depresión se encuentra en un primer momento ante la presencia de una situación difícil, la cual al no resolverse se vuelve problemática, con resultados negativos y a su vez a una reducción del refuerzo de la conducta del sujeto (Nezu, 1987).

2.5 Consecuencias

Si bien la propia sintomatología de la depresión y su cronicidad tienen consecuencias desfavorables para la vida de quien la presenta, se le añaden algunas otras si no es detectado y tratado de manera oportuna, al conducir a importantes niveles de discapacidad como se mencionaba con anterioridad.

2.5.1 Biológicas

Los análisis realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis, además de asociarse con mayor riesgo de muerte prematura (Berenzon et al., 2013).

Así mismo las enfermedades crónicas y la depresión se correlacionan de manera positiva de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y el nivel de interrupción de la vida que provoca (Moreh & O' Lawrence, 2016). Por otra parte de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio de Xiang (2016) los pacientes que reciben un diagnóstico de enfermedad crónica y quienes a su vez

tienen un historial de depresión mayor tienden a hacer menos cambios en sus estilos de vida en pro de su salud, en comparación con los que no habían presentado depresión.

2.5.2 Psicosociales

En el área psicosocial el estudio realizado por Parker, McCraw y Hadzi-Pavlovic (2015) se identificaron las consecuencias de la depresión principalmente en tres áreas: interpersonal, personal y el funcionamiento; trabajo, autocuidado, funcionamiento diario, relaciones íntimas y de afrontamiento. En el área laboral se ha encontrado que las personas con éste trastorno pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas (Berenzon et al. 2013).

En el aspecto económico la depresión ha reflejado tener consecuencias anuales estimadas en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EE.UU. además de contribuir a una disminución en la calidad de vida, de la capacidad funcional, discapacidad marcada e incremento en la utilización de servicios así como en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas (Mori & Caballero, 2010).

Finalmente en las relaciones interpersonales de acuerdo con los resultados obtenidos por Vujeva y Furman (2011) la depresión en la adolescencia media

podría perjudicar las cualidades de las relaciones románticas subsecuentes en la adolescencia tardía y adultez emergente.

2.6 Síntomas de depresión en población joven

Ahora bien ya que de manera general se ha hecho una revisión de las implicaciones actuales del trastorno de depresión, queda conocer la manera en la que se está desarrollando en la población que se encuentra en la adultez emergente o juventud, al ser la etapa de desarrollo en la que se encuentran los estudiantes universitarios que son la población del presente estudio.

La depresión históricamente se ha revisado y centrado en buena medida en los adultos mayores, sin embargo se ha encontrado y reconocido a éste trastorno como una afección grave en la población adolescentes y jóvenes, incluso se ha estimado entre un 10 y 15% de ésta población está deprimida (Moreh & O'Lawrence, 2016).

En cuanto a los estudiantes universitarios de acuerdo con Auerbach et al. (2016) los trastornos mentales son comunes, hallando en su estudio a un 20.3% de alumnos que de acuerdo con el DSM-IV presentaban un trastorno, siendo la depresión predominante en las mujeres. Añadiendo relevancia al tema los resultados obtenidos por el estudio llevado a cabo por Cubillas, Pérez, Valdez y Galviz (2012) mostraron que los y las jóvenes con sintomatología depresiva tienen

un riesgo de 16 veces mayor de tener pensamientos suicidas y cinco veces mayor para intentos de suicidio de que quienes no lo presentan.

En cuanto a los principales factores de riesgo que se han hallado en ésta población destacan; la edad ya que los adolescentes y jóvenes tienden frecuentemente a ser ignorados o recibir un mal diagnóstico por las fluctuaciones del estado anímico así como los diferentes cambios que ocurren en sus vidas durante estas etapas, ello en comparación con la población adulta mayor (Mori & Caballero, 2010; Moreh & O'Lawrence, 2016). Por otra parte Richards y Salamanca (2014) hallaron como factores de riesgo la ideación suicida y/o intensión, los antecedentes de depresión familiar y el alcoholismo.

Un factor de riesgo psicosocial en ésta población es en el área de las relaciones interpersonales, en el que de acuerdo con los resultados obtenidos por Gotlib y Asarnow (1979) existe una correlación negativa entre la depresión y la capacidad de resolución de problemas interpersonales, ya que quienes presentaron puntajes más altos de depresión obtenían a su vez puntuaciones más bajas en las relaciones interpersonales.

Así mismo se ha encontrado que el año escolar en el que se encuentren los estudiantes universitarios también puede fungir como factor de riesgo; siendo más susceptibles los alumnos de primer grado en comparación con los alumnos de postgrado, así mismo los que se cambiaron de lugar de residencia al ingresar a la

universidad, los que tienen mayores niveles de estrés financiero, soledad, problemas de imagen corporal, trastornos alimenticios (Lombardo, et al., 2014), y falta de confianza (Farrer, Gulliver, Bennett, Fassnacht & Griffiths, 2016). Por su parte Richards y Salamanca (2014; Lombardo et al., 2014) hallaron que los problemas para conciliar el sueño son también un importante factor de riesgo en esta población para éste padecimiento.

Heikki (2014) halló en su estudio la relación entre un nivel socioeconómico bajo con el consumo de antidepresivos; la población adulta joven tendía a consumir mayores antidepresivos cuando ésta se encontraba en pobreza relativa. Por su parte Bukhari y Khanam (2014) encontraron una prevalencia mayor de depresión en estudiantes universitarios predominantes en quienes pertenecían a un nivel socioeconómico medio alto en comparación con los que pertenecían a un nivel socioeconómico medio o alto.

En lo que respecta a las variables psicológicas que se ven involucradas en la aparición de la depresión refiere el estudio llevado a cabo por Calvete, Riskind, Orue y Gonzalez-Diez (2016) que en la población joven de entre 15 y 26 años de edad se halló una relación bidireccional entre las cogniciones desadaptativas; principalmente a un autoconcepto negativo y evaluación negativa, con los síntomas de depresión, mayormente en las mujeres. Por su parte señala Peñate, Perestelo, Bethencourt y Ramírez (2009) que las variables que pueden predecir

los niveles de depresión en seis meses en una población de estudiantes universitarios, son las cognitivas específicamente en dos dimensiones; la necesidad de logro (actitud disfuncional) y el neuroticismo. Así mismo Donal y Dower (2002) encontraron que los elevados niveles de neuroticismo, problemas percibidos con los padres, el abuso sexual, la ruptura de las relaciones, el fracaso educativo y el conflicto de identidad sexual son factores de riesgo que precipitan la aparición de la sintomatología depresiva.

Por otro lado referente a los factores protectores el estudio longitudinal de Carbonell et al. (2002) señala que existen tres principales factores que influyen desde la adolescencia como factores de protección (incluso volviéndose factores resilientes); la cohesión familiar, las autoevaluaciones positivas y las buenas relaciones interpersonales. Por su parte Donal y Dower (2002) hallaron en su estudio con adolescentes y jóvenes que las habilidades intrapersonales fungían un papel protector en ambos sexos así como la conexión social. De la misma manera Bovier, Chamot y Perneger (2004) hallaron que los factores que favorecen la salud mental de los adultos jóvenes están el dominio y la autoestima. Finalmente de acuerdo con Farrer et al. (2016) uno factor de protección en los jóvenes son las relaciones románticas, disminuyendo el riesgo de presentar depresión.

En consecuencia de la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios se halló una correlación negativa con el rendimiento académico (Khanam & Bukhari, 2015). Así como en la población adolescente y joven con depresión se ha hallado un mayor abuso de sustancias tales como el tabaco, alcohol y drogas ilegales (Williams, 2011).

2.7 Instrumentos psicométricos para medir la depresión

Entre las escalas validadas en México destinadas a medir la depresión se encuentran los siguientes instrumentos.

2.7.1 Escala de Depresión para Adolescentes Mexicanos (EDAM) (Calleja, 2011)

Validado por Axelrod y De Weiss (1988). Evalúa síntomas depresivos tales como: desgano, insatisfacción, inseguridad, tristeza, soledad y pesimismo, en jóvenes de entre 18 y 21 años. El instrumento se constituye por 29 adjetivos y sus posibles respuestas van de ausencia del sentimiento (1) a grado más alto del sentimiento (10). La confiabilidad de las sub-escalas oscila entre el 0.57 y 0.83.

2.7.2 Lista de adjetivos de depresión (Calleja, 2011)

Validado por Praes (1990). Evalúa sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el presente, en términos de felicidad *versus* tristeza, seguridad *versus* inseguridad, optimismo *versus* pesimismo y satisfacción *versus*

insatisfacción. Está constituido por 41 adjetivos que pueden contestarse de muy (1) a nada (10) (Diferencial semántico). Aplicado en adultos y adolescentes. Con una confiabilidad de 0.94.

2.7.3 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Validado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). Basado en el inventario de Beck, Steer y Garbin (1988 en Calleja, 2011). Evalúa la severidad de los síntomas depresivos. Es una de las escalas más utilizadas en muestras clínicas y no clínicas. Se constituye por 21 afirmaciones, en el que las respuestas pueden ser de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa). Con una consistencia interna de 0.87. Aplicada en jóvenes y adultos. Así mismo el BDI-II versión adaptada a México (González, Reséndiz & Reyes-Lagunes, 2015 en Calleja, 2015) una consistencia interna de entre 0.87 a 0.92.

2.8 Tratamiento

Entre los tratamientos existentes para la depresión se distinguen los psicológicos como farmacéuticos. De los primeros se distinguen una variedad de psicoterapias entre ellas la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TPI), en el caso de los fármacos antidepresivos tales como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS] y antidepresivos

tricíclicos [ATCs]), sin embargo para la depresión leve son socorridos los tratamientos psicosociales (OMS, 2016).

En cuanto al tratamiento, cifras en México han dado a conocer que menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado, siendo una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención, aunado a lo anterior solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo (Berenzon, et al., 2013).

2.8.1 Terapia cognitivo conductual individual para la depresión

Desde Burns (2010) el tratamiento de la sintomatología depresiva requiere de generar un cambio en las cogniciones distorsionadas, para que éstas sean más realistas y positivas.

Plantea entonces que el primer paso consiste en que el sujeto de cuenta del vínculo existente entre sus emociones (enojo, angustia y tristeza) con sus pensamientos; así como el grado en el que experimenta dichas emociones y el porcentaje en el que cree en dichos pensamientos, para tras esto discernir entre

pensamientos que originan sentimientos poco sanos produciendo respuestas poco adaptativas de los que conducen a respuestas adaptativas, para finalmente trabajar con las primeras a partir del cuestionamiento de éstas (Burns,2010).

La terapia cognitiva consiste en alrededor de 10 a máximo 20 sesiones; en las que el terapeuta busca como objetivo la reconsideración de premisas que han llevado al paciente a sentirse deprimido; ello por medio de volcarse activamente en dirigir debates en áreas problemas seleccionadas y presentadas por el paciente, generando cuestionamientos y debates dirigidos hacia los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, con la finalidad de provocar pensamientos específicos, imágenes, definiciones y significados para exponer las contradicciones internas, inconsistencias y fallas en la lógica en el pensamiento del paciente (Beck & Rush, 1978).

El terapeuta cognitivo enseña al paciente a identificar los errores específicos de la lógica en su manera de pensar para conseguir que éste reconozca y corrija estos para poder vislumbrar las situaciones y valorarlas de acuerdo a la realidad objetiva (Beck & Rush, 1978).

2.8.2 Terapia de pareja para la depresión desde un enfoque cognitivo-conductual

De acuerdo con Whisman y Beach (2012) los problemas de pareja y la depresión frecuentemente ocurren de manera conjunta ya que las personas

casadas y que se encuentran deprimidas tienden a tener un pobre ajuste marital en comparación con las que no presentan tales síntomas.

Por lo que se menciona es relevante hablar de un tratamiento terapéutico a desde un enfoque cognitivo-conductual el cual se plantea como objetivos: eliminar los principales factores de estrés, restablecer actividades positivas en la relación, mejorar la comunicación, buscar resoluciones favorables de problemas en la relación solidificando las ganancias de la terapia así como finalmente se pretende evitar recaídas y contribuye finalmente a la reducción de síntomas depresivos tal como un tratamiento individual, sin embargo, es más eficaz en un mejor ajuste en la relación (Whisman & Beach, 2012).

Desde este enfoque la terapia tiende a durar alrededor de 20 sesiones en las cuales en un primer momento se lleva a cabo una evaluación de la pareja y de la sintomatología depresiva; con el fin de conocer las percepciones de las problemáticas actuales, así como la frecuencia e intensidad de los conflictos existentes y las formas usuales bajo las cuales los resuelven, por otro lado se evalúan creencias que tienen del otro, de los demás y sobre su relación (expectativas y sentimientos positivos y negativos) y se culmina la entrevista con el establecimiento de metas esperadas con la terapia abordando previamente los puntos fuertes de la relación y de la eficacia del tratamiento (Whisman & Beach, 2012).

Durante las sesiones del tratamiento se aborda una agenda para cada sesión, la necesaria colaboración de ambos miembros, la revisión de tareas asignadas, el enfrentamiento a problemas, aprendizaje de nuevas habilidades y formas de relacionarse así como la participación activa durante las sesiones y evaluación de los síntomas depresivos (Whisman & Beach, 2012).

Esta terapia tiene tres etapas: la primera busca eliminar factores de estrés y reestablecer actividades favorecedoras para la relación, la segunda etapa tiene como objetivo mejorar la comunicación y la resolución de problemas y la tercera etapa pretende principalmente mantener las ganancias del tratamiento y prevenir recaídas (Whisman & Beach, 2012).

2.9 Satisfacción en la relación de pareja y depresión

De acuerdo con Arnett (2001) durante la etapa de adultez emergente o juventud una de las principales tareas de ésta etapa del desarrollo es la búsqueda del establecimiento de una relación de pareja estable y perdurable. Coincidiendo con ello Barry, Madsen, Nelson, Carroll y Badger (2009) señalan que la etapa de la adultez joven está muy vinculado con el establecimiento de relaciones de relaciones amorosas, en su estudio con una población jóvenes de entre 18 y 26 años hallaron que el logro de la identidad de ésta población estaba relacionado positivamente con cualidades de la relación romántica, no siendo así con las de amistad.

Tales relaciones se caracterizan por ser más duraderas, incluir la atracción sexual, intimidad, el cuidado del otro, etc. (Rivera, Cruz & Muñoz, 2011). Sin embargo, muy pocos estudios han fijado su atención en los trastornos mentales y las relaciones de pareja de tipo noviazgo de ésta población, los cuales son temas que se presentan frecuentemente en ésta población.

Prager y Buhrmester (1998) hallaron que el cumplimiento de las necesidades individuales de estudiantes universitarios estaba muy relacionado con el bienestar; prediciendo niveles más altos de vida y satisfacción de la relación de pareja y bajos niveles de síntomas depresivos y ansiosos, malestar psicológico, baja autoestima y soledad. En tanto a la propia satisfacción de pareja Zimmerman-Gembeck y Petherick (2006) en el estudio que llevaron a cabo con población joven de entre 17 y 21 años de edad encontraron una asociación positiva entre los elevados índices de intimidad con la satisfacción en sus relaciones amorosas, siendo más fuerte en quienes tenían mayor edad, cuando éstos tenían identidades vocacionales más formadas.

Por su parte Katz, Beach y Joiner (1999) realizaron un estudio con 105 estudiantes universitarios y sus respectivas parejas en el que se halló una correspondencia significativa en la pareja entre la sintomatología depresiva; es decir un mayor riesgo de padecer depresión para quienes tienen una pareja con sintomatología depresiva, siendo más vulnerables al contagio de la depresión quienes buscaban confianza o reafirmación por parte de su pareja.

En estudios más actuales tal como es el caso de Rivera et al. (2011) realizado con jóvenes de entre 18 y 26 años de edad con algún tipo de relación de pareja, encontraron que la presencia de síntomas depresivos predominaba en las mujeres con un 27% en comparación con los hombres quienes mostraron un 7% de ésta sintomatología, en cuanto a la satisfacción en la relación de pareja se vio disminuida por los niveles de ansiedad y el miedo a la intimidad. Sin embargo se encontró que las relaciones de los jóvenes son predominantemente satisfactorias, siendo mayor en las que predomina la estabilidad y el compromiso aunque sin relacionarse con el tiempo de la misma, no hallándose una relación significativa entre el nivel de satisfacción en la relación con la depresión, lo cual explican los autores se puede deber a que éstos no son de alta gravedad, sin embargo, de acuerdo con la revisión literaria científica se ha visto que la sintomatología depresiva puede disminuir la probabilidad de establecer relaciones afectivas (Rivera et al., 2011).

Sin embargo la mayoría de estudios que han vinculado la satisfacción de pareja con la depresión ha sido con parejas casadas y en la adultez madura, en las que se ha encontrado que existe una correlación entre el nivel de depresión con la falta de intimidad, la menor aserción y una mayor agresión del conyugue, así como en las relaciones de inequidad e insatisfacción con la toma de decisiones (Moreno, Rodríguez, Carrasco & Sánchez, 2009).

Se ha visto entonces que el estado civil de las personas puede fungir tanto como factor de riesgo o de protección frente a la depresión, de acuerdo Martínez (2009) la depresión grave es más frecuente en los solteros, divorciados y viudos, en comparación con los casados; al ser un factor protector las relaciones satisfactorias de pareja, sin embargo se habla de éstas mismas como un factor riesgo si hay problemas en dichas relaciones. Continuando con la idea de las relaciones de pareja como factores que disminuyen la probabilidad de presentar depresión Montesano e Izu (2016) señalan que los mecanismos relacionales dentro de una pareja al verse fortalecidos dentro de la misma contribuyen a un decremento de la sintomatología de depresión en un proceso terapéutico.

En la misma dirección de las relaciones interpersonales de tipo amorosas de pareja se ha encontrado que la predominancia superior de los síntomas depresivos en las mujeres, es dado que ellas ofrecen mayor importancia a las características de intimidad y conexión emocional, dando mayor importancia a pérdidas afectivas; perturbándose asimismo por la ausencia física o afectiva de la pareja, a su vez afectando los sentimientos del otro y la percepción de su soporte social; provocando episodios de ansiedad y posteriormente de depresión (Martín & Waysel, 2009 citado en Bouquet, 2013). Igualmente se ha asociado positivamente este trastorno con la hostilidad (culpar, atacar e ignorar comportamientos) dirigidos al otro miembro de la pareja (Knobloch-Fedders, Knobloch, Durbin, Rosen & Critchfield, 2013).

Basco et al. (1992) hallaron en los resultado arrojados por su estudio con pacientes deprimidos y sus cónyuges, en comparación con un grupo control, que en el primer grupo existía una mayor insatisfacción marital, menor capacidad de comunicación y resolución de problemas así como mayores probabilidades de presentar deterioro en la para establecer y sostener intimidad.

Así mismo, se ha hallado una relación causal entre la depresión y satisfacción marital en el estudio de Fincham et al. (1997) se encontraron resultados convergentes, en los hombres una relación causal de la depresión a la satisfacción marital, mientras que en las mujeres se presentó de manera inversa de la satisfacción a la depresión.

Whitton y Whisman (2010) hallaron en su estudio que la inestabilidad de la satisfacción en la relación marital predice la varianza en los síntomas depresivos, señalando que a una mayor fluctuación en la satisfacción de pareja las mujeres tendían a un mayor nivel de sintomatología depresiva. Por su parte el estudio llevado a cabo por Khan y Aftab (2013) demostró una asociación predictiva entre la satisfacción marital con la depresión.

Capítulo 3. Esquemas desadaptativos tempranos

3.1 Definición de esquemas

El concepto de esquema, es empleado por diversas áreas entre las que se encuentran: la geometría algebraica, la educación, la teoría de conjuntos, análisis literarios, programación computacional, psicología, entre otras, pero de manera general un esquema es una estructura, un marco o un perfil (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

La palabra esquema proviene del griego (σχῆμα) que refiere a un patrón o marco organizado que ayuda a crear de manera ordenada y compleja los estímulos y experiencias. Dentro de la psicología el término esquema fue introducido por Beck en la teoría cognitiva, con la que posteriormente desarrollo su teoría. Dentro del desarrollo cognitivo el término refiere a un patrón impuesto que nos ayuda a explicar las experiencias individuales mediante las percepciones que guían nuestras respuestas, siendo una representación abstracta que nos permite interpretar la información y solucionar problemas (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011).

Por tanto, podemos desarrollar un esquema lingüístico para entender e interpretar esquemas culturales. Dentro de la psicología, es probable que se asocie con la teoría desarrollada por Piaget (1955 en Rafaeli et al., 2011) que

escribió sobre las diferentes etapas del desarrollo cognitivo durante la infancia mientras que Bartlett (1932 en Rafaeli et al., 2011) lo utilizó para explicar el rol que cumplen estos esquemas en el aprendizaje de nueva información y para la recuperación de recuerdos.

De acuerdo con Young et al. (2003) un esquema cognitivo es una representación abstracta de las características específicas de ciertos acontecimientos que nos permite orientar la interpretación de la información y la resolución de problemas funcionando como un principio organizador global que nos ayuda a representar y dar sentido a la experiencia vital. El término esquema se desarrolla fundamentalmente en la psicología evolutiva y específicamente en el desarrollo cognoscitivo, de modo que, un esquema es “un patrón impuesto sobre la realidad o experiencia para ayudar a los individuos a explicarla, para mediar la percepción y para orientar sus respuestas” (p. 35).

Muchos de los esquemas se configuran en la infancia, se mantienen, se elaboran y posteriormente se imponen en las experiencias de la vida adulta de manera que vamos dando una “coherencia cognitiva” a la forma en como representamos la opinión que tenemos sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo, a pesar de que estas representaciones pueden ser inexactas, inapropiadas o distorsionadas de la realidad (Young et al., 2003). Por tanto un esquema puede ser positivo o negativo, adaptativo o desadaptativo, puede ser temprano o tardío. Cabe resaltar que para cada uno de estos esquemas precoces

desadaptativos existe un esquema adaptativo correspondiente (Elliot; Elliot & Lassen, 1997 en Young et al., 2003). Por otra parte pueden relacionarse con los estadios tempranos de Erikson (1950 en Young et al., 2003) donde la resolución favorable de un estadio produce un esquema adaptativo mientras que la resolución desfavorable producirá un esquema desadaptativo.

Young (1990,1999 en Young et al., 2003) supuso que la formación de estos esquemas, principalmente los generados por experiencias infantiles tóxicas, podrían hallarse en los trastornos de personalidad o problemas de carácter severos, debido a esto definió una serie de esquemas a los que denominó esquemas desadaptativos tempranos.

3.2 Teoría de Young de los esquemas desadaptativos tempranos

Los esquemas desadaptativos tempranos son estructuras estables y duraderas elaboradas durante la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida del individuo y son altamente disfuncionales (Young, 1999 en Herrera, 2014).

Un esquema desadaptativo temprano es un patrón generalizado, constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, es referente a uno mismo y a la relación que se establece con los demás, se desarrolla durante la infancia o adolescencia a partir de una experiencia temprana

toxica o donde las necesidades básicas no se completaron, se elabora a lo largo de la vida y es disfuncional en un grado significativo para la vida del sujeto, es decir; son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que pueden iniciar en la infancia y que se refuerzan a lo largo de la vida del sujeto. Es importante destacar que la conducta disfuncional de un individuo no será parte de esquema del sujeto, sino que dicha conducta será la respuesta ante cierto esquema (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

La teoría de los esquemas parte de afirmar que el ser humano nace con un conjunto de necesidades emocionales básicas o universales que requieren ser satisfechas, tales como la necesidad de seguridad, la autonomía, la autoestima, autoexpresión, de buenas relaciones con los demás y límites realistas. Aunado a la interacción entre el medio ambiente y el temperamento se conducirá al cumplimiento o no de necesidades emocionales básicas. En el caso de no satisfacerse dichas necesidades emocionales básicas se originan patrones disfuncionales (Serrani, 2013).

Hay cuatro formas en las que el medio ambiente puede frustrar las necesidades emocionales nucleares del niño y fomentar la adquisición de un esquema desadaptativo temprano:

- 1) Frustración tóxica de necesidades: ocurre cuando el niño tiene demasiado poco de algo bueno. De esta frustración pueden desarrollar esquemas tales como la privación emocional o el abandono a causa de déficit en el ambiente

familiar ya que puede carecer de algo importante como estabilidad, comprensión o amor.

2) Traumatización o victimización: donde se hiere o se victimiza al niño y puede desarrollar esquemas como la desconfianza/abuso, imperfección/vergüenza o vulnerabilidad al peligro.

3) Demasiado de algo bueno: donde los padres dan al niño demasiado de algo que si tuviera mayor moderación sería saludable para el infante, si esto ocurre los esquemas que se pueden generar son dependencia/incompetencia o grandiosidad/autorización. No se satisfacen las necesidades nucleares de límites realistas y autonomía donde los padres están excesivamente implicados en la vida del niño, pueden por un lado sobreprotegerlo o por el otro otorgarle un grado excesivo de libertad y autonomía sin ningún límite.

4) La internalización selectiva o identificación con otras personas significativas, donde el niño se identifica e interioriza los pensamientos, sentimientos experiencias y conductas de los padres, esta expresión significa que la normativa en la familia del niño se interioriza pero sólo en aspectos seleccionados por el sujeto, es decir, no internalizara aspectos que no compaginen con su temperamento ya que ciertas conductas de los padres serán contrarias a la disposición del niño.

Algunas de estas internalizaciones se convierten en esquemas y algunas otras solo en estilos de afrontamiento. En el caso por ejemplo de una familia

severa y centrada en el deber puede ser frustrado en la necesidad para la espontaneidad y originar normas de esquemas implacables (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

Un aspecto que se debe tomar en cuenta en la formación de esquemas es el temperamento emocional debido a que la interacción de las experiencias infantiles dolorosas con el temperamento del niño lo llevara a desarrollar cierto esquema. Sin embargo, no todos los esquemas desadaptativos tempranos se generan necesariamente en la infancia, es decir, un sujeto puede desarrollar un esquema de dependencia/incompetencia sin haber experimentado ninguna experiencia traumática en la infancia pero esto no quiere decir que por no haberse desarrollado en la infancia no será igual de disfuncional y destructivo. Por lo tanto la mayoría de los esquemas han sido causados por experiencias nocivas de manera repetitiva en la infancia o adolescencia, causando que todas estas experiencias tóxicas tengan un efecto acumulativo y en conjunto generan la aparición de esquemas (Young et al., 2003).

Aludiendo a la explicación de Young (1999 en Contreras & Tello, 2011) señala que los esquemas desadaptativos tempranos son creencias incondicionales y sentimientos acerca de uno mismo en relación al ambiente, son verdades “antes de” que la persona considera como ciertas sin ni siquiera realizar un análisis previo, es la verdad suprema y por encima de esto no hay nada. Se

reflejan tanto en el estado emocional como en el comportamiento de una persona en un momento dado (Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012).

Los esquemas desadaptativos tempranos luchan por mantenerse para continuar con la “coherencia cognitiva” que necesita el sujeto, este esquema es lo que el individuo conoce y a pesar de que le produzca sufrimiento le es cómodo y familiar. Estos esquemas influyen en el modo de pensar, sentir, actuar y relacionarse con los demás y por paradójico que parezca recrean en su vida adulta las condiciones dolorosas en las que vivieron su niñez. Las personas se sienten sujetos a ellos y por esta razón les cuesta modificarlos (Young et al., 2003).

En la vida adulta, los esquemas son activados por experiencias que de manera inconsciente, se perciben como similares a los acontecimientos nocivos de su infancia. Cuando esto ocurre la persona experimenta una intensa emoción negativa, entre mayor gravedad tenga el esquema desadaptativo mayores situaciones son las que lo activarán (Young et al., 2003). Dichos patrones disfuncionales pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas y son percibidas como verdades incuestionables (Serrani, 2013).

Además, los esquemas desadaptativos tempranos se autoperpetúan (lo que los hace resistentes al cambio; conformando un núcleo de ideas que construyen el autoconcepto), son significativamente disfuncionales y recurrentes (conducen directa o indirectamente a estados de malestar psicológico), suelen estar

activados por eventos relevantes para un esquema particular, están usualmente más vinculados con altos niveles afectivos cuando son activados y son el resultado del temperamento innato infantil y la interacción con eventos disfuncionales con los parientes de primer grado (Young 1999, en Herrera, 2014).

Desde esta teoría la disfunción es producida por un proceso de perpetuación del esquema desadaptativo, en la que el individuo adulto responde a las situaciones presentes en consonancia con creencias esquemáticas formadas a través de experiencias tóxicas de la infancia, activándose el esquema junto con las emociones negativas asociadas llevando además a manifestaciones conductuales precedentes igualmente desadaptativas. Cuando la persona se encuentra en situaciones adultas que activan su esquema lo que viven es el drama de su infancia que vivo con uno de sus padres. Las influencias del aspecto social como los amigos, la escuela, la comunidad, o la cultura son de suma importancia en la maduración para el desarrollo de esquemas, sin embargo, el desarrollo de esquemas tardíos no son ni tan generalizados ni tan poderosos (Young et al., 2003).

Los esquemas desadaptativos tempranos (EMT) de acuerdo a Young y Klosko (1994) se originan en representaciones basadas de la realidad y en su comienzo puede generar respuestas adaptativas a las situaciones que los generan. Sin embargo, la disfuncionalidad se presenta cuando estas percepciones

ya no son ajustadas a la realidad y son los mecanismos humanos de supervivencia lo que genera una poderosa energía que defiende a estos esquemas a todo intento de modificarlos, forzando a otras percepciones a ajustarse a ellos (López et al., 2011, en Herrera 2014). La naturaleza disfuncional de estos esquemas puede reflejarse en etapas posteriores de la vida cuando los sujetos siguen perpetuando su esquema en la interacción con otras personas a pesar de que sus percepciones no son correctas, la manera disfuncional en como aprende a enfrentar su esquema desadaptativo suele relacionarse con síntomas crónicos como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias y trastornos psicosomáticos (Young et al., 2003).

Como previamente se ha mencionado los esquemas desadaptativos tempranos parten de necesidades emocionales nucleares que no fueron satisfechas en la infancia, y éstas son cinco: 1) vínculos seguros con los demás (incluye seguridad, estabilidad, cuidados y aceptación) 2) autonomía, competencia y sentido de identidad 3) libertad para expresar necesidades y emociones validas 4) espontaneidad y juego 5) límites realistas y auto-control. Estas necesidades son universales aunque algunos las tienen con mayor intensidad que otros. La persona que puede satisfacer de manera funcional estas necesidades estará psicológicamente sana (Young et al., 2003).

3.3 Tipos de esquemas desadaptativos tempranos

Ante la insatisfacción de las necesidades emocionales básicas, el niño desarrolla ciertos estilos de afrontamiento con la finalidad de sobrevivir: exceso de compensación (combates en el esquema y actuar como si lo opuesto fuera cierto), entregar (o ceder a la esquema) y la evitación (tratando de evitar la activación de esquemas). Si bien en un inicio el uso de tales estrategias fue la adaptación con el paso del tiempo estos se vuelven disfuncionales (Young et al., 2003).

Los esquemas desadaptativos tempranos son 18 y están agrupados en cinco categorías que se denominan “dimensiones de esquemas” (Young et al., 2003) los cuales se describen a continuación:

3.3.1 Dimensión I. Desconexión y rechazo

Las personas que se crían en ambientes carentes de afecto, aceptación y estabilidad en su vida adulta asumen que no van a encontrar amor, aceptación y seguridad. Además de cargar con la expectativa de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidado, empatía, intercambio de sentimientos, aceptación y respeto no se cubrirán. Los pacientes que se encuentran en esta dimensión son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios. Las familias de origen pueden ser inestables, generando un esquema de abandono/inestabilidad, abusadoras, ocasionando esquema de

desconfianza/abuso, frías, desarrollando un esquema de privación emocional, con tendencia al rechazo, ocasionando un esquema de imperfección/vergüenza o familias aisladas del mundo externo, generando un esquema de aislamiento social/alienación. Los esquemas que son más perjudiciales para el sujeto suelen ser los primeros cuatro. Estas personas han sufrido infancias traumáticas y en la vida adulta suelen relacionarse de manera autodestructiva o evitativa (Young et al., 2003).

3.3.1.1 Abandono/inestabilidad

En este esquema, el sujeto percibe inestabilidad en la manera de vincularse con los demás, tiene la sensación de que las personas significativas no están porque son emocionalmente inestables, se presentan de manera esporádica, pueden morir o abandonarlos por alguien mejor que ellos (Young et al., 2003). Versa en la creencia de que los demás no pueden dar apoyo fiable y estable. Sensación de que las personas significativas no podrán seguir siendo un apoyo emocional, relación, fortaleza o protección ya que son emocionalmente inestables o simplemente pueden abandonarle (Rafaeli et al., 2011).

3.3.1.2 Desconfianza/abuso

Dentro de este esquema, la persona tiene la creencia de que los demás aprovecharán una oportunidad para usarlo con fines egoístas (Young et al., 2003). La persona espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él. Expectativa de

que le dañarán, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, etc. de manera intencional (Rafaeli et al., 2011).

3.3.1.3 Privación emocional

Es la creencia de que el deseo de vincularse con el otro no será satisfecho y podemos clasificarlo en tres formas: 1) privación de cuidados donde existe falta de afecto 2) privación de empatía donde hay ausencia de comprensión y escucha 3) privación de protección donde encontramos falta de determinación u orientación de los otros gira en torno a la creencia en que no se lograrán cubrir las necesidades emocionales, de empatía y protección (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.1.4 Imperfección/ vergüenza

En este esquema se mantiene la creencia de ser imperfecto, malo, inferior o poco merecedor (Young et al., 2003) además de ser poco deseable para los otros. Por el creerse defectuoso, inferior se ve como no digno de ser amado por las personas importantes para sí. Puede involucrar: hipersensibilidad a la crítica tener sentimientos de rechazo, culpa, compararse con los demás así como sentirse avergonzado (Rafaeli et al., 2011).

3.3.1.5 Aislamiento social/alienación

Es la creencia de ser diferente a los demás o de no encajar en su grupo social (Young et al., 2003) creen de no ser parte de la comunidad ni de su familia además de percibir que está solo (Rafaeli et al., 2011).

3.3.2 Dimensión II. Deterioro de autonomía y desempeño

Los pacientes que tienen predominio en este esquema presentan expectativas sobre sí mismo y el mundo que interfieren con su capacidad para percibirse como autónomos e independientes además de la dificultad que tienen para diferenciarse de las figuras parentales. Durante su infancia, estas personas tuvieron padres sobreprotectores o por el contrario, con menos probabilidad para desarrollar este dominio, no les cuidaron ni les protegieron; ambos extremos del ambiente familiar llevan a problemas relativos a la autonomía. Estas personas no son capaces de forjar metas ni crear su propia identidad (Young et al., 2003).

3.3.2.1 Dependencia/incompetencia

Creencia de ser incompetente y estar desamparado así como la creencia de necesitar de los otros para desempeñarse. Es común esté presente la creencia de desamparo (Rafaeli et al., 2011). Con este esquema, las personas creen ser incapaces de manejar sus responsabilidades sin que los demás le ayuden, entre las actividades cotidianas que no se sienten capaces de resolver se encuentra el

gestionar dinero, resolver problemas prácticos, establecer juicios, acometer nuevas tareas o tomar buenas decisiones (Young et al., 2003).

3.3.2.2 Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad

Refiere a la espera de experiencias negativas que no controlarán. Dentro de este esquema, la persona tiene miedo exagerado a que se produzca un acontecimiento catastrófico que no sea capaz de afrontar. Sus temores se centran en tres tipos de acontecimientos: 1) Médicos, como un ataque al corazón o enfermedades de transmisión sexual etc. 2) Emocionales, como perder el control o volverse loco etc. y 3) Externas, como ser asaltado, tener un accidente etc. (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.2.3 Apego confuso y/o inmaduro

Las personas con este esquema, suelen estar muy implicadas con personas significativas en su vida donde se incluyen sentimientos fusión con el otro creyendo que uno no puede funcionar sin el otro, además se carece del sentido de identidad y dirección de la propia vida. Consiste en la creencia de no poder ser feliz o vivir sin el apoyo constante de los demás (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.2.4 Fracaso

Creencia de la persona de haber fracasado en el pasado y que eso continuará. Además de verse inadecuado a comparación de los demás en cualquier área que involucre logro (Rafaeli et al., 2011). La persona cree que fallara en cualquier área de su vida y que no alcanza logros importantes debido a su ineptitud, ausencia de talento y éxito además de creer que es inadaptado en relación con lo demás (Young et al., 2003).

3.3.3 Dimensión III. Límites inadecuados o deficitarios

Las personas que se sitúan en esta dimensión no han desarrollado límites internos apropiados en relación a la reciprocidad o a la auto-disciplina. Suelen parecer sujetos egoístas, irresponsables, narcisistas o malcriados. Las familias en las que se desarrollaron pudieron ser excesivamente permisivas o indulgentes, de niños, a estas personas no se les exige respetar normas ni desarrollar autocontrol y de adultos, tienen dificultad para controlar impulsos y postergar gratificaciones en beneficio de logros futuros. Además de carecer de auto disciplina albergan sentimientos de superioridad. Por ende existe una dificultad para respetar los derechos de los demás y para cooperar con los otros, dificultando la realización de metas realistas o el compromiso en las actividades cotidianas (Young et al., 2003).

3.3.3.1 Grandiosidad

Creencia de superioridad en referencia a los demás. Considerando entonces tener derecho a privilegios especiales y sin reglas (Rafaeli et al., 2011). No se sienten vinculados a las normas sociales de reciprocidad prefieren hacer lo que ellos desean hacer sin considerar lo que esto conlleva para los demás. Pueden buscar el poder y tratar de mantenerlo dentro de cierto ámbito de su vida, por ejemplo pertenecer a un grupo de los más famosos o los más ricos. Suelen ser excesivamente demandantes y dominantes y carecer de empatía (Young et al., 2003).

3.3.3.2 Insuficiente autocontrol/autodisciplina

Puede mostrarse tanto en personas impulsivas como en aquellos que presentan dificultad con la autodisciplina o autocontrol. Muestran dificultad para tolerar la frustración para lograr objetivos personales. Estas personas regulan la expresión emocional o los impulsos y en forma leve, suelen presentar un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.4 Dimensión VI. Tendencia hacia el otro

Dentro de esta dimensión, los sujetos suelen atribuir mucha importancia a satisfacer las necesidades de los demás sobre las propias esto con la finalidad de

evitar el rechazo y mantener una conexión emocional. Dentro de sus interacciones sociales, centran su atención en las respuestas de los demás dejando a un lado sus propias necesidades e incluso carecen de conciencia sobre sus impulsos de ira y preferencias. Mientras eran niños carecían libertad para seguir sus deseos naturales, de adultos se guían en base a las preferencias ajenas. Las familias de origen de estas personas, fueron educados para prescindir de aspectos importantes de sí mismos con tal de recibir amor y aprobación, en algunas ocasiones, los padres valoraban más aspectos socialmente aceptados que la necesidad del niño (Young et al., 2003). Se vincula con un enfoque excesivo de los deseos, sentimientos y reacciones de los otros a costa de los propios, a fin de obtener amor y aprobación. En este grupo se encuentran los siguientes esquemas: subyugación, auto-sacrificio y búsqueda de aprobación/reconocimiento (Rafaeli et al., 2011).

3.3.4.1 Subyugación

En este esquema las personas se rinden de manera excesiva ante el control de los demás percibiéndose obligados a ello, la función que cumple es la de evitar la ira, represalias o el abandono por parte de los demás. Existen dos formas de subyugación 1) necesidades de subyugación, donde se suprimen las preferencias y 2) emocionales de subyugación, donde se suprimen las respuestas emocionales. Las personas con este esquema, suelen creer que sus necesidades

y sentimientos no son valioso ni importantes, además de que tienen un exceso en el cumplimiento de las necesidades de los demás también presentan hipersensibilidad a la sensación de percibirse atrapado. Estos sentimientos los llevan a manifestar síntomas desadaptativos que en su mayoría son guiados por la ira reprimida (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.4.2 Autosacrificio

Este esquema nos habla de un descuido de las propias necesidades para satisfacer voluntariamente la de los demás con la finalidad de evitar el dolor ajeno, la culpabilidad, lograr autoestima o mantener un vínculo emocional con alguien significativo al que percibe como necesitado. El auto-sacrificio se deriva de la hipersensibilidad hacia el sufrimiento ajeno. La sensación de que las propias necesidades no se satisfacen pueden llevar a sentimientos de resentimiento (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.4.3 Búsqueda de aprobación/ reconocimiento

Deseo de ganar la aceptación o reconocimiento de los otros. Existe un excesivo énfasis en lograr la aprobación o el reconocimiento sin importar su sentido de seguridad y valía propia (Rafaeliet al., 2011). Su autoestima depende de la respuesta de los demás que de sus propias reacciones. Estas personas se preocupan por el estatus y la apariencia social, el dinero o el éxito para llegar a la

aprobación o el reconocimiento. Sus decisiones no los conducen a satisfacciones puesto que estas no son auténticas ni vitales (Young et al., 2003).

3.3.5 Dimensión V. Sobrevigilancia e inhibición

Las personas que se encuentran en esta dimensión suprimen sus impulsos y sentimientos naturales. Intentan satisfacer las reglas rígidas que los guían para hacer una buena ejecución a pesar de que su felicidad, su buena salud, sus relaciones cercanas o su autoexpresión se vean afectadas de manera negativa. Su familia de origen promovió una infancia triste, reprimida y estricta en donde el autocontrol y la auto-negación estuvieron presentes antes que la espontaneidad y el placer. Cuando eran niños no se les animó a buscar la felicidad a través del juego o de actividades placenteras, por el contrario, aprendieron a vigilar los acontecimientos negativos de la vida. Suelen transmitir pesimismo, temor y preocupación hacia la vida futura, ya que la perciben como catastrófica y es importante estar alerta para prever cualquier anomalía (Young et al., 2003).

3.3.5.1 Negatividad/pesimismo

Atención selectiva sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Reduciendo o eliminando los aspectos positivos Este esquema conlleva una expectativa exagerada de que los acontecimientos de la vida empeorarán de manera grave y en varios aspectos de la vida como el

laboral, el financiero o el interpersonal. Presentan un miedo exagerado por cometer errores y provocar que los acontecimientos desafortunados ocurran y sentirse atrapado en una situación indeseable. Por tanto exageran los posibles resultados negativos de los ámbitos de su vida centrándose en la hipervigilancia, la aprehensión, la hipervigilancia, la queja y la indecisión (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.5.2 Control excesivo/inhibición emocional

Este esquema implica mantener el control excesivo de las acciones, emociones o comunicación espontánea, buscando evitar la desaprobación, la vergüenza guardando el control de los impulsos. Las áreas inhibición más común son 1) inhibición de la ira 2) inhibición de los impulsos positivos 3) dificultad para expresar vulnerabilidad 4) énfasis en lo racional para evitar la parte emocional. Suelen ser fríos, distantes o planos (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.5.3 Metas inalcanzables/hipercriticismo

Creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica. La persona con este esquema mantiene la creencia de que debe esforzarse mucho por satisfacer sus estándares internos que suelen ser muy altos con la finalidad de evitar la vergüenza o desaprobación. Lleva al sujeto a estar constantemente criticándose y presionado. Puede presentarse de diversas maneras 1) perfeccionismo, donde existe la

necesidad de hacer las cosas de una manera correcta y con mucha atención al detalle 2) metas rígidas y “deberías”, donde se incluyen las áreas morales, culturales o religiosas 3) preocupación por tiempo y eficiencia (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

3.3.5.4 Castigo

Creencia de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Existe una tendencia hacia la intolerancia e impaciencia hacia las personas, incluido uno mismo, que no satisfacen los propios estándares. Tiene dificultad para olvidar y perdonar los errores porque es reacio a considerar circunstancias externas, permitir la imperfección humana o contemplar las intenciones de las personas (Young et al., 2003).

Algunos de los esquemas desadaptativos son más disfuncionales que otros entre ellos la privación emocional, aislamiento social vulnerabilidad y control insuficiente (Scott & Crino, 2014)

3.4 Evaluación

Para la evaluación y educación de esquemas es importante considerar los siguientes 6 pasos: 1) La identificación de los patrones de vida disfuncionales 2) La identificación y activación de los esquemas precoces desadaptativos 3) La comprensión de los orígenes de los esquemas en la infancia adolescencia 4) La

identificación de estilos de afrontamiento y respuestas 5) La evaluación del temperamento 6) Unificación de todo lo anterior: la conceptualización del caso (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

Aunque la evaluación lleve una estructura definida no solamente se realizará exclusivamente con un inventario. El terapeuta deberá además de ello plantear hipótesis en base a los datos que se recaben y con ello adapta dichas hipótesis a la información nueva recabada. A medida que el terapeuta evalúa los patrones de vida de su paciente, estilos de afrontamiento y temperamento, la información se incorpora en la formulación del caso (Young et al., 2003).

La evaluación será multifacética donde se incluye la historia de vida, cuestionarios de esquemas, auto-monitoreo mediante registro y ejercicios de imaginación que activan esquemas emocionalmente y ayudarán a establecer vínculos entre los problemas presentes con los pasados de su infancia para que al final de este proceso se logre una formulación de caso completa que deberá contener conceptos de la terapia de esquemas y finalmente se comenzará con el plan de tratamiento donde se acordara que el terapeuta y el paciente trabajaran de manera colaborativa para lograr aprendizajes además de que el terapeuta ayudara para la educación del paciente sobre la terapia de esquemas (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011).

En la primera sesión se realizara una entrevista para recabar información sobre los problemas presentes del paciente, los objetivos de la terapia, y sus necesidades emocionales, esto se realiza con la finalidad de clarificar, mantener focalizados estos puntos y guiar la agenda personal del paciente dentro de la terapia, si el terapeuta no clarifica, corre el riesgo de llevar la terapia desorientada y sin objetivo (Rafaeli et al., 2011).

La terapia de esquemas no es recomendada para todos por ello dentro de la evaluación será importante identificar si el paciente es apto para la terapia. De manera particular, la terapia de esquemas, no será la mejor elección si el paciente presenta alguna sintomatología aguda o severa en el eje uno del DSM-IV-TR que podría ser tratada con otro tipo de tratamiento como la terapia cognitiva-conductual, no deberá estar viviendo una crisis aguda, no deberá presentar psicosis en ninguna de sus formas, no deberá abusar de drogas, alcohol o algún tipo de sustancia toxica que interfiera con la terapia ni presentar problemas que son situacionales y que no tienen que ver con modos desadaptativos constantes dentro de su vida (Rafaeli et al., 2011).

Entre la primera y segunda sesión se aplica el cuestionario de esquemas de Young (YSQ) en su tercera edición que contiene ítems referentes a los 18 esquemas dentro de una escala Likert con 6 opciones de respuesta que va de “completamente falso en mi” a “me describe perfectamente” donde se identificara

el esquema predominante. Si los resultados de algunos ítems no coinciden con la evaluación anterior, el terapeuta puede clarificar junto con el paciente para determinar qué información se tomara como válida (Rafaeli et al., 2011).

Otro segundo instrumento de medición es el inventario de crianza de Young (YPI) que al igual que el YSQ está compuesto por una escala Likert con 6 opciones de respuesta de acuerdo a sus experiencias en la infancia y a posibles orígenes del esquema. Estos dos instrumentos permiten al terapeuta realizar sus hipótesis (Rafaeli et al., 2011).

Para evaluar los esquemas descritos por Young et al. (2003 en Pedroza, 2014) en adultos Young desarrolló un cuestionario de escala tipo Likert de 6 puntos, el cual ha tenido varias versiones desde que se creó. Su primer versión el YSQ-L1 (Young Schema Questionnaire Long Form 1) estaba integrado por 123 reactivos en escala likert con 6 opciones de respuesta y evaluaba 15 esquemas que se agrupaban en 3 dominios (Young & Brown, 1990 en Pedroza, 2014). De esta derivó el YSQ-L2 (Young Schema Questionnaire Long Form 2) con 205 reactivos en escala tipo Likert con las mismas 6 respuestas y evalúa 16 esquemas que se agrupan en 5 dominios (Young & Brown, 1994 en Pedroza, 2014). De esa versión se hizo una forma corta (YSQ-S2) con 75 reactivos en escala Likert con 6 opciones de respuesta evaluando 15 esquemas agrupados en 5 dominios (Young, 1998 en Pedroza, 2014).

La versión actual está compuesta por 232 reactivos en escala Likert con 6 opciones de respuesta que va de “completamente falso en mí” a “me describe perfectamente” donde se evalúan 18 esquemas propuestos por Young (YSQ-L3; Young, 2003 en Pedroza, 2014). De la cual también se extrajo una versión corta que cuenta con 90 reactivos que evalúan los mismos 18 esquemas de la versión larga. En estas versiones se agregaron los esquemas de: Castigo, negatividad y búsqueda de aprobación integrados a la teoría de Young (Young et., al, 2003 en Pedroza, 2014). Se ha aplicado a una población a partir de los 16 años, pero en el caso de la Escala de Esquemas Desadaptativos Tempranos (EMT) en niños de 8 a 13 años validado en población mexicana está conformado por 22 EMT correspondientes a los dominios propuestos por Young (2003 en Pedroza, 2014). Con coeficientes de confiabilidad en cada uno de los esquemas superiores a .70.

Se ha comprobado que el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ) ya sea en su versión amplia como en la corta (75 a 90 ítems) tiene una importante utilidad clínica para evaluar los primeros esquemas desadaptativos tempranos. Sin embargo en la versión corta es importante aunarlo con otras medidas. Según la investigación de Blau, DiMino, Pred, Beverly y Chessler (2015) con la versión corta se mide de forma viable solamente siete de los dieciocho esquemas. Es importante mencionar que dentro de su investigación se empleó una muestra de 102 estudiantes universitarios con asesoramiento y 962.

3.5 Tratamiento

3.5.1 Terapia de esquemas

Jeffrey Young, un psicoterapeuta de Nueva York desarrolló la terapia de esquemas (Serrani, 2013). En un inicio esta terapia fue desarrollada para patologías de la personalidad; entre ellos se ha demostrado su eficacia en trastornos tales como: trastorno límite de la personalidad (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009 en Priemer, Talbot & French, 2015), el grupo C, paranoide, histriónico o trastorno de personalidad narcisista (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2013 en Priemer, et al., 2015) pero además de atender a los trastornos de personalidad el enfoque también se ha aplicado a problemas clínicos poblacionales y trastornos como la depresión crónica, el trauma infantil, el tratamiento de delincuentes, los trastornos de alimentación, el trabajo con parejas y la prevención de recaídas por abuso de sustancias. A menudo, la terapia de esquemas se utiliza para el tratamiento de rasgos caracterológicos predisponentes para sintomatología aguda (Young et al., 2003).

Esta terapia ha sido creada para pacientes que no responden de manera eficaz a la terapia cognitivo conductual o problemas caracterológicos crónicos y difíciles de tratar, algunos pacientes, con el tratamiento en TCC pueden disminuir sus síntomas pero terminando el tratamiento recaen de manera rápida. La terapia de esquemas fue creada para atender estos casos “difíciles” donde la terapia

cognitivo conductual tradicional se amplía e integra técnicas de otras escuelas terapéuticas con la finalidad lograr cambios significativos en pacientes con problemas crónicos (Young et al., 2003).

Según Serrani (2013), la terapia de los esquemas se caracteriza por cuatro aspectos básicos: 1) Exploración precisa de experiencias de la infancia y la adolescencia consideradas como el origen de los problemas psicológicos existentes, 2) Uso de técnicas emocionales - experiencial (imágenes), 3) La centralidad de la relación entre el terapeuta - paciente, que se considera una herramienta fundamental de cambio y evaluación, 4) Gran atención a los estilos de afrontamiento disfuncionales, considerando el cambio de estos un objetivo clave.

La terapia de esquemas es integradora puesto que incluye teoría de los modelos cognitivos, conductual, psicodinámico (con prioridad en las relaciones de objeto), del apego y de la Gestalt. Contempla de manera vital los aspectos cognitivos conductuales para el tratamiento, sin embargo, atribuye un peso equivalente al cambio emocional, técnicas experienciales y a la relación terapéutica (Young et al., 2003).

La terapia de esquemas conserva características de la Terapia Cognitivo Conductual debido a que es estructurada y sistemática puesto que el terapeuta sigue una secuencia de sus procedimientos de evaluación y tratamiento. En la parte de evaluación, se hace uso de inventarios que miden esquemas y estilos de afrontamiento. El tratamiento, al igual que en la Terapia Cognitivo Conductual, es

directivo y activo originando no solo el insight, sino que lleva hasta el cambio cognitivo, emocional, interpersonal y conductual. También se ha usado para problemas de pareja con la finalidad de que ambos miembros lleguen a comprender y a cambiar sus esquemas (Young et al., 2003).

La terapia de esquemas se trata de normalizar y no de patologizar los trastornos psicológicos, el enfoque es compasivo y respetuoso. Los conceptos de “confrontación” empática y “reparentalización limitada” colocan al terapeuta en una posición de apoyo hacia los pacientes; dentro de estos conceptos se hace mayor énfasis en el segundo puesto que se incluye la relación terapéutica y los límites que establecen deben ser apropiados porque el terapeuta trata de satisfacer necesidades infantiles insatisfechas del paciente (Young et al., 2003).

Según Priemer et al. (2015) el tratamiento de los esquemas desadaptativos, hace conocer las disfunciones de uno mismo y la conexión con los demás, pues se cree que la patología se postula como resultado de las necesidades básicas insatisfechas de la infancia. La terapia de esquemas facilita el uso de estrategias de afrontamiento más eficaces.

Se han identificado 18 esquemas desadaptativos postulados y mencionados en el apartado anterior, como resultado de las necesidades básicas insatisfechas durante la niñez; tales como, la seguridad básica, conexión con los demás, autonomía, autoestima, auto-expresión, y el establecimiento de límites

realistas. Por ende la terapia de esquemas pretende modificar los EMS facilitando llevar a cabo estrategias de afrontamiento eficaces (Priemer et al., 2015).

El tratamiento a partir de la terapia de esquemas busca por un lado la modificación de patrones disfuncionales y por otro ayudar al paciente a reunir sus necesidades emocionales de forma adaptativa. La terapia se puede dividir en una fase de evaluación-psicoeducación y otra de cambio. En la fase evaluación-psicoeducativa se busca construir una conceptualización y un lenguaje sobre los patrones compartidos por el paciente y el terapeuta, en el comienzo del tratamiento se explica el concepto de esquema disfuncional debido a las necesidades emocionales fundamentales que no fueron satisfechas, derivando en frustración por la interacción entre medio ambiente y el temperamento innato del niño. Finalmente, se explica el objetivo de la terapia de esquemas, es decir, ayudar a los pacientes a encontrar una manera adaptativa de satisfacer sus necesidades emocionales básicas (Serrani, 2013).

Entre los objetivos de la terapia de esquemas implica la identificación y reducción de comportamientos inadecuados de adaptación, mientras que se promueve el desarrollo de alternativas más saludables, más adaptativas y curación de esquemas inútiles. Al ayudar al individuo a identificar las necesidades no satisfechas en la primera infancia se proporcionan oportunidades para abordar dichas necesidades sirviendo esta terapia como un antídoto para las primeras experiencias dañinas que condujeron a la formación de esquemas desadaptativos

tempranos y a lo cual se le conoce como 'Reparentalización limitada' (Young et al., 2003).

De manera más específica la fase de evaluación-psicoeducativa requiere de una evaluación inicial del paciente así como la recolección de su historia de vida. Además se examina el problema o problemas que empujan al paciente a la terapia y se tratan de definir los objetivos de la terapia. Todo esto con el fin de evaluar la relación con su grupo familiar y de compañeros durante la infancia y adolescencia, así como los problemas del paciente para determinar si son estilos disfuncionales de supervivencia. Para ello es muy importante que en la terapia se establezca un clima de confianza, aceptación y seguridad. El logro de los pasos anteriores podrá realizarse con ayuda de dos cuestionarios: Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ) y el Inventario de crianza joven (YPI). Esto permite no sólo identificar los esquemas del paciente, sino también profundizar en el conocimiento de su historia de vida. En esta fase se utilizan técnicas de imaginación en las cuales el terapeuta explora los pensamientos y las emociones del paciente cuando era niño permitiendo la evaluación de patrones activados en la sesión e identificar los patrones disfuncionales del paciente. Durante esta fase se puede hacer uso del manual de auto-ayuda "Reinventar su vida" de Jeffrey Young con la finalidad de dar al paciente la oportunidad de comenzar a tener conciencia de las "trampas" originadas en su infancia (Serrani, 2013).

El siguiente paso será el de asegurarse de que la persona entienda la conexión entre el esquema que durante su infancia o adolescencia se formó y su problemas actuales. Young y Klosko (2007 en Serrani, 2013) enfatizan la necesidad de activar las emociones en el paciente y que este sea consciente de cómo sus necesidades emocionales básicas se han visto frustrados en el pasado.

Durante la fase de cambio se modifican los patrones disfuncionales y se ayuda al paciente para satisfacer sus necesidades emocionales de forma adaptativa, haciendo uso de la propia relación terapéutica, estrategias cognitivas, estrategias experimentales y ruptura del patrón de comportamiento (Serrani, 2013).

La relación terapéutica tiene dos aspectos especialmente relevantes para el cambio: la empatía (verificación de la realidad) y la reparentalización parcial. Además se lleva a cabo la confrontación empática, señalando cómo los patrones desadaptativos derivados de sus experiencias de la infancia pueden conducir a una vida infeliz. La confrontación empática requiere, por lo tanto, un cambio constante entre la empatía y la verificación de la realidad. La reparentalización parcial consiste en el hecho de que el terapeuta empieza a satisfacer en la relación las necesidades emocionales que se vieron frustradas en la vida del paciente, sin embargo esta es parcial porque se anima al paciente a trabajarla fuera del contexto terapéutico (Serrani, 2013;Young et al., 2003).

La parte final del tratamiento se dirige a la sustitución de patrones de comportamiento a estilos de afrontamiento saludables. El terapeuta y el paciente detallan una serie de posibles ideas para cambiar el comportamiento. Al hacer esto, es importante para cubrir cada área de la vida por separado, por ejemplo: las relaciones íntimas, el trabajo o la vida social debido a que el paciente puede tener diferentes estilos de afrontamiento en diferentes áreas. Por lo tanto, el uso de técnicas imaginativas, cognitivas y juegos de rol con el terapeuta, son importantes para poner en práctica conductas más funcionales (Serrani, 2013).

3.6 Esquemas desadaptativos y depresión

El estudio llevado a cabo por (Mateos-Pérez & Calvete, 2015) buscó la relación entre síntomas depresivos y esquemas desadaptativos tempranos (Young, 1999 en Mateos-Pérez & Calvete, 2015). Los participantes fueron 982 adolescentes de entre 13 y 17 años seleccionados de los centros de Bizkaia, España a quienes se les aplicó el cuestionario de Esquemas de Young-3 (Young, 2006 en Mateos-Pérez & Calvete, 2015). Este estudio evaluó los esquemas interpersonales (desconexión y de rechazo y otros dominios-direccionalidad) y los esquemas de autonomía (alteración de la autonomía y el rendimiento de dominio). Estas se seleccionaron porque se han asociado con la depresión en estudios anteriores (Calvete et al, 2013A; Cámara & Calvete, 2012; Eberhart et al., 2011 en Mateos-Pérez & Calvete, 2015). También se les aplicó el Cuestionario para

adolescentes de Estilo Cognitivo (ACSQ) el cual evalúa la vulnerabilidad cognitiva, incluyendo inferencias negativas sobre las causas de estrés, sus consecuencias y sus implicaciones y los síntomas depresivos se evaluaron con Escala de Depresión de Estudios (CES-D; Radloff, 1977 en Mateos-Pérez & Calvete, 2015).

Los resultados obtenidos arrojaron que los esquemas interpersonales que afectan indirectamente a los síntomas depresivos son las inferencias sociales negativas, y los esquemas de autonomía se afectan con inferencias negativas de rendimiento. Se observó la mediación planteando la hipótesis que en los esquemas desadaptativos tempranos interpersonales, incluyen el miedo al abandono, percepciones de desconfianza, la privación emocional, deficiencia / vergüenza, sometimiento a los deseos de los demás, y la necesidad de aceptación. Se concluye entonces que los adolescentes que creen que sus propias necesidades de seguridad, estabilidad, empatía y amor no se cumplirán sacrificando sus necesidades propias con el fin de satisfacer las de los demás y se son más propensos a hacer inferencias negativas sobre factores de estrés social, lo que, a su vez, contribuyen al aumento de los síntomas depresivos en el tiempo (Mateos-Pérez & Calvete, 2015).

3.6.1 Esquemas desadaptativos tempranos y depresión en universitarios

Antes de mencionar los esquemas desadaptativos tempranos que se han vinculado con la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, se retoma que Caputto, Cordero, Keegan y Arana (2015) encontraron en su estudio que en una población uruguaya de adultos jóvenes universitarios predominó el esquema de estándares inflexibles. Por su parte Gantiva, Bello, Vanegas y Satoque (2010) hallaron con predominio en esta población el esquema desadaptativo de auto-sacrificio y estándares inflexibles. Estos resultados se pueden deber a que las características como el perfeccionismo, reglas rígidas, “deberías” o preocupación por el tiempo y la eficacia, pueden ser rasgos de la personalidad en estudiantes universitarios (Arana et al., 2014).

Además, esta población se han vinculado con otros esquemas desadaptativos tempranos; por ejemplo la vulnerabilidad al daño o a la enfermedad como un predictor de la ansiedad en estos alumnos, ello junto a los esquemas de desconfianza-abuso y el aislamiento-alienación social (Zadahmad & Torkan, 2016). Por su parte Heidary, Rudbari e Isanezhad (2012) hablan del esquema desadaptativo de vulnerabilidad al daño vinculado positivamente con el estrés académico.

De acuerdo con Agudelo-Vélez et al. (2009) en un estudio realizado por estos autores de forma no experimental en una muestra de estudiantes universitarios de la Universidad Pontificia Bolivariana; de la licenciatura de psicología del primero al séptimo semestre y los cuales oscilan entre los 16 y 26 años de edad. Con el objetivo de identificar el perfil cognitivo por medio del modelo de los esquemas desadaptativos tempranos relacionándolos con puntuaciones obtenidas en depresión y ansiedad, pretendiendo identificar características cognitivas que ayuden a la prevención de los trastornos mencionados. A partir de la evaluación y análisis de las siguientes pruebas: Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Depresión de Estado/Rasgo, el Cuestionario de Ansiedad Estado /Rasgo y finalmente el Cuestionario de Esquemas de Young. En dicho estudio se encontraron puntuaciones ligeramente más altas para estado que para rasgo de depresión con puntuaciones que oscilan entre 10 y 31 para estado y, 10 y 28 para rasgo; En cuanto a los esquemas para los hombres hay una tendencia mayor en los siguientes esquemas: autosacrificio, inhibición emocional y derecho/grandiosidad.

En cuanto al esquema de abandono se encontró que este esquema se relaciona con características ansiosas y depresivas en la muestra. En referencia al esquema de autocontrol insuficiente y su relación con las puntuaciones de depresión se estima que los sujetos que presentan este esquema se caracterizan por tender al logro de objetivos y al presentárseles un obstáculo ya sea de tipo

personal o social que impida el cumplimiento de dichos objetivos, se activa el esquema de autocontrol insuficiente y por ende respuestas ansiosas, manifiestas posiblemente a través de la evitación comportamental, y al mismo tiempo si el sujeto se encuentra en estado depresivo, se generan productos cognitivos de contenido autorreferencial negativo.

En cuanto al esquema de derecho/grandiosidad es la variable que mejor predice la aparición de síntomas depresivos pues en estas personas se presentan características de personalidad asociadas con alta autovaloración, así como la excesiva confianza en las capacidades propias, las cuales pueden estar asociadas con la aparición de síntomas depresivos en la medida en que la confrontación con las condiciones reales, puede aumentar la sensación de frustración ocasionando alteración en el ánimo.

Finalmente en lo que refiere a diferencias por sexo González-Jiménez y Hernández-Romera (2014) encontraron en su estudio con adolescentes jóvenes de entre 16 y 19 años que los esquemas desadaptativos tempranos se encuentran presentes en ambos sexos; es decir que no se encontraron diferencias significativas estadísticamente en ésta variable basado en el sexo, sin embargo éstos autores añaden que los esquemas predominantes en las mujeres son el autocontrol insuficiente, privación emocional e inhibición emocional y en los hombres el autocontrol insuficiente.

3.7 Esquemas desadaptativos tempranos y la pareja

Ocuparse de los esquemas individuales es de suma importancia para el trabajo con parejas. Así como las personas tienen pensamientos sobre sí mismos, el mundo y el futuro, también tienen pensamientos sobre las relaciones cercanas en general y sus propias relaciones en particular (Dattilio, 2010).

Las suposiciones son creencias de una persona sobre las características de su pareja y la relación. Por otra parte los estándares son creencias personales acerca de cómo debería ser la relación y la pareja (Dattilio, 1993 en Dattilio, 2010). Baucom, Epstein, Rankin y Burnett (1996 en Dattilio, 2010) encontraron que independientemente de los estándares que se tengan, un individuo es más feliz cuando su pareja cumple con dichos estándares.

En el estudio llevado a cabo por Jaller y Lemos (2009) encontraron que los esquemas desadaptativos tempranos presentes en estudiantes universitarios que presentan dependencia emocional son el de desconfianza/abuso y el de autocontrol insuficiente, generando vulnerabilidad cognitiva así como evidenciando principalmente la creencia que versa en impredecibilidad de la satisfacción de sus necesidades afectivas y la necesidad de evitar el malestar a expensas de la realización personal.

Dentro de las relaciones de pareja en adultos jóvenes se ha estudiado la satisfacción sexual junto con el esquema desadaptativos predominante de los

miembros de la pareja. Se ha encontrado que la mayor correlación se da con el esquema de abandono/perdida y de manera contraria el esquema de privación emocional es el de menor correlación con la satisfacción sexual en pareja. Con estos resultados se llega a la conclusión de que las estructuras mentales que involucran componentes afectivos y relacionales impactan en la satisfacción sexual de pareja (Torres, 2015).

Dentro de la teoría de los esquemas se contempla la teoría del apego que nos ayuda a comprender como serán los vínculos afectivos con los que el individuo se vinculara (Young et al., 2003). El estilo de apego se ha relacionado con la satisfacción de pareja donde se concluye que las personas con estilos de apego más seguros tienden a reportar mayor nivel de satisfacción marital (Guzmán & Contreras, 2012).

4. Planteamiento del problema

4.1 Justificación

En la etapa de la juventud las relaciones de noviazgo cumplen un papel importante, por lo que suelen establecerse vínculos más formales (Collins, 2003; Romo, 2008) en los que se busca la satisfacción socio-afectiva específicamente aquella que refiere a la compañía del otro (Rojas & Flores, 2013). De acuerdo con Rojas y Flores (2013) la importancia de estudiar las relaciones de pareja en jóvenes, así como sus procesos y factores inmersos, reside en la generación de políticas públicas dirigidas hacia la promoción de relaciones saludables y satisfactorias, además de la prevención e intervención de dinámicas interaccionales indeseables en esta población.

En parejas casadas se ha encontrado que una mayor satisfacción marital disminuye el riesgo de presentar sintomatología depresiva (Prager & Buhrmester, 1998; Rivera et al., 2011; Moreno et al., 2009; Basco et al. 1992; Fincham et al., 1997; Khan & Aftab 2013; Whitton & Whisman, 2010; Martínez, 2009). Mientras que en las parejas jóvenes los resultados obtenidos por Rivera et al. (2011) muestran que la satisfacción en la relación es elevada y no se halla relacionada con la depresión, lo cual señalan los autores podría deberse a que la sintomatología depresiva no es elevada, por otra parte en su estudio se relacionó la satisfacción con el grado de estabilidad y compromiso, además de indicar que

de acuerdo con la literatura la depresión puede decrementar la probabilidad de establecer relaciones afectivas. Aun con ello sigue siendo escasa la literatura científica respecto a la sintomatología depresiva y la satisfacción de parejas que aún no están casadas sobre todo en la población universitaria.

En cuanto a la depresión actualmente es considerada una de las principales problemáticas de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) representa la principal causa de discapacidad en cuanto a pérdida de años de vida saludable y laboral, así mismo estima que a nivel mundial más de 300 millones de personas padecen depresión, en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Berenzon et al., 2013) señaló que 9.2% de la población ha tenido un cuadro depresivo y 7.8% de la población joven también ha padecido depresión. La depresión en estudiantes universitarios se ha estimado en entre un 10% y 15% (Moreh & O'Lawrence, 2016).

La importancia que tiene estudiar la depresión en ésta población radica en las consecuencias que algunos estudios señalan; tal como el realizado por Cubillas et al. (2012) en el que se encontró un mayor riesgo para cometer un acto suicida, así como los factores de riesgo con los que conviven por la edad tal como en algunos casos el alcoholismo (Richards & Salamanca, 2014), niveles bajos de capacidad de resolución de problemas interpersonales (Gotlib & Asarnow, 1979), así como algunos otros factores estresantes que aparecen en la etapa universitaria (Lombardo, et al., 2014). Además de verse una relación bidireccional

de la depresión con algunas cogniciones desadaptativas tales como un autoconcepto negativo y una evaluación negativa.

Desde la teoría cognitiva de Young se explica que tales cogniciones desadaptativas provienen de esquemas tempranos que son igualmente desadaptativos y caracterizarse por ser patrones tanto emocionales como cognitivos contraproducentes que refieren a uno mismo y a la relación que se establece con los demás, se desarrollan durante la infancia o adolescencia donde las necesidades básicas no se completaron esquema (Young et al., 2003; Rafaeli et al., 2011). Los esquemas de abandono y autocontrol insuficiente se han relacionado con la sintomatología depresiva (Agudelo-Vélez et al., 2009) así como los esquemas que tienen que ver con el miedo al abandono, percepciones de desconfianza, la privación emocional, deficiencia/vergüenza (Mateos-Pérez & Calvete, 2015). En cuanto a la satisfacción de pareja los esquemas desadaptativos tempranos que se han correlacionado con ésta variable son con el esquema de abandono/pérdida y de manera contraria el esquema de privación emocional es el de menor correlación con la satisfacción sexual en pareja (Torres, 2015).

Ocuparse de los esquemas individuales es de suma importancia para el trabajo con parejas. Así como las personas tienen pensamientos sobre sí mismos, el mundo y el futuro, también tienen pensamientos sobre las relaciones cercanas

en general y sus propias relaciones en particular (Dattilio, 2010). Aun cuando se sabe que el esquema desadaptativo temprano de abandono es el que más se vincula con la presencia de depresión en universitarios (Agudelo et al., 2009) es importante continuar ampliando las investigaciones con muestras diferentes a las ya utilizadas.

Con la obtención de los resultados de este estudio, se facilitara el desarrollo de nuevas estrategias para la prevención e intervención para la depresión en jóvenes universitarios de Hidalgo. Además la implementación de las nuevas variables y muestras de estudio, dará pie a investigaciones que aporten más conocimiento en este campo.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las diferencias por sexo, entre los miembros de la pareja y la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Determinar las diferencias por sexo, entre los miembros de la pareja y la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

4.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de satisfacción en la relación de pareja, el nivel de depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.
2. Determinar las diferencias por sexo en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.
3. Determinar las diferencias entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.
4. Determinar la asociación entre los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

5. Hipótesis

5.1 Hipótesis conceptuales

Satisfacción de pareja – Depresión: De acuerdo con Rivera et al. (2011) las relaciones de pareja de la población los jóvenes son predominantemente satisfactorias, y no se ha hallado una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción en la relación con la depresión.

Satisfacción de pareja – Esquemas desadaptativos tempranos: El esquema de abandono/perdida es el que más se relaciona con el índice de satisfacción sexual en una población de adultos jóvenes universitarios del área metropolitana de Antioquia (Torres, 2015).

Esquemas desadaptativos tempranos – Depresión: El esquema desadaptativo temprano de abandono está relacionado con características depresivas en estudiantes universitarios de la Universidad Pontificia Bolivariana (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2009).

5.2 Hipótesis estadísticas

5.2.1 Hipótesis de relación

H0. No existe relación estadísticamente significativa en los niveles de satisfacción en la pareja, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1. Si existe relación estadísticamente significativa en los niveles de satisfacción en la pareja, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

5.2.2 Hipótesis de diferencias por sexo

H0. No existe diferencia estadísticamente significativa por sexo de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1. Si existe diferencia estadísticamente significativa por sexo de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

5.2.3 Hipótesis de diferencias por miembro de pareja

H0. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1. Si existe diferencia estadísticamente significativa entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

5.2.4 Hipótesis de asociación

H0. No existe asociación estadísticamente significativa entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1. Si existe asociación estadísticamente significativa entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

6. Método

6.1 Variables

Tabla 1 Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sexo	Características biológicas que definen a los humanos como hombres y mujeres (WHO, 2006).	Se utilizó la encuesta sociodemográfica.
Satisfacción de pareja	Apreciación subjetiva del bienestar, calidad y valor de las facetas de su pareja y de su interacción con ella (Díaz-Loving, 1996).	Se utilizó la Escala de Evaluación de la Pareja de Hendrick (1988) adaptado para población mexicana por Oropeza et al. (2010)
Depresión	Trastorno mental caracterizado por el sentimiento de tristeza, pérdida del interés por el mundo exterior, sentimientos de culpabilidad, decremento importante de autoestima, trastornos del sueño, cansancio y falta de concentración (OMS, 2016).	Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck adaptada a población mexicana por Jurado et al. (1998).
Esquemas desadaptativos tempranos	Patrones emocionales y cognitivos elaborados durante la infancia y que se desarrollan a lo largo de la vida del individuo siendo disfuncionales (Young et al., 2003).	Se utilizó la versión validado en población mexicana (Herrera, 2014) del Young Schema Questionnaire Long Form 1 (YSQ-L3).

6.2 Participantes

Participaron cuarenta y dos parejas de novios heterosexuales universitarios con un rango de edad entre 18 y 30 años, en el que al menos un miembro de la pareja estudiaba en Hidalgo, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por cuotas. La media de la edad fue de 21.97 y una desviación de ± 1.73 . Predominando las licenciaturas de psicología e ingenierías. En cuanto al promedio de tiempo de relación de pareja fue de 2.65 con una desviación de ± 1.86 dentro de un rango de 11 meses a 8 años. De la muestra el 57.17% de las parejas han tenido momentos de ruptura. La media de horas que los universitarios afirman ven a sus parejas entre semanas fue de 14.38 horas mientras los fines de semana la media fue de 6.96 horas.

6.2.1 Criterios de inclusión

- Parejas que tengan mínimo 11 meses de relación
- Ambos integrantes son actualmente universitarios
- Al menos uno de los dos estudian en Hidalgo
- Parejas heterosexuales

6.2.2 Criterios de exclusión

- Alguno de ambos miembros no estudia
- Ninguno de los dos estudia en Hidalgo

- El tiempo de la relación es menor a un año
- La pareja está casada o viven juntos
- La pareja tiene hijos

6.3 Tipo de estudio y diseño

Estudio no experimental, correlacional y transversal.

6.4 Procedimiento

De manera inicial, dentro de la plataforma de formularios Google se elaboraron los cuestionarios que miden cada una de las variables así como una encuesta sociodemográfica.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas, con alumnos universitarios de Hidalgo en el periodo de 2016-2017 en universidades del estado de Hidalgo (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, La Salle e Instituto Tecnológico de Pachuca) bajo los criterios de inclusión ya señalados. A quienes cumplieron con tales criterios y decidieron participar se les informó del objetivo, así como el procedimiento de la presente investigación, la cual se llevaría a cabo vía electrónica, por lo que se les solicitó los correos electrónicos de ambos miembros de la pareja.

Posteriormente se envió por correo electrónico a cada miembro de la pareja los links que previamente se había elaborado el consentimiento informado, la

encuesta de datos sociodemográficos y los instrumentos que evalúan las variables del estudio.

La información y resultados obtenidos se capturaron en el programa Excel y posteriormente se analizaron en el paquete estadístico SPSS, donde se llevaron a cabo análisis descriptivos, de correlación de Spearman, prueba t de Student para muestras independientes y prueba t de Student para muestras relacionadas.

7. Resultados

El objetivo general del presente estudio fue determinar las diferencias por sexo, entre los miembros de la pareja y la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de satisfacción en la relación de pareja y depresión, así como, el tipo de esquema desadaptativos tempranos que se presenta con mayor prevalencia en ésta población, mismos que se presentan a continuación:

Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable satisfacción en la relación de pareja

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Satisfacción de pareja	1-25	21.87	2.72

En la Tabla 2 se muestran los datos reportados de la variable satisfacción de pareja, donde la media fue de 21.87, indicando que las parejas se encuentran en un nivel elevado en satisfacción, siendo 25 el puntaje máximo, así mismo el promedio de la satisfacción de pareja varía 2.72 con respecto a la media teórica.

Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable depresión

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Depresión	0 – 63	7.35	6.24

La Tabla 3 muestra los datos reportados de la variable depresión, en donde la media fue de 7.35, indicando que las parejas se encuentran en el nivel de depresión mínima de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck.

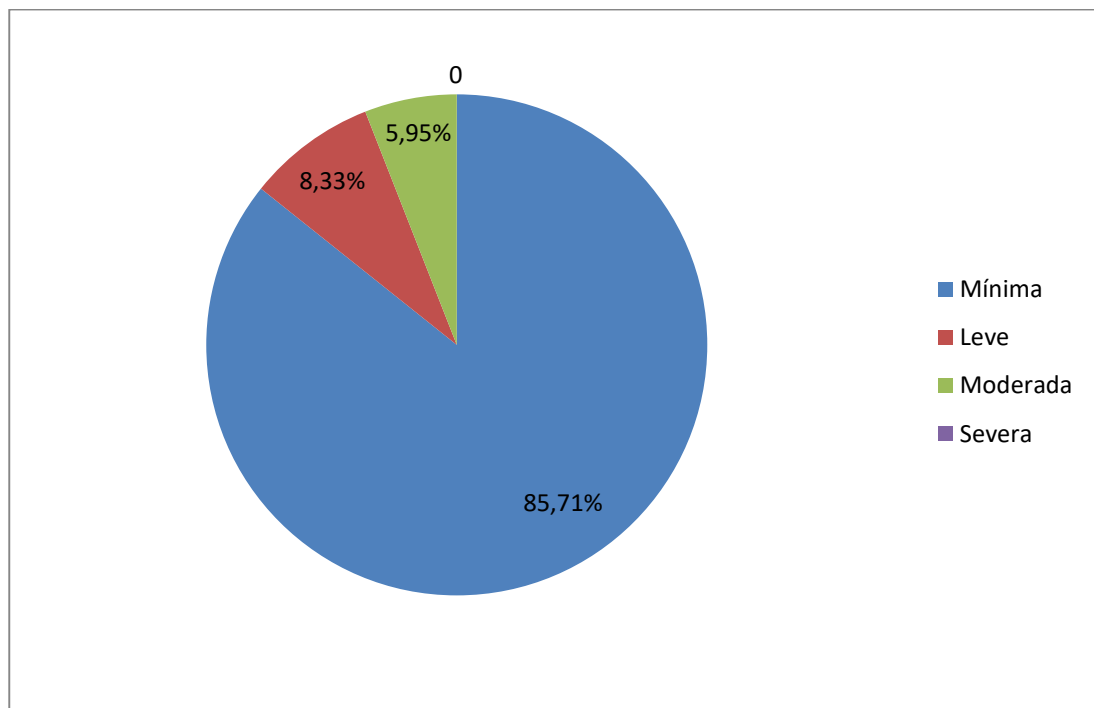


Figura 1. Distribución por niveles de depresión de acuerdo con Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La Figura 1 muestra los niveles de depresión presentes en la distribución de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Como se puede observar, la mayor parte de la distribución se agrupa en depresión mínima, con un porcentaje del 85.71%, en comparación con la depresión leve que obtuvo un porcentaje de 8.33% y moderada con un 5.95 %.

Por otro lado, en la Tabla 4 que se encuentra en la siguiente página, se reportan los datos de cada uno de los dieciocho factores que conforman el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos, donde se observa que cada uno de los 18 esquemas se encuentran por debajo de la media teórica que corresponde a su factor.

La Figura 2 muestra las medias aritméticas de los esquemas desadaptativos tempranos medidos con el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L3. Como se puede apreciar, el esquema desadaptativos predominante es el de estándares inflexibles/crítica (F4) en comparación con los restantes, mientras que el de fracaso (F6) es el esquema desadaptativos que menos se presenta en nuestra población analizada.

Tabla 4. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable esquemas desadaptativos

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Esquemas desadaptativos tempranos			
Búsqueda de aprobación y reconocimiento	14-84	25.21	10.88
Aislamiento social	7-42	14.82	9.05
Privación emocional	8-48	14.98	8.79
Estándares inflexibles	8-48	23.12	9.47
Insuficiente autocontrol	11-66	24.67	9.71
Fracaso	6-36	10.12	6.11
Punitividad (1)	7-42	18.54	7.69
Desconfianza / Abuso	9-54	22.14	10.03
Grandiosidad	8-48	21.56	9.08
Auto-sacrificio	10-60	25.15	10.48
Inhibición emocional – Control de impulsos	4-24	10.45	5.29
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	7-42	14.89	6.34
Inhibición emocional – Control emocional	5-30	10.45	4.91
Abandono (1) – Situaciones hipotéticas	3-18	8.17	4.36
Estándares inflexibles – Implicaciones	5-30	13.20	6.03
Punitividad 2- Actitud hacia el perdón/disculpa	3-18	8.15	4.44
Abandono2 – Experiencias (s)	6-36	11.81	5.90
Simbiosis parental /Insuficiente individualidad	3-18	6.17	3.35

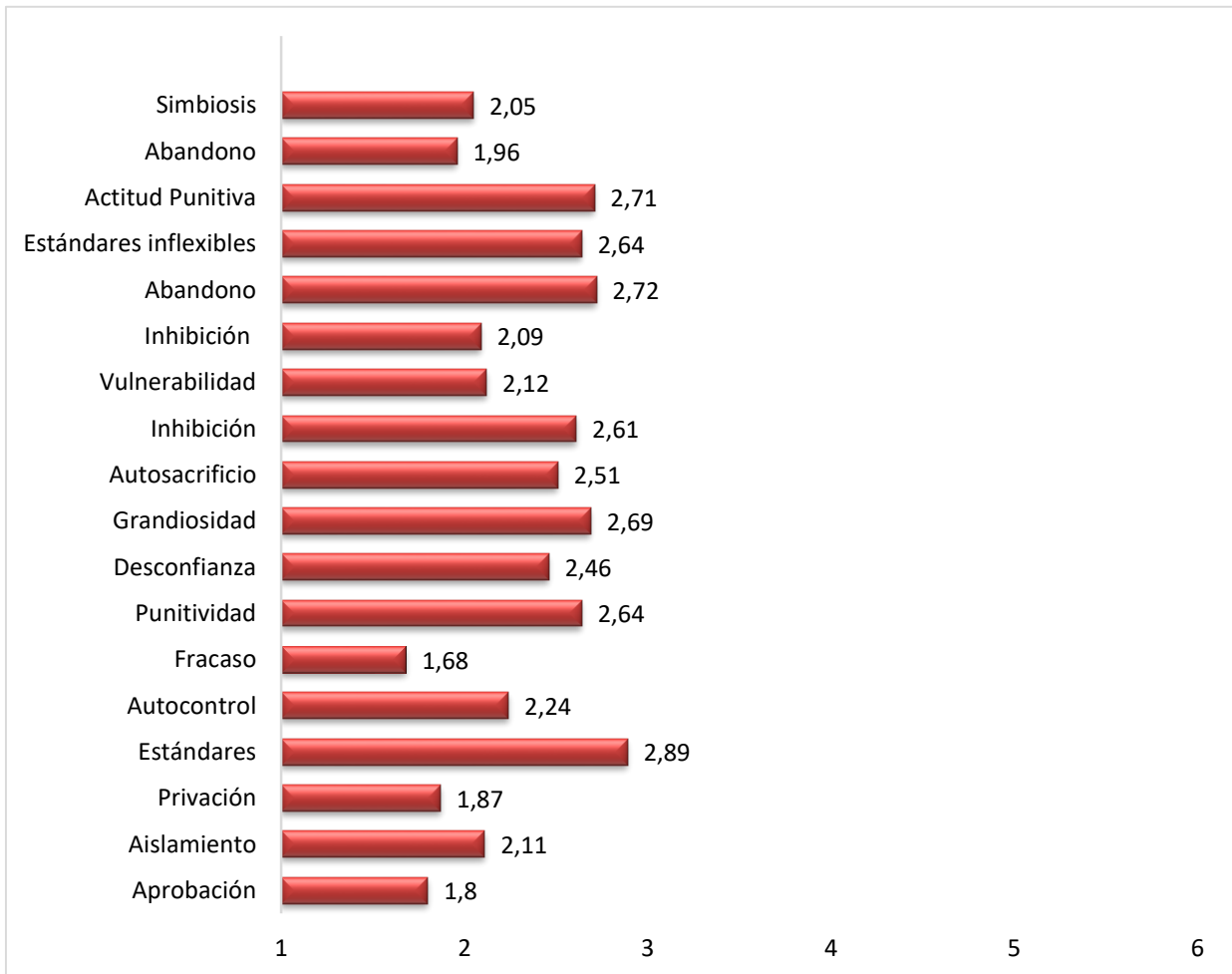


Figura 2. Medias aritméticas de esquemas desadaptativos tempranos de acuerdo al Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L3

El segundo objetivo específico fue determinar las diferencias por sexo en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de los estudiantes universitarios, mismos que se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 5. Diferencias por sexo en el nivel de satisfacción.

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	t	p
Satisfacción	21.71	2.67	22.02	2.79	.519	.605

En la tabla 4 se describen los resultados obtenidos de la variable satisfacción donde se muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción de pareja entre hombres y mujeres de esta muestra.

Tabla 6. Diferencias por sexo en el nivel de depresión.

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	t	p
Depresión	6.81	5.47	7.88	6.95	.785	.435

En la tabla 5 se describen los resultados obtenidos de la variable depresión donde se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre hombres y mujeres de la muestra.

Tabla 7. Diferencias por sexo en el tipo de esquema desadaptativo temprano

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	t	p
Búsqueda de aprobación y reconocimiento	25.57	10.77	24.86	11.10	-.299	.766
Aislamiento social	14.64	8.32	15.00	9.82	.180	.858
Privación emocional	15.36	8.70	14.60	8.97	-.395	.694
Estándares inflexibles	24.57	9.36	21.67	9.47	-1.41	.161
Insuficiente autocontrol	25.98	9.41	23.36	9.94	-1.23	.219
Fracaso	10.21	6.07	10.02	6.22	-.142	.887
Punitividad	18.95	6.99	18.12	8.39	-.494	.623
Desconfianza / Abuso	24.31	10.12	19.98	9.57	-2.01	.047
Grandiosidad	22.76	8.77	20.36	9.33	-1.21	.227
Autosacrificio	26.12	10.88	24.19	10.11	-.841	.403
Inhibición emocional – Control de impulsos	10.50	5.19	10.40	5.45	-.082	.935
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	16.26	6.66	13.52	5.75	-2.01	.047
Inhibición emocional – Control emocional	11.29	5.00	9.62	4.74	-1.56	.121
Abandono (1) – Situaciones hipotéticas	8.40	4.12	7.93	4.63	-.498	.620
Estándares inflexibles – Implicaciones	12.83	5.54	13.57	6.53	.558	.578
Punitividad 2 – Actitud hacia el perdón/ disculpa	7.79	4.07	8.52	4.81	.758	.450
Abandono (2) – Experiencia (s)	12.00	5.88	11.62	5.98	-.294	.769
Simbiosis parental / Insuficiente individualidad	6.21	3.12	6.12	3.60	-.129	.897

En la tabla 6 se describen los resultados obtenidos de la variable esquemas desadaptativos tempranos donde se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de esquemas entre hombres y mujeres en la muestra.

El tercer objetivo específico fue determinar las diferencias entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos de los estudiantes universitarios, los resultados obtenidos se describen a continuación:

Tabla 8. Diferencias entre los miembros de la pareja en el nivel de satisfacción.

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	t	p
Satisfacción	21.71	2.67	22.02	2.79	.560	.579

En la tabla 8 se describen los resultados obtenidos de la variable nivel de satisfacción donde se observa que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de satisfacción entre ambos miembros de la pareja.

Tabla 9. Diferencias entre los miembros de la pareja en el nivel de depresión.

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	t	p
Depresión	6.81	5.47	7.88	6.95	1.01	.317

En la tabla 9 se describen los resultados obtenidos de la variable nivel de depresión donde se observa que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de depresión entre ambos miembros de la pareja.

En la tabla 10 se describen los resultados obtenidos de la variable esquemas desadaptativos tempranos donde se observa que únicamente en el esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad se encuentra diferencia estadísticamente significativa en los esquemas desadaptativos tempranos entre ambos miembros de la pareja.

Tabla 10. Diferencias entre los miembros de la pareja en el tipo de esquema.

Variable	Hombre Media	D.E.	Mujer Media	D.E.	T	p
Búsqueda de aprobación y reconocimiento	24.86	11.10	25.57	10.77	-.386	.701
Aislamiento social	15.00	9.82	14.64	8.32	.199	.843
Privación emocional	14.60	8.97	15.36	8.70	-.449	.655
Estándares inflexibles	21.67	9.47	24.57	9.36	-1.53	.133
Insuficiente autocontrol	23.36	9.94	25.98	9.41	-1.64	.107
Fracaso	10.02	6.22	10.21	6.07	-.154	.878
Punitividad	18.12	8.39	18.95	6.99	-.451	.655
Desconfianza / Abuso	19.98	9.57	24.31	10.12	-2.17	.035
Grandiosidad	20.36	9.33	22.76	8.77	-1.25	.217
Autosacrificio	24.19	10.11	26.12	10.88	-.963	.341
Inhibición emocional – Control de impulsos	10.40	5.45	10.50	5.19	-.082	.935
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	13.52	5.75	16.26	6.66	-1.86	.069
Inhibición emocional – Control emocional	9.62	4.74	11.29	5.00	-1.42	.161
Abandono (1) – Situaciones hipotéticas	7.93	4.63	8.40	4.12	-.507	.615
Estándares inflexibles – Implicaciones	13.57	6.53	12.83	5.54	.618	.540
Punitividad 2 – Actitud hacia el perdón/ disculpa	8.52	4.81	7.79	4.07	.717	.478
Abandono (2) – Experiencia (s)	11.62	5.98	12.00	5.88	-.311	.757
Simbiosis parental / Insuficiente individualidad	6.12	3.60	6.21	3.12	-.143	.887

El cuarto objetivo específico fue determinar la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos de los estudiantes universitarios de Hidalgo, mismos que se describen a continuación:

Tabla 11. Asociación entre la variable satisfacción en la relación de pareja y depresión

Variable	Depresión
Satisfacción de pareja	-.143

En la tabla 11 se muestra la asociación entre el nivel de satisfacción de pareja y la depresión obteniéndose -.143 indicando que no existe asociación estadísticamente significativa entre dichas variables.

Tabla 12. Asociación entre la variable satisfacción y esquemas desadaptativos tempranos

	Búsqueda de aprobación y reconocimiento	Aislamiento social	Privación emocional	Estándares inflexibles/hipercrítica	Autocontrol insuficiente	Autosacrificio
Satisfacción	-.154	-.061	-.081	.154	-.230*	-.014

	Inhibición emocional Control de impulsos	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Inhibición emocional Control emocional	Abandono(1) Situaciones hipotéticas	Fracaso	Punitividad
Satisfacción	.036	-.010	-.071	.115	.007	.048

	Desconfianza Abuso	Grandiosidad	Estándares inflexibles Implicaciones	Punitividad 2 Actitud punitiva hacia el perdón	Abandono (2) Experiencia(s)	Simbiosis parental/ falta de individualidad
Satisfacción	.006	.007	-.007	.006	-.020	.105

*La correlación es significativa al nivel 0.05

Tabla 13. Asociación entre la variable depresión y esquemas desadaptativos tempranos.

	Búsqueda de aprobación y reconocimiento	Aislamiento social	Privación emocional	Estándares inflexibles/hipercrítica	Autocontrol insuficiente	Autosacrificio
Depresión	.470**	.604**	.585**	-.007	.538**	.442**

	Inhibición emocional Control de impulsos	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Inhibición emocional Control emocional	Abandono(1) Situaciones hipotéticas	Fracaso	Punitividad
Depresión	.234*	.304**	.210	.299**	.525**	.312**

	Desconfianza Abuso	Grandiosidad	Estándares inflexibles Implicaciones	Punitividad 2 Actitud punitiva hacia el perdón	Abandono (2) Experiencia (s)	Simbiosis parental/ falta de individualidad
Depresión	.383**	.312**	.267*	.288**	.503**	.345

*La correlación es significativa al nivel 0.05

**La correlación es significativa al nivel 0.01

En la tabla 12 se muestra la asociación entre el nivel de satisfacción de pareja y los esquemas desadaptativos tempranos hallándose que el esquema de autocontrol insuficiente tiene una asociación estadísticamente significativa con la primera variable, esta asociación es negativa, indicando que a mayor prevalencia del esquema de autocontrol insuficiente, menor es la satisfacción de las parejas de estudio.

En la tabla 13 se muestra la asociación entre el nivel de depresión y los esquemas desadaptativos hallándose que todos los esquemas tienen una asociación estadísticamente significativa con la primera variable a excepción el de estándares inflexibles/ implicaciones y el de inhibición emocional-control emocional.

La correlación que se presenta entre los factores de la escala de esquemas desadaptativos tempranos y el nivel de depresión es positiva, indicando que a mayor prevalencia de los rasgos de estos esquemas, mayor será el nivel de depresión de los participantes.

8. Discusión y Conclusiones

El objetivo general del presente estudio fue determinar las diferencias por sexo, entre los miembros y la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de satisfacción en la relación de pareja, el nivel de depresión y los tipos de esquemas desadaptativos de estudiantes universitarios de Hidalgo.

Los resultados arrojaron que el nivel de satisfacción de pareja de esta muestra es alto, lo cual concuerda con los resultados de Rivera et al. (2011) quienes señalaron que las relaciones de los jóvenes son predominantemente satisfactorias siendo mayor en las que predomina la estabilidad y el compromiso ya que de acuerdo con Arnett (2001) en ésta etapa se buscan relaciones estables y que perduren, de modo que si se cumplen las necesidades individuales de éstos estudiantes tendrán una mayor satisfacción en la relación de pareja (Prager & Buhrmester, 1998).

En lo que respecta a los niveles de depresión se encontró que un 14.28% de la muestra presenta sintomatología depresiva (8.33% leve y 5.95% moderada). Obteniendo resultados similares a los obtenidos por Moreh y O' Lawrence (2016)

quienes refieren que en la población adolescente y joven la sintomatología depresiva oscila entre un 10% y 15%.

Galaz, Luzania y Olvías (2012) que mencionan que la depresión en estudiantes se presenta como multifactorial, relacionada principalmente a la falta de cultura del autocuidado y de un estilo de vida saludables. Entendiendo así que la población pudiera presenta factores protectores que permiten que el nivel de depresión no sea elevado.

Ampliando esta idea, Martínez (2009) aporta que la depresión grave es más frecuente en los solteros, divorciados y viudos, en comparación con los casados; al ser un factor protector las relaciones satisfactorias de pareja.

Por otro lado, los datos de los dieciocho factores que conforman el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos, se encuentran por debajo de la media teórica que corresponde a su factor. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Herrera (2014) que obtuvo puntuaciones por debajo de la media en todas las subescalas del instrumento con jóvenes universitarios de la UAEH concluyendo que el instrumento puede discriminar entre muestras clínicas y no clínicas.

En lo que respecta a los esquemas desadaptativos predominantes en los estudiantes universitarios se encontró en primer lugar el de estándares inflexibles/crítica (F4), seguido del de abandono (2) y en un tercer lugar el de

punitividad (2). Estos resultados concuerdan con el estudio de Caputto, Cordero, Keegan y Arana (2015) donde se encontró que en una población uruguaya de adultos jóvenes universitarios una media más alta también en el esquema desadaptativo de estándares inflexibles. Por su parte Gantiva, Bello, Vanegas y Satoque (2010) hallaron con predominio en ésta población el esquema maladaptativo de autosacrificio y estándares inflexibles. Según Herrera (2014) se halló en una muestra de estudiantes universitarios que los esquemas que predominaron fueron: grandiosidad, estándares inflexibles y abandono.

Dentro del esquema de estándares inflexibles se presentan características como el perfeccionismo, reglas rígidas, “deberías” o preocupación por el tiempo y la eficacia, estas características sustentan la hipótesis de Arana et al. (2014) donde dentro de su investigación con estudiantes de medicina, psicología e ingeniería plantea que el perfeccionismo puede ser un rasgo de la personalidad relevante en estudiantes universitarios, lo que explica los resultados de ésta investigación así como su relación con otros estudios previos.

El segundo objetivo específico fue determinar las diferencias por sexo en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo. El análisis de prueba t para muestras independientes arrojó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de satisfacción en la relación de pareja, niveles de

depresión ni esquemas desadaptativos tempranos entre hombres y mujeres de Hidalgo.

Referente a ello, de acuerdo con Carbonell et al. (2002) los factores protectores de los adolescentes que se asociaron con factores resilientes en la adultez joven uno de éstos elementos son las sanas relaciones interpersonales, lo cual es factor protector para hombre como mujeres. Así como Donal y Dower (2002) encontraron que tanto las habilidades intrapersonales como la conexión emocional fungían como factores resilientes que protegían de síntomas depresivos. De manera más general se ha asociado positivamente a los recursos internos (dominio y autoestima) como al apoyo social con la salud mental en ésta población englobando a ambos sexos (Bovier, Chamot & Perneger, 2004). Pues bien considerando que de acuerdo con Farrer et al. (2016) el que lo jóvenes se encuentren en una relación romántica disminuye el riesgo de depresión. Se podría considerar este aspecto relevante para entender el que en ambos esta variable interpersonal contribuya a que no haya diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en la sintomatología depresiva, además de tener en características comunes tales como tener una pareja, el que todos sean estudiantes universitarios y no sean una población clínica y una muestra pequeña, en la que se observa ligeramente ser mayor en las mujeres pero sin llegar a ser un dato estadísticamente significativo.

En cuanto a los niveles de satisfacción de pareja Rivera et al. (2011) señalan que las relaciones de los jóvenes son predominantemente satisfactorias sin distinción por sexo. Por su parte Zimmer-Gembeck y Petherick (2006) encontraron que los jóvenes incluyendo a ambos sexos con relativamente mayores índices de intimidad estaban más satisfechos con sus relaciones.

Finalmente en lo que refiere a la variable de esquemas desadaptativos tempranos en investigaciones anteriores aunque con una población de adolescentes jóvenes de entre 16 y 19 años se concluyó que no hay diferencias por sexo en esta variable, ya que éstos se presentan tanto en hombres como en mujeres (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014).

El tercer objetivo específico fue determinar diferencias entre los miembros de la pareja en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo. El análisis de prueba *t* para muestras relacionadas arrojó que no hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción y depresión así como tampoco en los esquemas desadaptativos tempranos; a excepción de vulnerabilidad al daño entre ambos miembros de la pareja.

Continuando con la idea de las relaciones de pareja como factores que disminuyen la probabilidad de presentar depresión Montesano e Izu (2016) señalan que los mecanismos relacionales dentro de una pareja al verse

fortalecidos dentro de la misma contribuyen a un decremento de la sintomatología de depresión en un proceso terapéutico.

Esto concuerda con el estudio realizado por su parte Katz, Beach y Joiner (1999) donde 105 estudiantes universitarios y sus respectivas parejas tuvieron una correspondencia significativa entre ambos en sintomatología depresiva; es decir un mayor riesgo de padecer depresión para quienes tienen una pareja con sintomatología depresiva, siendo más vulnerables al contagio de la depresión quienes buscaban confianza o reafirmación por parte de su pareja. Así mismo se ha encontrado concordancia en los miembros de la pareja con la depresión, enfermedad, longevidad y la recuperación de la enfermedad y recíprocamente de la mala salud en el matrimonio (Walker & Luszcz, 2009).

Respecto al resultado de las diferencias entre el esquema desadaptativo temprano de vulnerabilidad al daño entre las parejas, de acuerdo con Zadahmad y Torkan (2016) en los estudiantes universitarios éste esquema junto con los de desconfianza-abuso y el aislamiento social ser predictores de ansiedad, habiendo entonces una relación positiva. Otro estudio que se ha abordado el esquema de la vulnerabilidad al daño es el de Heidary, Rudbari e Isanezhad (2012) en el que refiere que se ha vinculado con los estudiantes que presentan mayor estrés académico.

El cuarto objetivo específico fue determinar la asociación en los niveles de satisfacción, depresión y los tipos de esquemas desadaptativos tempranos de estudiantes universitarios de Hidalgo. Donde se halló que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción en la relación de pareja con los niveles de depresión. Este estudio concuerda con el estudio de Prager y Buhrmester (1998) donde hallaron que el cumplimiento de las necesidades individuales de estudiantes universitarios estaba muy relacionado con el bienestar; prediciendo niveles más altos de vida y satisfacción de la relación de pareja y bajos niveles de síntomas depresivos y ansiosos, malestar psicológico, baja autoestima y soledad. Por otra parte Rivera et al. (2011) no hallaron relación significativa entre el nivel de satisfacción en la relación con la depresión, lo cual explican los autores se puede deber a que éstos no son de alta gravedad.

En cuanto a los esquemas desadaptativos tempranos y la satisfacción de pareja, únicamente se correlacionaron el de autocontrol insuficiente y la segunda variable ya mencionada, como se recordará éste esquema maladaptativo temprano refiere a la dificultad de tolerancia a la frustración para alcanzar objetivos personales, pues se presenta un énfasis en la evitación de la incomodidad, pues bien en el estudio realizado por Jaller y Hoyos (2009) se encontró que éste esquema junto con el de desconfianza/abuso explican la vulnerabilidad cognitiva de la dependencia emocional, referente a la variable que

nos incumbe (autocontrol insuficiente) lo mencionan los autores evidencia la necesidad de evitar el malestar a expensas de la realización personal.

Se halló que los esquemas desadaptativos tempranos de búsqueda de aprobación y reconocimiento, aislamiento social, privación emocional, autocontrol insuficiente, fracaso, punitividad, desconfianza/abuso, grandiosidad, inhibición emocional/control de impulsos, vulnerabilidad al daño, simbiosis parental/ falta de individualidad, abandono (1) Situaciones hipotéticas, punitividad (2) Actitud punitiva hacia al perdón y abandono se asocian positivamente con la depresión. Lo cual se corrobora con los estudios de Agudelo-Vélez et al. (2009) el cual señala que se ha vinculado los esquemas de: auto-sacrificio, inhibición emocional y derecho/grandiosidad, abandono, autocontrol insuficiente. Por su parte Mateos-Pérez y Calvete (2015) hallaron que los esquemas interpersonales (desconexión y de rechazo y otros dominios-direccionalidad) y la esquemas de autonomía (alteración de la autonomía y el rendimiento de dominio) los esquemas interpersonales que afectan indirectamente a través de los síntomas depresivos fueron las inferencias sociales negativos, y los esquemas de autonomía a través de inferencias negativas de rendimiento.

Los esquemas desadaptativos tempranos de estándares inflexibles / hipercrítica e Inhibición emocional-control emocional no tuvieron una relación estadísticamente significativa con la variable depresión. Esto concuerda con Mateos-Pérez & Calvete (2015) ya que su estudio arrojó que los esquemas

desadaptativos tempranos que se relacionan con aspectos interpersonales afectan indirectamente a través de los síntomas depresivos. Concluyendo que los adolescentes que creen que sus propias necesidades de seguridad, estabilidad, empatía y amor no se cumplirá y que sacrifican su necesidades propias con el fin de satisfacer las necesidades de los demás son más propensos a hacer inferencias negativas sobre factores de estrés social, lo que a su vez, contribuye al aumento de síntomas depresivos. De este análisis podemos concluir que los esquemas desadaptativos tempranos de estándares inflexibles / hiper crítica e Inhibición emocional-control emocional no se relacionan con depresión porque no cumplen criterios que tienen que ver con aspectos interpersonales ya que se enfocaran más a lo intrapersonal y al rendimiento de uno mismo, es decir, tienen que ver más con los demás y no con fallas de sí mismo.

8.1 Sugerencias y limitaciones

En cuanto a las sugerencias del estudio se sugiere el análisis con una muestra más grande lo que permitiría generalizar los resultados, así como la inclusión de otros tipos de relaciones de pareja que mantienen los universitarios tales como las informales o incluso con otros estados civiles, generando comparaciones entre cada una de éstas poblaciones; ya que ello podría permitir una mayor comprensión de las variables en las diferentes tipos de relaciones interpersonales de pareja en las que se vinculan los universitarios.

Por otra parte la inclusión de otras variables que serían innovadoras para la comprensión de éste tema tal como el reconocimiento emocional de los miembros de la pareja, la existencia de apego y que tipo, los grados de ansiedad en la pareja, satisfacción sexual, estrategias de manejo de conflictos de pareja, etc. Con respecto a ésta última variable ya se realizó esta investigación con la misma población de la presente, sin embargo los resultados serán presentados en otra tesis. Todo ello permitiría generar estrategias que permitan prevenir e intervenir para generar relaciones que sean factores protectores de la salud mental de los jóvenes y prevengan en un futuro la presencia de patologías.

Dentro de las limitaciones, encontramos que algunas de las parejas no pudieron formar parte de la muestra ya que uno de los miembros no concluyó todos los cuestionarios. Por otra parte el hecho de que los inventarios y cuestionarios hayan sido contestados vía electrónica implica también ciertas limitaciones al no ser posible la supervisión de la manera en la que fue respondido aun cuando se les especificara en el consentimiento informado.

Referencias

- Agudelo-Vélez, D. M., CasaDiegos-Garzón, C. P., & Sánchez-Ortiz, D. L. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168008>
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. Recuperado de: http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rrcs/rdgs/attach/ainsworth.1979.amer_psych.pdf
- Arana, F., Galarregui, M., Miracco, M., Partarrieu, A., De rosa, L., Lago, A., Traiber, L., Nushold, P., Rutzstein, G. & Keegan, E. (2014). Perfeccionismo y desempeño académico en estudiantes universitarios de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 71-77. Doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.8
- Armenta, C. & Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y Satisfacción: Analizando la interacción de pareja. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 23-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922004>
- Arnett, J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence to midlife. *Journal of Adult Development*, 8(2), 133-143. doi: 1068-0667/01/0400-0133\$19.50/0

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G...Bruffaerts, R. R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *46*(14), 2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665
- Barry, C. M., Madsen, S. D., Nelson, L. J., Carroll, J. S. & Badger, S. (2009). Friendship and Romantic Relationship Qualities in Emerging Adulthood: Differential Associations with Identity Development and Achieved Adulthood Criteria. *Journal of Adult Development*, *16*(4), 1-209. doi:10.1007/s10804-009-9067-x
- Basco, M. R, Prager, K. J., Pita, J. M., Tamir, L. M. & Stephens, J. J. (1992). Communication and Intimacy in the Marriages of Depressed Patients. *Journal of Family Psychology*, *6*(2), 184-194. doi:10.1037/0893-3200.6.2.184
- Bathla, M., Singh, M. & Relan, P. (2016). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among patients with hypothyroidism. *Indian Journal of Endocrinology & Metabolism*, *20*(4), 468-474. doi:10.4103/2230-8210.183476
- Beck, A. (2005). Current State of Cognitive Therapy; A 40-year Retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 953-959. Recuperado de: http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/ugr/mbchb/phase1_08/semester2/healthpsychology/session6/6_beck_2005.pdf

- Beck, A. T. & Rush, A. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9e806e8c-6bc9-4a10-95f9-9fd69baa1226%40sessionmgr4003&hid=4101>
- Beck, A. T. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *American Journal of Psychiatry*, 11(10), 605-613. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=b7b91246-9ede-493c-a52e-ba8cc0d4fb91%40sessionmgr4002&hid=4101>
- Bello, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000496>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594007>
- Blau, G., DiMino, J., Pred, R. S., Beverly, C., Chessler, M. (2015). Testing three-item versions for seven of Young's Maladaptive Schema. *College Student Journal*, 94(3), 369-374. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd329444-a931-4dfe-82f2-2042dc883ce8%40sessionmgr111&vid=9&hid=116>

- Blázquez-Alonso, Moreno-Manso, García-Baamonde & Guerrero-Barona. (2012). La competencia emocional como recurso inhibitor para la perpetración del maltrato psicológico en la pareja. *Salud Mental*, 35 (4), 287-296. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1483/1481
- Bouquet, G. S. (2013). *Los estilos de amor y la depresión en la relación de pareja*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de TESIUNAM <http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0704148/Index.html>
- Bovier, P. A., Chamot, E. & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161-170. Recuperado de <http://publish.uwo.ca/~pakvis/StressResourcesSocialSupportonMentalHealth.pdf>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base Parents-Child Attachment and Healthy Human Development*. United States of America: Basic Books, A Members of the Perseus Books Group.
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Society of Biological Psychiatry*, 52(3), 175-184. doi:10.1016/S0006-3223(02)01410-5
- Bukhari, S. R. & Khanam, S. J. (2015). Prevalence of depression in university students belonging to different socioeconomic status. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 29(3), 156-159. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfvie>

wer/pdfviewer?sid=c5272371-196f-49df-a934-4d68b14fc48d%40sessionmgr112&v
id=22&hid=118

Burns, D. (2010). *Autoestima en diez días: Diez pasos para vencer la depresión, desarrollar la autoestima y descubrir el secreto de la alegría*. México: Paidós.

Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: La pareja revelada a sí misma*. Buenos Aires: Paidós.

Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>

Calvete, E., Riskind, J. H., Orue, I. & Gonzalez-Diez, Z. (2016). Recursive Associations Among Maladaptive Cognitions and Symptoms of Social Anxiety and Depression: Implications for Sex Differences. *Journal of Social and Clinical Psychology, 35*(10), 807-821. doi:10.1521/jscp.2016.35.10.807

Caputto, I., Cordero, S., Keegan, E., Arana, F. (2015). Perfeccionismo y esquemas desadaptativos tempranos: Un estudio con estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas, 9*(2), 245-257. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9n2/v9n2a03.pdf>

- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D. & Beardslee, W. R. (2002). Adolescent Protective Factors Promoting Resilience in Young Adults at Risk for Depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 393-412. doi:10.1023/A:1020274531345
- Collins, W. A. (2003). More than Myth: The Developmental Significance of Romantic Relationships during Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1-24. doi:10.1111/1532-7795.1301001
- Contreras, W. & Tello, R. (2011). *Evaluación de un programa de intervención en esquemas maladaptativos tempranos (EMT), dirigido a madres cabeza de familia*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/handle/12345_6789/1768
- Craig, G. & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Cubillas, M. J., Pérez, R. R., Valdez, E. A & Galvez, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1), 45-50. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1454/1452
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families*. New York: GuilforPress.

- Díaz-Loving, R. (1996). Una teoría Bio-Psico-Socio.Cultural de la relación de Pareja. *Revista de Psicología Contemporánea*, 3(1), 18-29.
- Díaz-Loving, R. & Rivera, S. (2010). *Anatomía del amor, Antología Psicosocial de la pareja*. México, D.F.: Porrúa.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, A.R. (2002). Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja. México: Porrúa.
- Donal, M. & Dower, J. (2002). Risk and protective factors for depressive symptomatology among a community sample of adolescents and young adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(6), 555-562. doi:10.1111/j.1467-842X.2002.tb00366.x
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2a ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identify: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Espinosa, M. C., Orozco, L. A. & Ybarra, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.028
- Farrer, L., Gulliver, A., Fassnacht, D. B. & Griffiths, K. M. (2016). Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalized anxiety disorder in

Australian university students. *BioMed Central Psychiatry*, 16(241), 1-9. doi: 10.1186/s12888-016-0961-z

Fincham, F. D., Beach, S. R.H, Harold, G. T. & Osborne, L. N. (1997). Marital Satisfaction and Depression: Different Causal Relationships for Men and Women?. *Psychological Science*, 8(5), 351-357. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00424.x

Fisher, H. E., Aron, A., Mashek, D., Li, H. & Brown, L. L. (2002). Defining the brain system of lust romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419. Recuperado de <http://personal.denison.edu/~matthewsn/Brain%20Systems%20of%20Lust%20Attraction%20Attachment.pdf>

Galaz-Sánchez, M. G., Luzania-Soto, M. J. & Olivas-Peñuñuri, M. R. (2012). Factores de Riesgo y Niveles de Depresión en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Sonora. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 29(2), 46-52. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122b.pdf>

Gantiva, C., Bello, J., Venegas, E. & Santoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiátrica*, 39(2), 362-374. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a10.pdf>

- García, J. A. (2002). La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. *Clínica y Salud*, 13(1), 89-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618083004.pdf>
- González-Jiménez & Hernández-Romera. (2014). Early Maladaptive Schemas in Adolescence: A Quantitative Study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132(1), 504-508. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.344
- Gotlib, I. H. & Asarnow, R. F. (1979). Interpersonal and Impersonal Problem-Solving Skills in Mildly and Clinically Depressed University Students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 86-95. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ian_Gotlib/publication/22711944_Interpersonal_and_impersonal_problem-solving_skills_in_mildly_and_clinically_depressed_university_students/links/02e7e526feb1955974000000.pdf
- Guzmán, M. & Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82. doi:10.4067/S0718-22282012000100005
- Harish, P., Harivansh, T., Yin, H. & Shari, A. (2016). Is depression an independent risk factor for the onset of Type 2 diabetes mellitus?. *Drug Development & Therapeutics*, 7(2), 75-80. doi:10.4103/2394-6555.191148

- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a7ed/78521d0d3a52b6ce532e89ce6ba185b355c3.pdf>
- Heikki, H. (2014). Is Income Inequality 'Toxic for Mental Health'? An Ecological Study on Municipal Level Risk Factors for Depression. *Plos ONE* 9(3), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0092775
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H. J. & Hegel, U. (2002). Cognitive-behavioral theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression?. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 252(5), 240-249. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bd5bd31-b392-4e49-ad27-25dfa8952b18%40sessionmgr4006&vid=6&hid=4214>
- Hernando-Gómez, Maravel-López & Pazos-Gómez. (2016). Experiencias positivas y negativas en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Revista de Psicología*, 25(2), 1-19. doi: 10.5354/0719-0581.2016.44745
- Herrera, A. (2014). *Validación del cuestionario de esquemas de Young tercera versión extendida (YSQ-L3) en población mexicana*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Heidary, M. S., Rudbari, O. & Isanezhad, O. (2012). Early Maladaptive Schemes and Academic Stress in College Students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(7), 6821-6826. Recuperado de [https://www.textroad.com/pdf/JBASR/J.%20Basic.%20Appl.%20Sci.%20Res.,%202\(7\)6821-6826,%202012.pdf](https://www.textroad.com/pdf/JBASR/J.%20Basic.%20Appl.%20Sci.%20Res.,%202(7)6821-6826,%202012.pdf)

Hooper, L. M., Tomek, S., Roter, D., Carson, K. A., Mugoya, G. & Cooper, L. A. (2016). Depression, patient characteristics, and attachment style: correlates and mediators of medication treatment adherence in a racially diverse primary care sample. *Primary Health Care Research & Development*, 17(2), 184-197. doi: 10.1017/S1463423 615000365

Jaller, C. & Lemos, M. (2009). Esquemas Desadaptativos Tempranos en Estudiantes Universitarios con Dependencia Emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 77-83. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-9155200900 0200008&script=sci_abstract&tlng=es

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 21 (3), 26-31. Recuperado de http://scholar.google.com.mx/scholar?q=jurado+s+villegas+m%C3%A9ndez+rodr%C3%ADguez+loperena+y+varela+1998+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Katz, J., Beach, S. R.H. & Joiner, T. E. (1999). Contagious Depression in Dating Couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(1), 1-13. Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Jennifer_Katz/publication/233885553_Contagious_Depression_in_Dating_Couples/links/5797ca5908ae33e89faedb75.pdf

Khan, F. & Aftab, S. (2013). Marital Satisfaction and Perceived Social Support as Vulnerability Factors to Depression. *American International Journal of Social Science*, 2(5), 99-107. Recuperado de http://www.aijssnet.com/journals/Vol_2_No_5_September_2013/11.pdf

Knobloch-Fedders, L. M., Knobloch, L. K., Durbin, C. E., Rosen, A. & Critchfield, K. L. (2013). Comparing the Interpersonal Behavior of Distressed Couples with and Without Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1250- 1268. doi:10.1002/jclp.21998

Landgraf, D., Long, J., Der-Avakian, A., Streets, M. & Welsh, D. K. (2015). Dissociation of Learned Helplessness and Fear Conditioning in Mice: A Mouse Model of Depression. *Plos One*, 10(4), 1-17. doi:10.1371/journal.pone.0125892

Li, B., Piriz, J., Mirrione, M., Chung, C., Proulx, C. D., Schulz, D... Malinow. (2011). Synaptic potentiation onto habenula neurons in the learned helplessness model of depression. *Nature*, 470(7335), 535-539. doi:10.1038/nature09742

Li, L., Wu, C., Yong, G., Qu, X. & Lu, Z. (2016). Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BioMed Central Psychiatry*, 16(375), 1-16. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3

- Litzinger, S. & Coop, K. (2005). Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of sex & Marital Therapy*, 31(5). doi: 10.1080/00926230591006719
- Lombardo, C., Battagliese, G., Baglioni, C., David, M., Violani, C. & Riemann, D. (2014). Severity of insomnia, disordered eating symptoms, and depression in female university students. *Clinical Psychologist*, 18(3), 108-115. doi:10.1111/cp.12023
- Maier, S.F. & Seligman, M. E.P. (2016). Learned Helplessness at Fifty: Insights From Neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349-367. doi:10.1037/rev0000033
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Lyengard, S., Ball, S. G. & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrant view of key findings. *International Journal Clinical Practice*, 61(12), 2030-2040. doi:10.1111/j.1742-1241.2007.01602.x
- Martínez, E. R. (2009). Factores predisponentes de la génesis de la depresión en la mujer (Tesis de licenciatura). Recuperado de TESIUNAM 001-01921-M26-2009 <http://132.248.9.195/ptd2009/septiembre/0648441/Index.html>
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G. & Taylor, M. A. (2012). Asystematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202. doi:10.1080/16506073.2011.614274
- Mateos-Pérez, E. & Calvete, E. (2015). Negative inferences as mediators of the predictive association between early maladaptative schemas and depressive symptoms in

adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(3), 259-276.
doi:10.1521/jscp.2015.34.3.259

Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>

McIntosh, A. M., Hall, L., Zeng, Y., Adams, M. J., Gibson, J., Wigmore, E...Haley, C. S. (2016). Genetic and Environmental Risk for Chronic Pain and the Contribution of Risk Variants for Major Depressive Disorder: A Family-Based Mixed-Model Analysis. *Plos Medicine*, 13(8), 1-17. doi:10.1371/journal.pmed.1002090

Medina-Mora, Ma. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1-11. doi:10.1017/S0033291705005672

Molina-Márquez, A. M., Saavedra, N., Zambrano, T. & Salazar, L. A. (2016). Epigenetic Modifications of Major Depressive Disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(8), 1-20. doi:10.3390/ijms17081279

Montesano, A. & Izu, S. (2016). Análisis del proceso terapéutico en un caso de terapia de pareja para la depresión: cómo lidiar con una alianza intra-sistema problemática. *Estudios de psicología*, 37(2/3), 393-417. doi:10.1080/02109395.2016.1189210

- Moreh, S. & O'Lawrence, H. (2016). Common Risk Factors Associated with Adolescent and Young Adult Depression. *Journal of Health and Human Services Administration*, 39(2), 283-310. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/e1be74a7d74a60c7c7c685ceb394bd4b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=27394>
- Moreno, A., Rodríguez, B., Carrasco, M. J. & Sánchez, J.J. (2009), Relación de pareja y sintomatología depresiva de la mujer: implicaciones clínicas desde una perspectiva de género. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 489-506. Recuperado de: www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/160/162
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7(2), 121-144. doi: 10.1016/0272-7358(87)90030-4
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud: décima versión (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno más frecuente*. Recuperado de http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1520:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mas-frecuente&Itemid=488

Oropeza, R., Armenta, C., García, A., Padilla, N. & Diaz-Loving, R. (2010). Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*. 18(2), 56-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921007>

Ortega, J. (2012). El vínculo de pareja: Una posibilidad afectiva para crecer. *Educare*, 16(1), 23-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194124704008>

Ostrowsky, F. (2005). ¡Toc, toc! ¿Hay alguien ahí? México: Infored.

- Palazidou, E. (2012). The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin*, 101(1), 127-145. doi:10.1093/bmb/lds004
- Parker, G., McCraw, S. & Hadzi-Pavlovic, D. (2015). Unipolar and bipolar patient responses to a new scale measuring the consequences of depression. *Psychiatry Research*, 230(2), 676-681. doi:10.1016/j.psychres.2015.10.024
- Pedroza, M. (2014). *Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos en niños de 8 a 13 años*. (Tesis de maestría). Recuperado de TESIUNAM <http://132.248.9.195/ptd2015/anteriores/psicología/0734428/Index.html>
- Peñate, W., Perestelo, L., Bethencourt, J. M. & Ramírez, G. (2009). La predicción del nivel de depresión por variables cognitivas, conductuales y temperamentales en un intervalo de seis meses. *Psicothema*, 21(3), 341-346. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3636>
- Prager, K. J. & Buhrmester, D. (1998). Intimacy and need fulfillment in couple relationships. *Journal of social and Personal Relationships*, 15(4), 435-469. doi: 10.1177/0265407598154001
- Priemer, M., Talbot, F. & French, D. J. (2015). Impact of Self-Help Schema Therapy on Psychological Distress and Early Maladaptive Schemas: A Randomised Controlled Trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73. doi:10.1017/bec.2014.30

- Quintana, M. Rodríguez, L. Sariol, L. & Rojas, V. (2012). Estudio comparativo del componente motivacional en miembros de parejas de estudiantes universitarios. *Psicogente*, 15 (28), 302-313. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=f8cda875-29cf-483e-8d7d-b20606dad697%40sessionmgr102&hid=128>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. & Young J. (2011). *Schema therapy*. London and New York: Routledge.
- Rafful, C., Medina-Mora, Ma. E. Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-9. doi:10.1016/j.jad.2011.12.040
- Repetur, S. (2005). Vínculo y Desarrollo Psicológico: La Importancia de las Relaciones Tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- Richards, D. & Salamanca, A. (2014). Point-Prevalence of Depression and Associated Risk Factors. *The Journal of Psychology*, 148(3), 305–326. doi:10.1080/00223980.2013. 800831
- Rivera, D., Cruz, C. & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente: El rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Terapia psicológica*, 29(1), 77-83. doi:10.4067/S0718-48082011000100008

- Roche, R. (1982). La comunicación y salud mental de la pareja humana. *Cuadernos de Psicología*, 1,163-181. Recuperado de www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/download/.../268192
- González, D. A., Reséndiz, A. & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in México. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.033
- Rojas, J. L. & Flores, A. I. (2013). El noviazgo y otros vínculos afectivos de la juventud mexicana en una sociedad con características postmodernas. *Uaricha*, 10(23), 120-139. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/263847394>
- Romo, J. M. (2008).Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja: de sus experiencias y proyectos de vida. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(38), 801-823. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v13n38/v13n38a6.pdf>
- Scott, S. & Crino, R. D. (2014). Early maladaptative schema and social and occupational functioning: The meadiating role of psychiatric symptomatology. *Australian Journal of Psychology*, 66(4), 224-232. doi:10.1111/ajpy.12061
- Secretaría de Salud. (2016).*La depresión afecta al cinco por ciento de la población*. Recuperado de <http://www.gob.mx/salud/articulos/la-depresion-afecta-al-cinco-por-ciento-de-la-poblacion>

Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). *Las relaciones de pareja, un enfoque estadístico*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1796/1/images/ComunicadoDePrensaRelacionesDePareja.pdf>

Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2015). *CONAPO presenta información sociodemográfica referente a las relaciones de pareja*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2438/1/images/CONAPO_Comunicado001__14_de_febrero_2015.pdf

Seligman, M. (1975). *Indefensión: En la depresión, el desarrollo y la muerte*. España: Debate.

Seligman, M. E. & Maier, S. F. (1967). Failure to Escape Traumatic Shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9. Recuperado de <http://homepages.gac.edu/~jw otton2/PSY225/seligman.pdf>

Serrani, F. M. (2013). Schematherapy: modello teorico e trattamento. *Cognitivismo Clínico*, 10(1), 87-97. Recuperado de <http://www.apc.it/wp-content/uploads /2013/03/5 -sche ma-therapy-87-97.pdf>

Sternberg, R. J. (1986). A triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. Recuperado de http://pzacad.pitzer.edu/~dmoore/psych199/1986 _sternberg _trianglelove.pdf

Szmulewicz, T. (2013). La pareja: una diada singular. *Psiquiatría y salud mental*, 1(30), 31-37. Recuperado de:

http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/04_la_pareja_una_diada_singular.pdf

Torres, L. M. (2015). Incidencia de los esquemas mal adaptativos tempranos del área de las relaciones interpersonales en la satisfacción sexual en adultos jóvenes de la ciudad de Medellín. *Grupo de Investigación: Salud Comportamental y Organizacional. Línea de Investigación: Psicología y Salud. Área: clínica*. 1(1). Recuperado de http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/2541/1/Incidencia_Eschema_Maladaptativo_Torres_2014.pdf

Valdez, J., González, N. & Sánchez, Z. (2005). Elección de pareja en universitarios mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 355-367. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/38864>

Valdez, J. L., López, N. I., Torres, M. A. & Rocha, N. C. (2011). Estrategias biológicas y psicosocioculturales que intervienen en la conservación de la pareja: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 57-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963005>

Valencia, L. (2011). Causes and strategies for conflict resolution in the couple relationships formed by university students. *Psicogente*, 14(26), 336,351.

Recuperado de
<http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>

Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos teóricos y Tratamiento a Finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. Recuperado de
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Vujeva, H. M. & Furman, W. (2011). Depressive Symptoms and Romantic Relationship Qualities from Adolescence through Emerging Adulthood: A Longitudinal Examination of Influences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 123-135. doi:10.1080/15374416.2011.533414

Walker, R. B. & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature. *Ageing and Society*, 29(3), 455–480. doi:10.1017/S0144686X08007903.

Wallace, B. E., Masiak, J. & Pabis, M. R. P. (2013). Depression in medical students: reviewing its prevalence, risk factors, consequences, and management in order to provide student. *Polish Journal of Public Health*, 123(3), 259-264. doi:10.12923/j.2084-980X/26.3/a.11

Whisman, M. & Beach, S. (2012). Couple Therapy for Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 526-535. doi:10.1002/jclp.21857

- Whiteman, K., Ruggiano, N. & Thomlison, B. (2016). Transforming mental health services to address gender disparities in depression risk factors. *Journal of Women & Aging, 28*(6), 521-529. doi:10.1080/08952841.2015.1072027
- Whitton, S. W. & Whisman, M.A. (2010). Relationship Satisfaction Instability and Depression. *Journal of Family Psychology, 24*(6), 791-794. doi:10.1037/a0021734
- Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Bear, F., Lommen, M. J. & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine, 46*(12), 2571-2582. doi: 10.1017/S0033291716000532
- Wilkinson, P. (2012). Childhood and young adult-onset depression are associated with similar psychosocial risk factors. *Evidence Based Mental Health, 15*(2), 29. doi:10.1136/ebmental-2012-100575
- Williams, J. (2011). Adolescent substance abuse and treatment acceptability. *Journal of Adolescent Health, 48*(3), 217-219. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.026
- Xiang, X. (2016). History of major depression as a barrier to health behavior changes after a chronic disease diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research, 85*, 12-18. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.04.001
- Yanzón de la Torre, A., Oliva, N., Echevarrita, P. L., Pérez, B. G., Caporusso, G. B., Titano, A. J... Daray, F. M. (2016). Major depression in hospitalized Argentine

general medical patients: Prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorder*, 197, 36-42. doi:10.1016/j.jad.2016.02.066

Young, J. & Klosko, J. (1994). *Reinvent tu vida*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

Yu, J., Tian, A-J., Yuan, X. & Cheng, X-X. (2016). Subclinical Hypothyroidism after 131 Treatment of Graves' Disease: A Risk Factor for Depression?. *PLoS ONE* 11(5). doi:10.1371/journal.pone.01

Young, L. J., Wang, Z. & Insel, T. R. (1988). Neuroendocrine bases of monogamy. *Trends in Neuroscience*, 21(2): 71-75. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9498302>

Zadahmad, M. & Torkan, H. (2016). Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety. *International Journal of Educational & Psychological Researches*, 2(1), 49-53. doi:10.4103/2395-2296.174791

Zeki, S. (2007). The neurobiology of love. *FEBS Letters*, 581(14), 2575-2579. doi: 10.1016/j.febslet.2007.03.094

Zimmer-Gembeck, M. J. & Petherick, J. (2006). Intimacy dating goals and relationship satisfaction during adolescence and emerging adulthood: Identity formation, age and sex as moderators. *International Journal of Behavioral Development*, 30(2), 167-177. doi:10.1177/0165025406063636