

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS:

**CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACIÓN CON
INDICADORES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA EN LIMA
METROPOLITANA**

PRESENTADO POR:

Lic. Guido Roly Málaga Lazo

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN TERAPIA COGNITIVO -
CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y
PSIQUIÁTRICOS**

ASESORA:

Magister. Yanet Rocha Cuadros

*Diciembre del 2019
Lima-Perú*

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con mucho amor a mi esposa Soledad

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme siempre, por darme fuerza cuando más la necesito y por llenarme de fe y esperanza en momentos difíciles.

A la memoria de mis padres, por haber sembrado en mí valores que me acompañarán toda la vida y a mis hermanos por su ejemplo y su apoyo incondicional.

A mis hijos Alejandro, Guido Alonso y a Maybe, por sus aportes, comprensión, cariño, respeto y por ser fuente de motivación para seguir avanzando.

A mi sobrino Luís Miguel y a Glorita por sus aportes.

A mi asesora de proyecto, Doctora Elizabeth Dany Araujo Robles y a mi asesora de tesis Magister Yanet Rocha Cuadros, por sus aportes, apoyo y tiempo dedicado.

A mis docentes de maestría de la UIGV por sus enseñanzas, asesorías y tiempo dedicado.

A mis colegas de la Universidad Privada del Norte Maggi y Karim por sus aportes.

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice general	4
Índice de figuras	7
Índice de tablas	8
Índice de tablas complementarias.....	9
Resumen	10
Abstract	11
Introducción.....	12
Capítulo I FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.1 Marco histórico.....	14
1.1.1 Creencias Irracionales	14
1.1.2 Depresión	14
1.2 Marco Teórico.....	16
1.2.1 Las Creencias irracionales.....	16
Las Creencias Racionales.....	17
Las personas con creencias racionales	17
Características de las Creencias Irracionales	18
Las 11 Creencias Irracionales planteadas por A. Ellis	19
Delirios y Creencias Irracionales	20
Las Terapia Racional Emotiva de A. Ellis (TRE)	20
1.2.2 Depresión	21
Sintomatología de la Depresión	23
Clasificación y Diagnóstico de la Depresión	23
Tratamiento de la Depresión	26
El modelo de la Terapia Cognitiva de A. Beck para la Depresión	26
a) La Triada Cognitiva	27
b) Esquema	27
c) Errores en el procesamiento de la información	27
Creencias automáticas	28

Creencias intermedias.....	28
Creencias nucleares o centrales	28
d) Las Distorsiones Cognitivas	28
Los 10 tipos de pensamientos distorsionados.....	29
Objetivos de la Terapia Cognitiva	30
Importancia de la Terapia Cognitiva	30
Los modelos de intervención terapéutica en la terapia cognitiva	31
El modelo terapéutico de la Terapia Cognitiva de A. Beck	31
Técnicas psicoterapéuticas en la Terapia Cognitiva	32
Funciones de las Técnicas Psicoterapéuticas	32
1.3. Investigaciones	33
1.3.1 Antecedentes internacionales	33
1.3.2 Antecedentes nacionales	36
1.4. Marco Conceptual	37
1.4.1 Creencias Irracionales	37
1.4.2 Depresión	37
Capítulo II EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	38
2.1.Planteamiento del Problema	38
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	38
2.1.2 Antecedentes Teóricos	39
2.1.3 Definición del problema	39
Problema general	39
Problemas específicos	40
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación	41
2.2.1 Finalidad	41
2.2.2 Objetivo General y Específicos	41
Objetivo general	41
Objetivos específicos	41
2.2.3 Delimitación del estudio	42
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	42
2.3. Hipótesis y Variables	43
2.3.1 Supuestos teóricos	43
2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas	44
Hipótesis principal	44

Hipótesis específicas	44
2.3.3 Variables, Indicadores y Dimensiones	45
a) Variable Independiente: Creencias Irracionales	45
b) Variable Dependiente: Depresión	48
c) Operacionalización de variables.....	50
Capítulo III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	51
3.1 Población y Muestra.....	51
3.1.1 Población	51
3.1.2 Muestra	51
3.2 Diseño utilizado en el estudio	55
3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	55
3.3.1 Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA)	55
3.3.2 Inventario de Depresión de Beck	60
3.4 Procesamiento de Datos	63
Capítulo IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	64
4.1 Presentación de los resultados	64
4.1.1 Índice de Frecuencias de Depresión.....	64
4.1.2 Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales.....	64
4.1.3 Asociación entre Creencias Irracionales y Depresión	68
4.2 Contratación de Hipótesis	72
4.2.1 Prueba de hipótesis general	72
4.2.2 Prueba de hipótesis específicas	72
4.3 Discusión de resultados	76
Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1 Conclusiones	78
5.2 Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Asociación entre creencias irracionales y niveles de depresión total.....	68
Figura 2 Asociación entre la creencia irracional 1 y niveles de depresión.....	69
Figura 3 Asociación entre la creencia irracional 2 y niveles de depresión	69
Figura 4 Asociación entre la creencia irracional 3 y niveles de depresión	70
Figura 5 Asociación entre la creencia irracional 4 y niveles de depresión	70
Figura 6 Asociación entre la creencia irracional 5 y niveles de depresión	71
Figura 7 Asociación entre la creencia irracional 6 y niveles de depresión	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Matriz de Operacionalización de variable independiente: Creencias irracionales.....	46
Tabla 2	Matriz de Operacionalización de variable dependiente: depresión	49
Tabla 3	Matriz de Operacionalización – Asociación de las variables.....	50
Tabla 4	Muestra no clínica de estudiantes seleccionados en el estudio	52
Tabla 5	Composición de la muestra en relación a la edad	52
Tabla 6	Composición de la muestra en relación al sexo	52
Tabla 7	Composición de la muestra en relación al estado civil	53
Tabla 8	Composición de la muestra en relación a su nivel de instrucción	53
Tabla 9	Composición de la muestra en relación a su lugar de residencia actual	53
Tabla 10	Composición de la muestra en relación a su nivel de nacimiento	54
Tabla 11	Índice de frecuencias de depresión BD-II BECK	64
Tabla 12	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Total	64
Tabla 13	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 1	65
Tabla 14	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 2	65
Tabla 15	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 3	66
Tabla 16	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 4	66
Tabla 17	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 5	67
Tabla 18	Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 6	67
Tabla 19	Tabla de contingencias entre las creencias irracionales y los niveles de depresión total.....	72
Tabla 20	Tabla de contingencias entre la creencia irracional 1 y los niveles de depresión.....	72
Tabla 21	Tabla de contingencias entre la creencia irracional 2 y los niveles de depresión	73
Tabla 22	Tabla de contingencias entre la creencia irracional 3 y los niveles de depresión	73
Tabla 23	Tabla de contingencias entre la creencia irracional 4 y los niveles de depresión.....	74
Tabla 24	Tabla de contingencias entre la creencia irracional 5 y los niveles de depresión	74

Tabla 25 Tabla de contingencias entre la creencia irracional 6 y los niveles de depresión.....	75
--	----

ÍNDICE DE TABLAS COMPLEMENTARIAS

Baremo 1 Categorías de Estilo de Pensamiento por Subescalas de REGOPIINA en adolescentes de 14 a 18 años (Guzmán, 2009)	59
Baremo 2 Puntajes directos categorizados para evaluar los niveles de Depresión (Sáenz, 2011).	62

RESUMEN

La presente investigación se realiza en una Universidad privada de Lima Metropolitana, en el distrito de Los Olivos ubicado en el cono norte de la ciudad durante el periodo Agosto a noviembre del 2019, en el que participaron 321 estudiantes de ambos sexos de la carrera de psicología. Para la conformación de la muestra se aplicó un tipo muestreo *intencional* (Hernández *et al.*, 2014) con criterios de inclusión y exclusión claramente determinados. Se utilizaron como instrumentos de evaluación el Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA) de Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Es Helman y su adaptación en el Perú por Percy Guzmán Grados quien adaptó la prueba en Lima en el año 1982 (texto), 1987 (versión modificada, Guzmán, 1988), 2009 (Guzmán, 2009) para identificar seis creencias irracionales propuestas; y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown y la adaptación española en el 2011 Jesús Sanz y Carmelo. (Sáenz, 2011) para identificar los indicadores de depresión mínima, leve, moderada y severa. El propósito de la misma es encontrar la asociación de las creencias irracionales y la depresión. Los resultados indican que existen asociaciones estadísticamente significativas entre creencias irracionales y depresión total. $\chi^2 = 368.41$, $p < .05$. Así mismo se encontró asociaciones estadísticamente significativas ($p < .05$) entre las seis creencias irracionales: Creencia Irracional 1) “Es necesario ser querido y aprobado por todas las Personas significativas para uno”, Creencia Irracional 2) “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”, Creencia Irracional 3) “Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, Creencia Irracional 4) “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”, Creencia Irracional 5) “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, Creencia Irracional 6) “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” (Guzmán, 2009) y los niveles de depresión leve, moderada y severa”, afirmando que a más creencias irracionales mayores niveles de depresión.

Palabras clave: Creencias irracionales, niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa.

ABSTRACT

The present research is done in a private University from Metropolitan Lima, in Los Olivos district located in the northern side of the city over the period August to December 2019, in which 321 students participated of both sexes from the Psychology school. For sample conformation a type of *intentional sampling* was applied (*Hernández et al., 2014*) with clearly defined inclusion and exclusion criteria. Evaluation instruments were used in the Opinion Register Form A (REGOPINA) from Martha Davis, Matthew McKay and Elizabeth Eshelman and the adaptation on Peru from Percy Guzman Grados who adapted the test on the year 1982 (text), 1987 (revised version, Guzman, 1988), 2009 (Guzman, 2009) to identify six proposed irrational beliefs; and the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) from Aaron T. Beck, Robert A. Steer and Gregory K. Brown and the Spanish adaptation on 2011 from Jesús Sanz y Carmelo (Sanz, 2011) to identify levels of minimum, mild, moderate and severe depression. The purpose of the study is to find the association between irrational beliefs and depression. The results indicate that statistically significant relations exist between irrational beliefs and total depression $\chi^2 = 368.41, p < 0.05$ statistically significant associations were also found between six irrational beliefs: Irrational Belief 1) “It’s necessary to be loved and approved from every significant person for oneself”, Irrational Belief 2) “We must be absolutely competent, intelligent and effective in every possible aspect”, Irrational Belief 3) “Certain acts aren’t only wrong but are condemnable or vile, and people who do them should be ashamed and punished”, Irrational Belief 4) “It’s terrible and catastrophic that things and people aren’t as one would like them to be”, Irrational Belief 5) “Human unhappiness is caused by external actions, it’s imposed to us by people and events”, Irrational Belief 6) “If something has affected our life in certain occasion it will always keep affecting it”; and the levels of minimum, mild, moderate and severe depression $p < 0.05$, affirming that as more irrational beliefs, more levels of depression.

Key words: Irrational beliefs, levels of minimum, mild, moderate and severe depression

INTRODUCCIÓN

La presencia de la depresión en adolescentes ha aumentado considerablemente estas últimas décadas en la población mundial. Esta entidad considera que la persona con problemas de salud mental se caracteriza por poseer pensamientos distorsionados que se relacionan con sus emociones, comportamiento y adaptación en general. Está considerada como una enfermedad común y la principal causante de problemas de discapacidad, así como de salud a nivel mundial. Se estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad y se estima que entre el 2005 y el 2015 se incrementó en un 18%, siendo más prevalente en mujeres que en varones. Dependiendo su duración e intensidad se valora la condición de gravedad, en el peor de los casos, culmina con el suicidio. Así, cada año, un promedio de 800 mil personas al año terminan con su existencia producto de la depresión, siendo además el suicidio considerado como la causa segunda de muerte que afecta a personas de edades entre los 15 y 29 años. Esta enfermedad, la depresión, al ser detectada y tratada a tiempo, logra resultados beneficiosos y positivos. Lamentablemente, tanto la depresión como otras afecciones mentales se están incrementando en todo el mundo (OMS, 2018).

En el Perú, el Director General del Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi, Humberto castillo Martel, sostiene que la depresión está presente en un 1.8 millones de personas, siendo un 8% de ellas, adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años (El Comercio, 2017; Sulca, 2016). Por lo cual consideramos que es una población de alto riesgo por los estudios epidemiológicos realizados (OMS, 2018),

Desde que la persona nace, en su proceso de adaptación, a partir de la interacción de los aspectos ambientales, culturales y biológicos, incorpora aprendizajes, patrones de pensamiento y formas de percibir la realidad, las que resultan en esquemas cognitivos. Si en tales esquemas, existen creencias que devienen en conductas adaptativas, se trataría de creencias racionales (Ellis & Russell, 1990). Si, por el contrario, dichas creencias se caracterizan por poseer contenidos generalizados, extremistas y pesimistas, las mismas que le generan dolor y conductas autodestructivas se estaría hablando de Creencias irracionales, las mismas que se constituyen en un factor predisponente para la aparición de trastornos emocionales como son la ansiedad y la depresión (Calvete & Cardeñoso, 1999; Ellis y Bernard, 1990; Ellis & Russell, 1990; Pervin, 1996). Como ya se ha mencionado, la depresión es originada por la formación de esquemas de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva) (Calvete & Cardeñoso, 1999), de tal

manera que, tales pensamientos se distorsionan, formando creencias irracionales, predominando los pensamientos catastróficos o generalizados. Los mismos que se activan en situaciones adversas (Pervin, 1996).

Por lo tanto, se considera importante realizar un trabajo de investigación con las variables planteadas en el estudio “Creencias irracionales y asociación con la depresión” ya que es necesario conocer en la realidad del contexto peruano, cómo se comportan estas variables en estudio en una población no clínica de adolescentes, porque se constituye en una población de alto riesgo por los estudios epidemiológicos realizados (OMS, 2018), a fin de plantear a posteriori trabajos de intervención preventivo-promocionales.

El trabajo está dividido en cuatro capítulos. El capítulo I aborda los fundamentos teóricos de la investigación: Las creencias irracionales y la depresión con un marco histórico, teórico y conceptual y antecedentes de investigación de las mismas. El capítulo II está constituido por el problema, los objetivos, hipótesis y las variables en estudio y su operacionalización para llevar a cabo la investigación. El capítulo III contiene el método, la técnica y los instrumentos de investigación. En el capítulo IV se detallan los resultados obtenidos en la presente investigación, la contrastación de hipótesis y discusión de los resultados. Finalmente, en el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco Histórico

1.1.1 Creencias Irracionales

Albert Ellis (1993-2007), crea la TRE, planteando la presencia de Creencias Irracionales (1955). Ello tiene como base a su experiencia personal, ya que Ellis era un adolescente tímido, con temor a hablar con mujeres o en público, para lo cual, buscó apoyo en la terapia psicoanalítica, sin lograr los resultados esperados. Estudia psicología y recibe influencia de corrientes filosóficas como la del budismo, de Confucio, Coué, Epíteto, Marco Aurelio, Dewey, Freud, Eerson, Russell y Watson (Ellis & Russell, 1990; Guzmán, 2012; Landriscini, 2006; Roca s/f). Una vez graduado de psicólogo, forma parte de los seguidores del psicoanálisis, porque pensaba que esta línea terapéutica era la más efectiva; en este ámbito, es influenciado por Karen Horney. Sin embargo, al sentir insatisfacción acerca de los efectos del psicoanálisis, decide retirarse de este círculo terapéutico y propone sus postulados teóricos, afirma que los pensamientos juegan un rol importante sobre las emociones, destacando, por ende, la presencia de ideas irracionales e ideas racionales. A partir de entonces, trabaja con técnicas centradas en los pensamientos de los pacientes, en los cuales invita estos a sustituir las ideas irracionales por ideas racionales (Ellis & Russell, 1990; Guzmán, 2012; Landriscini, 2006).

En sus inicios, llama a su propuesta terapéutica “terapia racional” (década de los 50), al puntualizar que los aspectos cognitivos cobraban fuerza en el proceso terapéutico; así mismo, trabajó con las tareas, empleó técnicas como: la confrontación, el entrenamiento en vivo y la desensibilización sistemática en vivo. Posteriormente (década de los 60), junto con el Dr Robert A. Harper, con quien trabajó este innovador tipo de tratamiento, deciden cambiar el nombre a Terapia Racional Emotiva (TRE) (Ellis & Russell, 1990; Guzmán, 2012; Landriscini, 2006; Roca s/f). De esta manera, crea la Terapia racional emotiva, tiene como características, brindar importancia a la presencia de las creencias irracionales como factor desencadenante de los problemas emocionales (Ellis & Russell, 1990; Guzmán, 2012; Landriscini, 2006; Roca s/f).

1.1.2 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, cuya presencia data desde épocas inmemorables, tal es así, que, en la Biblia, ya aparece información de este trastorno del estado de ánimo como en el libro de Génesis, cuando relata la expulsión de Adán y Eva del

Paraíso por Dios (Hernández, 2007) y en las narraciones de la melancolía y tristeza de Saul (Vásquez & Sanz, 1995).

Fue Hipócrates (s. IV. A.C) el primero en describir a las enfermedades en forma clínica y señala que estas son consecuencia del desajuste de los humores, en el caso de la Melancolía, de la bilis negra. Y genera en la persona un estado que afecta tanto el cuerpo, la mente y el espíritu, presentando cuadros prolongados de tristeza y temores (Pérgola, 2002).

Un siglo después, Aristóteles continúa la propuesta de Hipócrates. En este contexto, Galeno, inspirado en Aristóteles, mantiene también tales postulados y remarca la importancia que ejerce el miedo como sintomatología principal de la tristeza (Cruz & Vergara, 2011).

En la Edad Media, las enfermedades mentales eran consideradas producto de la brujería, como mencionaba San Agustín (s. V), el demonio se posesionaba de la persona que era aquejada por la enfermedad, y quienes trataban estos males eran los monjes mediante trabajos de exorcismo (Vallejo, 1998).

Hacia el s. XVIII, aparece por primera vez en la lengua inglesa el término “depresión”. En 1725, Blackmore, R. refiere “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”; en 1764 Whytt, R. asocia “depresión mental” con “espíritu bajo”, así también, relaciona “hipocondría y melancolía” (Jackson, 1986).

En tiempos del Renacimiento, Paracelso, en el tratado “De las enfermedades que privan al hombre de la razón, como el baile de San Vito, la epilepsia, la melancolía y la insania” señala que las enfermedades mentales no son producto de posesión satánica, sino que era una enfermedad más del cuerpo (Pérgola, 2002).

En la época de la Reforma, en un contexto influenciado por los avances científicos, las nuevas filosofías y nuevas tendencias religiosas, la concepción de “loco” fue perdiendo fuerza y el concepto de enfermedad mental tiene nueva visión, otorgándose un trato humano al enfermo mental, quienes dejan de estar encerrados en las cárceles y pasan a ocupar espacios creados especialmente para este tipo de personas (Coto, Gómez-Fontanil & Belloch, 1995).

En la Edad Moderna, Pinel clasificó las enfermedades mentales en Melancolía (afecta la cognición), Manía (excitabilidad nerviosa), Demencia (el pensamiento se altera) e Idiocia (se comprometen tanto la afectividad como la cognición) (Vallejo, 1998).

En 1854, Falret, realiza la descripción del suicidio, acotando que deviene de una enfermedad mental. En 1882, Kahlbaum habla acerca de la ciclotimia. En 1899, Kraepelín describe a la psicosis maniaco-depresiva, además se encarga de definir la melancolía involutiva (Hernández, 2007).

En el s. XX, la psicología resurge con la aparición de diversas escuelas. Así, cobran fuerza el Psicoanálisis con S. Freud, el Conductismo con J.B. Watson, Pávlov y Skinner. Ambas escuelas dan valor a lo psicopatológico. En 1970, A. Beck señala que la depresión es consecuencia de la visión negativa de ver el mundo, el futuro y a sí mismo (triada cognitiva) (Hernández, 2007).

En la actualidad, la depresión tiene origen multicausal, en el cual el factor social adaptativo cobra vital importancia, pues, esta enfermedad está en aumento, llegándose a pronosticar que será la segunda causa de discapacidad y mortal (Prieto, Pérez & Ramírez, 2007). La depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por conductas autolesivas. Según el DSM-V, la clasifica en Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o Distimia y otro trastorno distímico especificado o no especificado (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V [DSM V]*, 2015) y en el CIE 10 se clasifica en episodios leve, moderado y grave (Organización Mundial de la Salud [CIE 10], 1992).

1.2. Marco Teórico

Conocer al ser humano es un proceso complejo por ello, el acercamiento debe ser de forma holística e integral (Meneses, 2017).

1.2.1 Las Creencias Irracionales

Ellis sostiene que la persona es la única y la responsable de construir sus propias creencias, en base a las cuales se otorga valor e interpreta la realidad. Afirma, además, que es la persona quien, en una situación activadora, se genera creencias, las mismas que propician emociones y en consecuencias conductas, las mismas que interactúan entre sí (Guzmán, 2012).

¿Qué son las creencias?

Las creencias, son contenidos cognitivos, como mapas mentales que resultan de la interacción con la realidad y comandan la forma en cómo la persona percibe e interpreta su realidad y el futuro. La TREC considera que los pensamientos, las emociones y las acciones están en constante interacción, no son entidades puras. Existen pensamientos positivos y pensamientos negativos, con el tiempo se convierten en creencias, las mismas que generan sentimientos positivos o negativos. Estas creencias se constituyen en el indicador del mundo emocional de las personas. Estos esquemas se forman a partir de las experiencias interiorizadas desde etapas tempranas de la vida. (Calvete & Cardeñoso, 2001; Camacho, 2003; Landriscini, 2006; Martínez, 2018).

La TRE identifica las creencias racionales y las irracionales.

Las Creencias Racionales

Son pensamientos que se relacionan con la capacidad que adquiere la persona al percibir el mundo en forma objetiva, situación que propicia sentimientos positivos y comportamientos funcionales y adaptados (Ellis & Russell, 1990); tales pensamientos favorecen una vida más larga y feliz, así como el logro de metas. En la medida que la persona selecciona sus propios valores que de tal manera que se permite llevar una vida valiosa, satisfactoria (Ellis & Harper, 1975), larga y feliz, es también la única responsable de elegir sus pensamientos que les permita elegir comportamientos que les genere felicidad. (Ellis & Russell, 1990).

La persona con creencias racionales

Navas (1981) considera que una persona con creencias racionales se caracteriza por ser objetiva y aceptar la realidad, se dedica a ser productivo tanto en sus pensamientos como en sus acciones de tal manera que socialmente se adapta y logra establecer vínculos emocionales saludables con las demás personas. La persona con creencias racionales logra vivir en forma más plena y feliz, saben lidiar con el dolor y las adversidades de la vida en forma positiva (Ellis & Russel, 1990).

Las Creencias Irracionales

Cabe recordar que no todos los pensamientos negativos son insanos. Existen pensamientos negativos que son sanos y adaptativos como son la tristeza, irritación, decepción, inquietud y frustración, los mismos que aparecen ante eventos negativos que se presentan en la vida. Sin embargo, existen también los pensamientos negativos insanos, como son la baja tolerancia a la frustración, pánico, auto conmiseración, rabia y depresión, estos aparecen en las mismas condiciones entes mencionadas, pero la persona le agrega una valoración exagerada, maximizada a tales sentimientos negativos (Ellis & Chip, 1997; Guzmán, 2012). Al instalarse se forman las creencias irracionales que se caracterizan por no contar con evidencia de su realidad y falta de objetividad. Conductualmente se observan en las verbalizaciones de los individuos expresiones demandantes, suelen dar órdenes, deberes absolutistas, insistencias, imposiciones sobre los demás y sobre uno mismo, generan un auto sabotaje del sentimiento de felicidad que se busca (Calvete & Cardeñoso, 2001; Ellis & Russell, 1990).

Características de las Creencias Irracionales:

Como se venía mencionando acerca de las creencias irracionales, estas además cuentan con características, que al identificarlas hacen posible se realice el trabajo terapéutico. Las características son:

- a) Son subjetivas (Ellis & Harper, 1975).
- b) Carece de objetividad, por lo que la percepción de la realidad resulta distorsionada (Ellis & Harper, 1975; Soria, 2019).
- c) Tienen forma de mandatos u órdenes
- d) Ponen en riesgo la integridad y bienestar personal (Ellis & Harper, 1975; Soria, 2019).
- e) Interfieren considerablemente en el logro de metas personales (Ellis & Harper, 1975).
- f) El malestar interno (emocional) generado es altamente experimentado puesto que la persona otorga credibilidad a la creencia irracional (Ellis & Harper, 1975; McKay, Davis & Fanning, 1985; Soria, 2019).
- g) Interfieren en la adaptación social, de tal manera que producen conflictos con demás personas de su entorno (Ellis & Harper, 1975, Soria, 2019).
- h) Los mensajes que se auto envía la persona son de corte negativo y pesimista (McKay et al., 1985)).
- i) Son breves, telegráficos y espontáneos, por ello se consideran automáticos (McKay et al., 1985).
- j) La persona con creencias irracionales, generalmente en sus verbalizaciones expresa “debería”, “tendría que”, “habría de” (McKay et al., 1985).
- k) Suelen aparecer los pensamientos catastróficos ante eventos irrelevantes o de poca relevancia (McKay et al., 1985).

Las 11 Creencias Irracionales planteadas por A. Ellis:

Así mismo, Ellis (citado en Guzmán, 2012; Martínez, 2018; Navas, 1981), identifica en las personas 11 creencias irracionales, las cuales ejercen influencia negativa en las emociones.

Las 11 creencias irracionales planteadas por Ellis se mencionan a continuación:

- a) Creencia N° 1: Para la persona, resulta necesario sentir el amor y la aprobación de todas aquellas personas que son importantes en sus vidas.
- b) Creencia N° 2: La persona se considera valiosa, siempre y cuando sea altamente competente, eficaz e inteligente en las diferentes esferas de su vida

- c) Creencia N° 3: Existen personas malvadas y viles, estas deberían ser culpabilizadas, avergonzadas y castigadas por sus actos malignos.
- d) Creencia N° 4: Resulta catastrófico y terrible que, las personas y los hechos no sean perfectas o como uno quisiera.
- e) Creencia N° 5: La infelicidad de las personas es causada por agentes externos, así, uno no tiene potestad de controlar tal estado de infelicidad.
- f) Creencia N° 6: Basta que algo negativo o peligroso ocurra en la vida de la persona para que considere la alta posibilidad de que siempre suceda lo mismo.
- g) Creencia N° 7: Es más fácil eludir responsabilidades o dificultades que disponerse a afrontarlas.
- h) Creencia N° 8: Es mejor depender y confiar de alguien más fuerte que uno mismo, ello hace que la persona se torne mucho más dependiente y pierda su sentido de independencia tanto para actuar como para decidir.
- i) Creencia N° 9: Justificar la forma de ser actual en base a experiencias pasadas, las mismas que considera inmodificables.
- j) Creencia N° 10: La persona considera que debería preocuparse por exceso ante los problemas de otras personas, en el fondo, no es que los problemas de los otros preocupen realmente, sino que la persona no tolera el comportamiento problemático o trastornado del otro
- k) Creencia N° 11: Esta creencia irracional considera que, ante un problema, sólo existe una única solución y que además esta debe ser perfecta, si ello no ocurre, la persona siente que ha fracasado. Este tipo de creencia lo que conlleva es a generar ansiedad por el perfeccionismo y resultados adversos o desfavorables.

En 1987, Percy Guzmán Grados, psicólogo del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú procedió a verificar su utilidad en la práctica clínica, revisándolo y adaptándolo para convertirlo en un instrumento ágil y adecuado para el trabajo fluido de la consulta externa, con seis ideas o creencias irracionales (Guzmán 2009).

- 1: Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.
- 2: Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.
- 3: Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.

4: Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.

5: La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.

6: Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.

Delirios y Creencias Irracionales

Desde al análisis epistemológico de las creencias, se debe considerar que toda creencia involucra necesariamente la racionalidad, por ello, existe su contraparte que sería las creencias irracionales; en tanto que, los delirios no encierran dosis de racionalidad, por tanto, no son consideradas como creencias. El delirio no es coherente con lo que se observa en la realidad, además no es susceptible de ser corregido por la persona que la posee a pesar de las evidencias, es decir, son registros de la realidad, pero se registra de otra forma la misma realidad. Otra característica de los delirios es que son formes, no son susceptibles al cambio (Cely, 2017).

La Terapia Racional Emotiva de A. Ellis (TRE)

La terapia racional emotiva como modelo psicoterapéutico tiene como objetivo la modificación de los pensamientos disfuncionales puesto que considera a estos como los causales del malestar emocional en el ser humano, de tal manera, que, al modificar el pensamiento disfuncional, las emociones también serán modificadas a emociones saludables y en consecuencia la conducta (Martínez, 2018).

Este modelo además busca ayudar a las personas a vivir más tiempo y feliz, con el consiguiente detrimento de sus malestares emocionales, así mismo, los ayuda a actualizarse periódicamente, ello se logra cultivando el pensamiento realista y lógico, el mismo que lleva a la manifestación clara de las emociones y por ende a manifestar un comportamiento coherente con dichas emociones (Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Russell, 1990).

Ellis en su teoría, propone que la personalidad puede cambiar y en ello juega un rol importante las cogniciones (creencias). Considera que ante determinada situación o suceso activador (A), la persona inmediatamente emite un pensamiento o creencia (B) sea este racional o irracional, ante lo cual aparece determinada emoción (C). Estos tres elementos A-B-C no son estáticos, sino que interactúan entre sí. (Ellis & Russell, 1990; Landriscini, 2006; Roca, s.f). VALORES Y METAS DE LA TREC

La TREC tiene como meta ayudar a las personas a no dar tanta importancia a los problemas y conductas erradas, también las invita a auto actualizarse, a fin de vivir en forma plena (Ellis & Russell, 1990). Además, plantea submetas, las mismas que buscan que las

personas sean más racionales y flexibles al pensar, que sientan y actúen de forma más sana (Ellis & Russell, 1990).

En la práctica profesional, el trabajo terapéutico consiste en identificar en primer lugar las conductas y emociones problema, seguidamente asociarlas a un pensamiento o creencia irracional. Una vez realizado este trabajo, se inicia la fase de debate, es decir, refutar aquellas creencias irracionales identificadas y cambiarlas por creencias racionales; finalmente, estas creencias racionales se refuerzan con tareas como, por ejemplo: realizar el análisis funcional de la creencia racional, identificando las ventajas y desventajas de su mantenimiento; hacer post con ideas racionales y utilizarlas diariamente, exposición, entre otros ejercicios. El objetivo de la terapia es que el paciente no dependa del terapeuta en el manejo de su dificultad. Una vez identificado el progreso, se trabaja mediante imaginación el afrontamiento a futuro de cómo maneja solo la problemática. Concluido ello, se prosigue con las sesiones de seguimiento (Roca, s.f).

1.2.2 Depresión

La depresión es considerada una enfermedad que, de no ser tratada a tiempo, la persona afectada lleva a cabo acciones autolesivas, terminando incluso con el suicidio. Esta enfermedad constituye también un problema de salud pública, cada año se aprecia cómo cantidad significativa de personas de diversas edades, sin diferenciar raza, condición económica, social, cultural o género, son diagnosticadas con depresión, y en el peor de los casos, se reportan casos de suicidio. Es importante que, ante la sospecha de un cuadro depresivo, el profesional de la salud indague el grado de funcionalidad afectado en las diferentes esferas de la vida de este. Las enfermedades médicas, así como las enfermedades mentales generan sufrimiento y dolor en el paciente, sin embargo, en la depresión, este sufrimiento y dolor resultan en tal intensidad, que muchas veces, el paciente no logra explicar su sufrimiento con palabras (Ferre, 2007; Zaragoitía, 2011).

Es necesario que el término “depresión” se delimite correctamente, ya que, en ocasiones es utilizado como sinónimo de estados negativos del ánimo, los cuales se caracterizan por tener poca permanencia en el tiempo y no son una enfermedad. En el caso de la depresión, es característica la persistencia del estado emocional negativo, así como de interferencia que este ejerce en el quehacer diario de la persona en sus diferentes ámbitos de desempeño (afecta la funcionalidad) y el grado de severidad e intensidad con el que se manifiesta (Ferre, 2007; Preston, 2016; Zaragoitía, 2011) y tiene como causa la interacción de factores biológicos, ambientales y psicológicos (Ferre, 2007; Zaragoitía, 2011).

La depresión “es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es un trastorno médico mayor con alta mortalidad, mortalidad e impacto económico”. No varía considerablemente en el tiempo, tiende a permanecer; así se presenten cambios en su entorno, el paciente con depresión continúa manifestando afección en su estado de ánimo, el ciclo circadiano (sueño) se compromete, frecuentemente con insomnio. Existen pacientes que manifiestan agitación psicomotora y ansiedad. En otros pacientes, la manifestación de la depresión se enmascara mostrando ingesta elevada de alcohol, irritabilidad, histrionismo, preocupaciones hipocondríacas y obsesiones o fobias (Cervera, 2013; Del Barrio & Carrasco, 2013; Ferre, 2007; Preston, 2016; Zaragoza, 2011).

Desde el enfoque cognitivo-conductual se establece una asociación entre los esquemas mentales y la depresión. Estos esquemas mentales son ideas o pensamientos negativos acerca de sí mismo, de su realidad y de su futuro, siendo rígidos, fugaces y creíbles, que condicionan su forma de sentir y estar en el mundo. Pero esta estructura de ideales deformados sobre sí mismo, sintetizan con frecuencia los efectos de una realidad sombría y alienante en la que las dificultades reales (pobreza, soledad, marginación, violencia, etc.) han quebrado la capacidad de respuesta del individuo (Jervis & García, 2005).

En esta misma línea Beck, en el año 1973 resalta las manifestaciones cognitivas de la depresión, distinguiendo tres síntomas principales: en la composición de las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, sus experiencias y futuro; en segunda instancia se ubica la tendencia a auto culparse y el tercer apartado se refiere sobre a la incapacidad de tomar de decisiones del sujeto (Gallego, 2009).

La teoría de la depresión de Beck es considerada como una de las principales representantes de la explicación cognitiva de la depresión, ya que es un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan por efecto los esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen en forma negativa a la visión sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beltrán, Freyre & Hernández, 2012),

A partir de lo anterior, nace el Inventario de Depresión de Beck (BDI) el cual fue publicado en el año 1961, tiempo después fue modificado para incluir la evaluación de las últimas dos semanas e incluir los síntomas propuestos por el DSM, este inventario mide 21 ítems, en una escala de cuatro puntos en dos factores, el primero se denomina cognitivo – afectivo y el segundo se relaciona con lo somático – vegetativo (Beltrán, Freyre & Hernández, 2012).

Sintomatología de la Depresión:

- a) Persistente estado emocional negativo
- b) Afecta la funcionalidad de la persona en sus diferentes ámbitos de desempeño y el grado de severidad e intensidad con el que se manifiesta (Ferre, 2007; Preston, 2016; Zaragoitía, 2011).
- c) Estable en el tiempo
- d) Alteración de los hábitos de alimentación y/o sueño (insomnio o hipersomnía)
- e) En algunos casos, aparece la agitación psicomotora y ansiedad.
- f) En otros casos la manifestación de la depresión se enmascara mostrando ingesta elevada de alcohol, irritabilidad, histrionismo, preocupaciones hipocondríacas y obsesiones o fobias (Cervera, 2013; Del Barrio & Carrasco, 2013; Ferre, 2007; Preston, 2016; Zaragoitía, 2011).
- g) Entre otros síntomas se tienen el sentirse cansado por exceso. Desesperanza. Somatizaciones (problemas digestivos, dolor de cabeza, calambres, escalofríos, temblores, sentimiento de culpa, sentimiento de vacío, baja de la autoestima, ideas de muerte, ideas suicidas, olvidos frecuentes, temor a que algo malo le suceda, se siente mala persona, confusión, (Grupo Gestión de Información en Salud y Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey, 2018. Recuperado de: <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-mar.z.pdf>).

Clasificación y Diagnóstico de la Depresión

Los síntomas y signos de la depresión son clasificados de la siguiente manera por Retamal (1998).

1° Disfunciones emocionales: tristeza patológica, angustia e irritabilidad. 2° variaciones del pensamiento: fallos de concentración y memoria, desinterés e indecisión, desesperanza, ideas irracionales, delirantes y suicidas. 3° alteraciones somáticas: insomnio, hipersomnía, anorexia-hiperfagia, disminución o aumento de peso, declive de la libido, fatiga y alergias. 4° cambio de los ritmos vitales: sueño y apetito en diferente horario. 5° alteraciones de la conducta: llanto, agitación, identificación, aislamiento y mutismo.

Por todo lo anterior, se considera imprescindible clasificar la depresión en tres formas distintas; la primera es la **depresión somató genas**: incluye a pacientes en las que sus manifestaciones depresivas se asocian a otros cuadros clínicos, específicamente al padecimiento de enfermedades crónicas, tumores cerebrales, enfermedades hereditarias, entre otros; en lo que respecta a **la depresión exógenas o psicógenas**, se hace referencia a pacientes cuya sintomatología se vincula a conflictos neuróticos, problemas de desajuste

emocional y conductas desadaptativas; en cambio, **la depresión endógena**, se relacionan con los pacientes con desarreglos en la neuroquímica cerebral, borderline, paciente límite en cuya sintomatología pueden encontrarse manifestaciones que son propias de la psicosis (Polaino, 1988).

Los signos, síntomas y causas de un proceso depresivo varían de acuerdo con una persona a otra, pues las variables referidas pueden ser distintas y hasta opuestas, por esta razón, determinar las posibles causas del trastorno puede fluctuar y ocasionar una mezcla de diversos factores, que al final llevan a desencadenar la depresión; por ello, el autor Estalovski (2004) indica qué es prioritario tener en cuenta las siguientes causas: **En la herencia**, existe mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando en la historia de la familia está presente la enfermedad, por lo tanto, existe la posibilidad de haber heredado una predisposición biológica. **Por factores bioquímicos**, está comprobado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos, ya que se dispersan sustancias químicas como neurotransmisores, además los patrones de sueño se ven afectados por la bioquímica del organismo ya que son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos, debido a que pueden ser inducidos o aliviados con ciertos medicamentos y algunas hormonas que pueden alterar los estados de ánimo.

Además a lo expuesto, se suman las **situaciones estresantes** como la muerte de un familiar, enfermedad crónica, **problemas interpersonales, sociales**, dificultades financieras, entre otras variables que perjudican la dinámica personal del individuo y pueden ocasionar síntomas depresivos a lo largo del tiempo, en cuanto a la personalidad, se ubican aquellas personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, baja capacidad para controlar los factores externos y tendencia a la preocupación excesiva y la administración de ciertas sustancias pueden producir alteraciones en el estado de humor de los individuos que la ingieren (Estalovski, 2004).

Es necesario considerar que el paciente padece de depresión clínica como trastorno, en su historial clínico se encuentre que la persona ha tenido por lo menos un episodio depresivo (CIE 10, 1992).

El **Episodio Depresivo** en el CIE 10 (1992), *aparece* con el código F32 y se caracteriza por presentar un humor depresivo, anhedonia, pobreza o pérdida de la autoconfianza, cansancio por exceso, la atención y concentración disminuyen. Tiene sentimientos de inutilidad, con baja de la autoestima, sentimientos de inferioridad y de culpa. Muestra visión negativa del futuro, pensamientos suicidas y autolesiones. Los hábitos alimentarios y

de sueño, se afectan negativamente (Ferre, 2007; Zaragoitía, 2011). Teniendo en cuenta tal precedente, en el manual del CIE 10 la depresión se clasifica en:

- a) Episodio depresivo leve (F32.0) : Para su diagnóstico se debe considerar la presencia de anhedonia, pérdida de interés, fatiga por exceso. Dos de estos síntomas deben estar presentes, además no es de grado intenso, además de presentar por lo menos dos de los síntomas mencionados líneas arriba. Así mismo, el episodio debe tener una duración de por lo menos dos semanas.
- b) Episodio depresivo moderado (F32.1): Para realizar el diagnóstico debe tener por lo menos dos de los tres síntomas correspondientes al episodio leve y tres o cuatro de los demás síntomas mencionados con anterioridad. Es probable que se presenten con intensidad, sin embargo, si son muchos los síntomas presentes, no siempre resultan intensos. La implicancia en su funcionalidad es considerable, llegando a afectar su desempeño en diversas esferas de su vida. Al igual que el episodio leve, debe tener una duración mínima de dos semanas.
- c) Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos (F32.2): El paciente presenta angustia, algunos pueden presentar agitación y otra inhibición psicomotora. A nivel psicológico, es marcada la afeción de la autoestima, presencia de sentimientos de culpa e inutilidad, presencia de pensamientos y conductas suicidas. De la misma manera, el paciente somatiza. Su grado de funcionabilidad social se encuentra altamente comprometido. Para su correcto diagnóstico, es necesario considerar la presencia de tres síntomas propios de los episodios depresivos leve y moderado, y al menos cuatro de los síntomas generales mencionados, pero en grado intenso. De la misma manera que en los otros dos episodios depresivos, la presencia de los síntomas debe ser de por lo menos dos semanas.

Tratamiento de la Depresión

Para el tratamiento de la depresión se suelen emplear los fármacos, sin embargo, actualmente, en forma paralela en algunos casos y en forma exclusiva en otros, se realiza la terapia psicológica, la misma que emplea la Terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, es necesario mencionar otras líneas de terapia que tienen como objetivo mejorar la sintomatología presentada por el paciente diagnosticado con episodios depresivos.

- a) La terapia Interpersonal: Este tipo de abordaje logra la mejoría del paciente empleando como principal trabajo terapéutico la técnica de resolución de problemas; de la misma manera, se preocupa de mejorar las habilidades sociales del paciente, así

como sus habilidades comunicativas. Esta línea terapéutica también considera importante el empleo de fármacos (Zaragoitía, 2011).

- b) La terapia psicodinámica: El tratamiento presta relevancia a los sucesos significativos y/o conflictos vividos por el paciente en etapas tempranas de su vida, de esta manera, intenta descubrir de dónde se origina el problema actual del paciente. Este tipo de tratamiento se caracteriza por lo extenso en el tiempo (Zaragoitía, 2011).
- c) La terapia Cognitivo-conductual: La terapia cognitiva conductual fue creada por Aaron Beck (1979), la misma que surge a partir de una observación crítica de los efectos del psicoanálisis en pacientes depresivos. Así mismo, su origen tuvo influencias de Meichenbaum (1969), Bandura (1969) y Lazarus (1971) con los aportes del determinismo recíproco y la técnica de la desensibilización sistemática. Dicha terapia se ha constituido hasta la fecha en la más efectiva para tratar personas diagnosticadas con episodios depresivos (Camacho, 2003).

El modelo de la terapia cognitiva de Beck para la depresión

Este modelo surge en base a investigaciones y casos clínicos. Considera que la principal causa del malestar radica en la valoración e interpretación que la persona realiza de sí misma y de los hechos en su realidad, las cuales son subjetivas. Estos esquemas, constituidos por creencias, se adquieren en los primeros años de vida y se instalan en la cognición de tal manera que son permanentes en el tiempo y difíciles de identificar y cambiar. La persona con depresión, activan estos esquemas, pero en forma distorsionada, negativa y, sobre todo, adjudica credibilidad a tales creencias o pensamientos (Beck. et al. 2010; Camacho, 2003 & Roca, s.f).

Beck. et al. (2010). señalan que este tipo de terapia presenta las siguientes características: a) *es directa*: quien dirige es el terapeuta; b) *es activa*: el terapeuta ya no se limita a escuchar, ahora es tan activo como el paciente; c) *Limitación en el tiempo*: el tiempo de terapia es más corto en comparación a otros tipos de terapias que resultaban muy extensos en el tratamiento y d) *estructurado*: la terapia se realiza paso a paso, ordenada.

Además, para entender y poder emplearlo, es necesario conocer tres conceptos básicos sobre la cual se desarrolla (Beck. et al. (2010). Tales permiten entonces explorar, comprender y abordar terapéuticamente al paciente diagnosticado con episodio depresivo (Camacho, 2003; Roca, s.f):

- a) ***La triada cognitiva:*** Explora la forma negativa que tiene el paciente de valorar:
- Visión negativa de sí mismo:* Se encuentran pacientes con sentimientos de minusvalía social, se sienten perdedores, torpes, inútiles, se subestiman, se creen desgraciados en la vida, enfermos, no se sienten capaces de ser felices (Beck, et al. 2010; Camacho, 2003; Carrasco, 2014; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).
- Visión negativa de las experiencias:* Valora las exigencias de la vida en forma engrandecida del mundo, la persona no se siente capaz de enfrentar adversidades, frecuentemente su visión se focaliza en las dificultades y los problemas (Beck, et al. 2010; Camacho, 2003; Carrasco, 2014); “la vida me es muy difícil”) (Gómez-Escalonilla, et al. 2003).
- Visión negativa del futuro:* tiende a visualizar el futuro en forma derrotista, negativa, cree que sus proyectos van a fracasar (Beck, et al. 2010)
- b) ***Esquemas:*** Es necesario conocer los esquemas de los pacientes diagnosticados con depresión a fin de conocer el porqué de la permanencia de su dolor, incluso con evidencias objetivas. Por tanto, los esquemas están formados por patrones cognitivos de carácter estable de la forma en la que la persona interpreta su realidad (Beck, et al. 2010), son, además, adaptativos y automáticos en la medida que se van formando mediante el proceso de socialización en forma coherente y saludable. Pero cuando estos esquemas resultan de la interpretación y significancia errada de la realidad, se tornan rígidos y también automáticas, es entonces cuando la persona resulta afectada a nivel psicológico (Camacho, 2003).
- c) ***Errores en el procesamiento de la información:*** Constituidas por las creencias distorsionadas, las mismas que resultan válidas para el paciente a pesar de que en ocasiones existen evidencias objetivas. Estas creencias se generalizan (Beck, et al. 2010; Camacho, 2003).

Tipos de Creencias:

Creencias automáticas: Constituidos por los mensajes que se encuentran en lo más superficial de la conciencia, son más accesibles. Se acompañan de elevada carga emocional, por lo que tal idea parece creíble. Además, tienen como características principales que son: automáticos (aparecen sin proponerse), telegráficos (aparecen nuestra mente en palabras cortas de una o dos) y son naturales (vive en el psiquismo de la persona desde hace mucho tiempo atrás). Pueden modificarse más fácilmente (Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Creencias intermedias: Son pensamientos más profundos, menos fácil de identificarse. La persona valora los hechos en forma exagerada, llegando a elaborar supuestos a fin de hacer frente a la situación, usualmente se autoimponen reglas rígidas. Usualmente los tipos de valoraciones que realiza son de tipo catastrófico, absolutistas, demandante o con expectativas de auto eficiencia, en muchos de los casos, ocasionan baja tolerancia a la frustración. (Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Creencias nucleares o centrales: Básicamente formada por los valores. Conformada por creencias o pensamientos que dan la propia identidad, son firmes, tienen que ver con la personalidad. Existen creencias centrales de índole positivo, pero también de índole negativo, que resultan siendo globales, poco realistas, rígidas y negativas. Estas son:

- Creencias centrales acerca de nosotros
- Creencias centrales acerca de la vida
- Creencias centrales de los demás.
- Creencias centrales acerca del futuro (Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

- d) **Las Distorsiones Cognitivas**: Cuando la persona procesa la información, aparecen en la mente pensamientos positivos o negativos, a partir de estos, la persona que posee Distorsiones Cognitivas, percibe e interpreta la realidad de acuerdo a su realidad subjetiva y no a la real y objetiva, es decir, frecuentemente se encuentran en pacientes diagnosticados con depresión u otros trastornos no psicóticos (Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003; Roca, s.f).

Beck, et al. (2010) menciona los siguientes pensamientos distorsionados:

Conclusión precipitada o Inferencia arbitraria: La persona se adelanta a plantear alguna inferencia careciendo de evidencias que la sustenten. A veces ocurre que a pesar de que existen evidencias objetivas, la persona persiste en su conclusión distorsionada (Beck, et al., 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003). Gómez-Escalonilla, (et al. 2003), mencionan que existen dos modalidades:

Lectura del pensamiento: Suponen lo que otros piensan sin evidencias, como si adivinaran los pensamientos de los otros.

Anticipación negativa o Error del adivino: La persona se adelanta a los hechos, pero en forma premonitoria, sostiene las cosas saldrán en forma negativa, frente a este pensamiento, actúan en consecuencia.

Filtro mental o Abstracción selectiva: Pueden ocurrir muchos eventos positivos y pocos negativos, pero la persona, cual, si pasara por un colador, se queda solo con los

pensamientos negativos, a partir de estos, obtienen conclusiones con las cuales comprueban su supuesta incompetencia. (Beck, et al., 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Generalización excesiva: La persona considera que por un solo hecho adverso que vive, siempre ocurrirá lo mismo. Suelen emplear palabras como: “Me equivoque... nunca seré bueno en esto” (Beck, et al., 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Personalización: La persona se atribuye la responsabilidad de eventos infortunados y con consecuencias negativas para otros, esto le genera sentimiento de culpa. Por otro lado, también emplean este pensamiento distorsionado cuando la persona atribuye como realizadas a propósito y en su contra, acciones realizadas por otros (Beck, et al., 2010; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Pensamiento Absolutista: También se le conoce como pensamiento Dicotómico o de Todo o nada. La persona es extremista, percibe el mundo en blanco o negro, no hay matices intermedios. Las personas con depresión, muestran tendencia a poseer pensamiento absolutista negativo. Suelen verbalizar: “Si no me sale bien esto, soy fatal” (Beck, et al., 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Maximización y Minimización: En la primera, la persona tiende a sobreestimar o exagerar las situaciones, las cualidades, de la realidad. La persona con depresión, tiende a sobreestimar los errores y eventos negativos. En la segunda la persona subestima, resta importancia en forma exagerada a los éxitos, cualidades, logros, aciertos en sí mismos y en los otros (Beck, et al., 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Descalificación de lo positivo: La persona subestima, no toma en cuenta lo positivo en la experiencia cotidiana, y si tal hecho positivo ocurre, tiende a desmeritarla. (Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Razonamiento emocional: La persona supone que sus distorsiones son necesariamente reflejo de la realidad (Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Los deberías o Imperativos: Las personas en sus verbalizaciones utilizan en forma rutinaria exigencias rígidas y absolutistas. Emplean con frecuencia las expresiones “debo”, “deberías”, “deberían”. Cuando este “Debería es autodirigido, aparece el sentimiento de culpa, si es proyectado a los otros, aparece el resentimiento y la ira, y cuando se proyecta hacia la vida, aparece el sentimiento de frustración (Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Etiquetación: La persona tiende al autoevaluarse, evaluar a los otros o al mundo no suele describir los comportamientos de los otros en forma puntual, precisa y concreta, sino que emplea términos generalizados y de aspectos negativos. (Gómez-Escalonilla, et al. 2003).

Objetivos de la terapia cognitiva

Elia Roca (s.f) señala que el principal objetivo de la terapia cognitiva de Beck consiste en disminuir los síntomas de la depresión y la prevención de recaídas. Tal objetivo es logrado cuando él o la paciente identifican el pensamiento distorsionado y las modifican por pensamientos adaptativos y saludables

Importancia de la terapia cognitiva

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), afirman que la terapia psicológica es de suma importancia a pesar de que su valor económico es más costoso de la terapia farmacológica. Justifican el empleo de la psicoterapia basado en que muchos pacientes con diagnóstico de depresión, no responden a la medicación (35 a 40%); de la misma manera, existen pacientes que por diferentes motivos abandonan la ingesta de medicamentos, en otros casos, el uso prolongado de medicamentos genere en el paciente la pasividad para emplear las estrategias aprendidas en la terapia. Todo lo mencionado conlleva a las recaídas. La idea es que los pacientes aprendan a manejar sus episodios depresivos e incluso sean capaces de prevenir la aparición ulterior de la depresión en sí mismos.

Los modelos de intervención terapéutica en la terapia cognitiva

Camacho, (2003) señala que, en la terapia cognitiva, la misma que presta puntual atención a los pensamientos automáticos y a las creencias distorsionadas, existen modelos de intervención, los cuales se mencionarán englobados en dos grupos:

Los modelos racionalistas: Este modelo enfatiza lo objetivo. Trabaja el entrenamiento en Habilidades sociales, entre las más importantes se puede mencionar:

- Resolución de problemas (D´Zurilla, 1976; D´Zurilla & Golfried, 1971; Spivack & Shure, 1974).
- Auto control (Kanfer, 1970; Thoresen Y Mahoney, 1974; Rehm. 1977; Rehm & Rokke, 1988).
- Afrontamiento (Meichenbaum, 1977; Meichenbaum & Jaremko, 1983; Suinn & Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Los modelos post racionalistas o constructivistas: Este modelo puntualiza en lo subjetivo en contraposición al modelo racionalista. Ellos puntualizan en el hecho de que sea la

misma persona la que con sus propias acciones construya su realidad. Entre sus principales enfoques se tienen:

- Los estructurales (Guidano, 1987, 1990; Guidano & Liotti, 1983; Reda, 1986)
- Procesos de cambio (Mahoney, 1990)
- Piagetianos (Ivey, 1986; Rosen, 1985; Weiner, 1975)

El método terapéutico de la Terapia Cognitiva de A. Beck

Como se ya se ha mencionado líneas arriba, la terapia cognitiva surge con el propósito de tratar a pacientes diagnosticados con episodios depresivos, en la actualidad, bajo este mismo enfoque, también se tratan otros trastornos o problemas. La terapia cognitivo conductual postula que la persona se enferma de depresión como producto de sus creencias e interpretaciones distorsionadas del mundo, de sí misma y del futuro. De esta manera, ante eventos adversos, la terapia estimula a la persona a que construya pensamientos racionales, lógicos y objetivos, por lo tanto, sugiere que, la persona diagnosticada con depresión, puede cambiar a mejora siempre y cuando cambie la forma en la que interpreta el mundo (Camacho, 2003; Zaragoitía, 2011).

A continuación, se presenta un esquema en el cual se aprecia la presencia de los tres elementos con los que trabaja la Terapia Cognitiva.

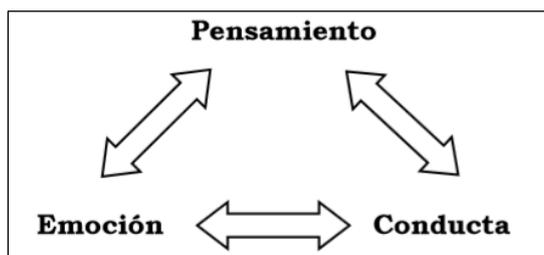


Figura 1: Recuperado de “El ABC de la Terapia Cognitiva”, de Camacho, J. 2003, p.8, recuperado de

<http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>

Los pensamientos, las emociones y las conductas están inter relacionados, no son puros, sino que están en constante inter influencia un elemento con el otro.

Cabe señalar que generalmente el proceso terapéutico se realiza en un promedio de 15 – 20 sesiones, llevadas a una vez por semana, siendo en los casos más severos la concurrencia de dos veces por semana. En las últimas fases de tratamiento, las sesiones se van extendiendo a una frecuencia de una vez cada 15 días. Mientras que las sesiones de seguimiento se pueden programar a unas tres o cuatro veces al año posterior al alta determinada por el terapeuta Beck. et al. (2010).

Técnicas psicoterapéuticas en la Terapia Cognitiva

Camacho, (2003) menciona que la psicoterapia cognitiva ha logrado desarrollar variadas técnicas para el tratamiento, a la vez, utiliza técnicas diseñadas por otras escuelas, a lo cual Lázarus (1971) le llama el “*eclecticismo técnico*” basado en fundamentos teóricos y que a su vez selecciona las mejores técnicas de las otras escuelas psicoterapéuticas. Cabe señalar, que, en el tratamiento, muy independientemente del uso de las técnicas, cobran relevancia a relación y el vínculo terapéutico.

Beck. et al. (2010). Puntualiza la importancia de conocer la teoría antes de emplear cualquier técnica terapéutica con él o la paciente. Estas técnicas tienen como propósito la identificación de las ideas distorsionadas y modificarlas a ideas objetivas y reales. Es importante que, mediante el aprendizaje y aplicación de las técnicas por parte de los pacientes, logren resolver sus problemas, lo que anteriormente era para ellos algo difícil de lograr. Las técnicas se emplean desde las primeras sesiones.

Funciones de las Técnicas Psicoterapéuticas

El empleo y enseñanza de técnicas con los pacientes, cumplen importante función en el proceso terapéutico. De esta manera, Beck. et al. (2010) mencionan los propósitos del uso de las técnicas terapéuticas:

- El paciente debe aprender a reconocer y ejercer el control sobre sus pensamientos distorsionados y automáticos.
- El paciente debe aprender a reconocer el vínculo existente entre sus pensamientos, emociones y conducta.
- Evaluar las evidencias que se encuentren en contra y a favor de tales pensamientos distorsionados.
- El paciente debe aprender a reemplazar tales pensamientos distorsionados por pensamientos saludables y objetivos.
- El paciente aprenderá a evaluar su experiencia en forma realista y objetiva en la medida que reconozca y cambie sus creencias falsas.

Entre las técnicas de mayor uso en la Terapia Cognitiva, se pueden mencionar (Camacho, 2003; Roca, s.f): Ordenamiento de escalas, Técnicas de distracción, Técnica de respiración, Técnicas de relajación, Role playing, Desensibilización sistemática, Autorregistros, Autoobservación y monitoreo, Autoafirmaciones, Entrenamiento en habilidades sociales, Identificación de distorsiones cognitivas, Resolución de problemas, Imaginería, Detección la presencia de pensamientos automáticos (verificar si este

pensamiento tiene que ver con la emoción que le aqueja), Listado de actividades (agradables, de dominio), Psicoeducación, Biblioterapia

1.3. Investigaciones

En la revisión de investigaciones que contienen las variables de estudio: Creencias irracionales y Depresión, se encontraron estudios internacionales y nacionales.

1.3.1 Antecedentes internacionales

En el primer grupo se puede mencionar el realizado por Norma Coppari y su equipo de trabajo (2010) en Paraguay, acerca de la “Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios”, cuyo objetivo fue describir si existe relación entre la presencia de ideas irracionales con indicadores de depresión en estudiantes universitarios. En los resultados, se tuvo en cuenta las variables sociodemográficas como edad en relación a la presencia de creencias irracionales y sexo en relación a la presencia de indicadores de depresión, para ambos casos no se encontraron diferencias significativas. Por otro lado, en cuanto a la relación entre la presencia de creencias irracionales y presencia de indicadores de depresión en los estudiantes universitarios, el estudio si encuentra relación significativa entre ambos constructos, siendo además en forma directa, por lo que se concluye que, a mayor presencia de creencias irracionales en los estudiantes universitarios, mayores indicadores de depresión presentan estos.

Así también Toro-Tobar, Grajales-Giraldo y Sarmiento-López (2016), realizaron un estudio con una muestra de sujetos de edades comprendidas entre 18 y 52 años en Colombia, con el objetivo de conocer la relación existente entre la ideación suicida y la desesperanza, la triada cognitiva negativa y la depresión desde el estudio comparativo de dos grupos; el asintomático y el sintomático, para que, a partir de los resultados, se diseñen nuevos programas de prevención del suicidio. Se llega a la conclusión que, en casos de depresión y conducta suicida, la persona tiene modos disfuncionales de procesar la información, y a consecuencia de ello, aparecen la desesperanza aprendida, la triada cognitiva negativa y la ideación suicida.

Otro estudio revisado es el de “Ideas irracionales y la resistencia al tratamiento en pacientes con depresión del instituto psiquiátrico sagrado corazón de quito, período abril – septiembre 2016” de Villashagñay y Vizuete (2016) en Ecuador, el cual tuvo como objetivo determinar la asociación de las ideas irracionales con la resistencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón". Los resultados reportan que los pacientes diagnosticados con depresión en un 95% se dan por vencidos/as con facilidad ante adversidades; así también

en un 90% consideran que otras personas deben resolver sus dificultades personales; un 80% cree que a nadie le interesa lo que les ocurra en sus vidas y en 75% se siente no comprendido. Respecto de la presencia de ideas irracionales y su relación con la resistencia al tratamiento, se obtuvieron relaciones, tal es así que la idea irracional de indefensión se encuentra presente en el 95% de pacientes miembros de la muestra de estudio y se relaciona en un 100% con la resistencia al tratamiento manifestando la molestia que les genera pensar en hacer cambios en sus vidas. La idea irracional de culpabilización, se encuentra en un 90% de la muestra, y se relaciona con un 95% de pacientes resistentes al tratamiento, señalando que les cuesta hablar de situaciones desagradables pasadas. La idea irracional de perfeccionismo, se encontró en un 95% de los pacientes y se asocia a un 95% de pacientes resistentes al tratamiento, teniendo como premisa que se dan por vencidos fácilmente cuando se presentan dificultades en la vida. Finalmente, se encontró que un 70% de los pacientes que presentan la idea irracional de dependencia se relacionan en un 90% con la resistencia al tratamiento, basados en la creencia de que las demás personas son quienes deben resolver sus problemas personales.

En el mismo contexto (Ecuador) el estudio llevado a cabo por Quimbiulco (2017) “Aspectos psicosociales y creencias irracionales en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín” cuyo objetivo fue determinar las creencias irracionales y los factores psicosociales que predisponen al intento de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, encontró relación entre la presencia de ideas suicidas irracionales con el comportamiento suicida, tales como las tentativas de suicidio. La investigadora señala que los estados emocionales no devienen de los acontecimientos sino de la forma en la que se interpreta. Concluye, que las emociones positivas y realistas se generan a partir de cambios en el esquema mental de la persona.

En Guatemala, Rodas (2018) lleva a cabo el estudio “Ideas irracionales y depresión” con el objetivo de determinar la asociación entre depresión y de creencias irracionales en jóvenes y adolescentes de la casa hogar Fundación Salvación de la cabecera departamental de Huehuetenango.

Los resultados demuestran la asociación entre la presencia de creencias irracionales en los jóvenes y adolescentes con la presencia de estados depresivos. Concluyéndose que, a causa de la presencia de creencias irracionales en los adolescentes y jóvenes, existe la presencia de estados depresivos en estos.

Mientras que en España, un reciente estudio, “Creencias disfuncionales sobre salud y enfermedad: un estudio familiar”, realizado por Arnáez, García-Soriano y Belloch (2019),

con el objetivo de determinar la relación entre la presencia de creencias disfuncionales sobre la enfermedad y los pensamientos que tienen los padres con la presencia de creencias disfuncionales de la enfermedad y pensamiento que tienen los hijos e hijas y de conocer la relación entre las creencias disfuncionales con la presencia de indicadores de estrés emocional (constructo importante relacionado con la hipocondría: ansiedad por la salud y depresión, arrojan como resultados la asociación significativa y moderada entre las creencias disfuncionales sobre enfermedad y sobreestimación de la amenaza que tienen los padres con las que presentan sus hijos e hijas. Tales diferencias no se observan en el caso de las madres. Se concluye que son los padres y no las madres quienes influyen en las creencias disfuncionales sobre la enfermedad que presentan los hijos e hijas, además, se constituyen en un factor de riesgo y vulnerabilidad para la aparición y desarrollo de síntomas hipocondríacos en los hijos e hijas. Respecto de los resultados hallados, además se reportan correlaciones significativas y altas entre la intolerancia de la incertidumbre y la presencia de síntomas depresivos en los padres (y no en las madres) con las creencias disfuncionales de la enfermedad, la ansiedad por la salud y sobreestimación de la amenaza de los hijos e hijas. Asimismo, se encontró relación significativa y alta, entre las creencias disfuncionales y sobreestimación de la amenaza de los padres (no de las madres) y la intolerancia a la incertidumbre y la ansiedad por la salud, así como la presencia de síntomas depresivos en las hijas.

1.3.2 Antecedentes Nacionales

El estudio realizado en contexto peruano como el llevado a cabo en Lampa-Puno “Creencias irracionales y depresión en internas del establecimiento de mujeres de la ciudad de Lampa – 2018” por Coaquira y Ticona (2018), pretende conocer si existe relación entre la presencia de depresión con la presencia de creencias irracionales, en internas del establecimiento Penitenciario de Mujeres de la ciudad de Lampa – 2018. Los resultados encuentran que existe relación entre ambas variables. En forma más específica, se hallaron relaciones entre la presencia de depresión con las creencias irracionales de “necesidad de aceptación”, intolerancia a la frustración”, “culpabilidad”, “evitación de problemas”, “indefensión”, “miedo” y “dependencia”

En cuanto al análisis entre las seis creencias irracionales: Aprobación total (1); competencia total (2); los actos malos son condenables la gente debe ser castigada y avergonzada (3); es catastrófico que la gente no sea como a uno le gustaría(4); la infelicidad siempre es causada por acontecimientos externos (5); si algo me afectó fuertemente, siempre me seguirá afectando(6) con la depresión y el intento de suicidio, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con los reportados por Guzmán “Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio” (2012), que uno de los objetivos fue: Determinar si los adolescentes con intento de suicidio evaluados presentaban opiniones irracionales y en forma específica, que ideas. Señala que, los adolescentes con diagnóstico de depresión e intento de suicidio en una población clínica evidencian mayor índice de creencias irracionales (C-1 :“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, E-5:“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos”, F-6: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión a nuestra vida, siempre la seguirá afectando”), que aquellos adolescentes que no fueron diagnosticados con depresión ni tuvieron intento de suicidio.

Finalmente, la investigación realizada por Abad (2018) “Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana” en Lima con el objetivo de conocer si existen diferencias de las creencias irracionales que poseen pacientes diagnosticados con trastorno depresivo respecto de los que fueron diagnosticados con ansiedad que asisten al servicio de salud mental en Lima, se encontró que no existe diferencia significativa en las creencias irracionales que poseen los pacientes diagnosticados con Depresión respecto de los que

fueron diagnosticados con ansiedad. Cabe resaltar que en la creencia número 9: “*el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente*” si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde los pacientes diagnosticados con Depresión obtuvieron puntajes más elevados respecto de los pacientes diagnosticados con ansiedad.

1.4. Marco Conceptual

1.4.1 Creencias Irracionales

Las creencias, son patrones cognitivos formados por emociones y pensamientos que se incorporan en la persona desde edades tempranas, las mismas que comandan el comportamiento y la forma en cómo se evalúa a sí mismo, al mundo y al futuro (Calvete & Cardeñoso, 2001; Landriscini, 2006).

Están constituidas por ideas que surgen de la percepción errada de la realidad, en la que aparecen pensamientos distorsionados sin evidencia objetiva y concreta. Se plasman en forma de demandas autoritarias y rígidas relacionadas con pensamientos pesimistas por exceso y catastróficos, que desencadenan emociones y conductas nocivas en la persona que las aqueja y en su entorno (Calvete & Cardeñoso, 1999, 2001; Ellis & Grieger, 1977); a la vez, interfieren negativamente en el logro de objetivos y encierran la sensación de malestar personal (Ellis & Harper, 1975).

1.4.2 Depresión

La depresión es una enfermedad que afecta al ser humano a nivel emocional, cognitivo y comportamental. A nivel emocional, aparece el abatimiento, el sentimiento de culpa, la tristeza intensa, desmotivación, sentimiento de inferioridad, pérdida de autoconfianza, la disforia y anhedonia. En el aspecto cognitivo, se afectan los procesos de atención-concentración y memoria (se incrementan los olvidos), también aparecen pensamientos suicidas y negativos respecto del futuro, de sí mismo y del mundo (triada cognitiva de Beck). A nivel comportamental pueden presentarse comportamientos suicidas; se suele presentar fatiga, lentitud motora, se afectan los hábitos del sueño (ciclo sueño-vigilia) y alimentarios. La persona con depresión muestra dificultad para adaptarse a su entorno e interfiere su funcionalidad. Estos síntomas suelen presentarse de forma prolongada y tienden a manifestarse en forma recurrente. Se clasifican según su severidad en leve, moderada y severa (DSM V, 2015; Mamani & Quispe, 2016; Novoa, 2002; CIE 10, 1992).

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Según la OMS (2004) la Salud Mental es un aspecto fundamental en el estado de bienestar de las personas y no se limita a carecer de algún tipo de trastorno mental, sino que, además, la persona debe gozar de buen estado de salud y de adaptabilidad a su medio social, considerarse competente, ser autónoma, ser productiva a nivel laboral y logre afrontar las dificultades que la vida le presenta.

Esta entidad considera que la persona con problemas de salud mental se caracteriza por poseer pensamientos distorsionados que se relacionan con sus emociones, comportamiento y adaptación en general, como por ejemplo la depresión, considerara como una enfermedad común y la principal causante de problemas de discapacidad, así como de salud a nivel mundial. Se estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad y se estima que entre el 2005 y el 2015 se incrementó en un 18%, siendo más prevalente en mujeres que en varones. Dependiendo su duración e intensidad se valora la condición de gravedad, en el peor de los casos, culmina con el suicidio. Así, cada año, un promedio de 800 mil personas al año terminan con su existencia producto de la depresión, siendo además el suicidio considerado como la causa segunda de muerte que afecta a personas de edades entre los 15 y 29 años. Esta enfermedad, la depresión, al ser detectada y tratada a tiempo, logra resultados beneficiosos y positivos. Lamentablemente, tanto la depresión como otras afecciones mentales se están incrementando en todo el mundo (OMS, 2018).

En el Perú, el Director General del Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi, Humberto Castillo Martel, sostiene que la depresión está presente en un 1.8 millones de personas, siendo un 8% de ellas, adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años (El Comercio, 2017; Sulca, 2016).

Por tales razones epidemiológicas señaladas, se considera necesario investigar acerca de la asociación entre la presencia de “*Creencia irracionales*” con la “*Depresión*”. Para ello, el estudio se llevó a cabo en una población de aproximadamente 1200 estudiantes matriculados en el semestre académico 2019-2 en una universidad privada del distrito de Los Olivos de Lima Metropolitana. Para tal efecto, se extrajo una muestra aplicando el muestreo intencional (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La muestra es no probabilística (Hernández et al.,

2014), no clínica de estudiantes universitarios de ambos sexos de la carrera de Psicología y consta en total de 321 estudiantes (264 mujeres y 57 varones) con edades comprendidas entre los 17 y 47 años.

2.1.2 Antecedentes teóricos

Antecedentes de las creencias irracionales

Desde que la persona nace, en su proceso de adaptación, a partir de la interacción de los aspectos ambientales, culturales y biológicos, incorpora aprendizajes, patrones de pensamiento y formas de percibir la realidad, las que resultan en esquemas cognitivos. Si en tales esquemas, existen creencias que devienen en conductas adaptativas, se trataría de creencias racionales (Ellis & Russell, 1990). Dichas creencias se caracterizan por poseer contenidos generalizados, extremistas y pesimistas, las mismas que le generan dolor y conductas autodestructivas (Calvete & Cardeñoso, 1999; Ellis y Bernard, 1990; Ellis & Russell, 1990; Pervin, 1996).

Antecedentes de la depresión

La depresión es originada por la formación de esquemas de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Calvete & Cardeñoso, 1999), de tal manera que, tales pensamientos se distorsionan, formando creencias irracionales, predominando los pensamientos catastróficos o generalizados. Los mismos que se activan en situaciones adversas (Pervin, 1996).

2.1.3 Definición del problema

Problema general

¿Existirá asociación entre las creencias irracionales y la depresión en los estudiantes de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

2.2.3.2. Problemas específicos

PE₁: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N°1 “Necesidad absoluta en tener amor de padres, familiares y amistades” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

PE₂: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N°2 “Deben ser infalibles, casi perfectos en todo lo que hacemos” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

PE₃: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N°3 “Es catastrófico, cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

PE₄: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N°4 “Las circunstancias externas causan las miserias humanas, las personas solo reaccionan en la medida que se provocan sus emociones” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

PE₅: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N°5 “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

PE₆: ¿Existirá asociación entre la creencia Irracional N° 6 “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en Lima Metropolitana en el segundo semestre del 2019?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad conocer si existe asociación entre las creencias irracionales con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes de la carrera de psicología de una universidad privada y proponer estrategias de intervención a posteriori de la investigación.

2.2.2 Objetivos General y Específicos

Objetivo general

Determinar si existe asociación entre las creencias irracionales y la depresión en los estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

Objetivos específicos

OE₁: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N°1 “Necesidad absoluta en tener amor de padres, familiares y amistades” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

OE₂: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N°2 “Deben ser infalibles, casi perfectos en todo lo que hacemos” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

OE₃: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N°3 “Es catastrófico, cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

OE₄: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N°4 “Las circunstancias externas causan las miserias humanas, las personas solo reaccionan en la medida que se provocan sus emociones” con la depresión en los niveles: mínima/sin

depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

OE₅: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N°5 “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

PE₆: Determinar si existe asociación entre la creencia Irracional N° 6 “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

2.2.3 Delimitación del estudio

Delimitación temporal

La investigación se desarrollará entre los meses de agosto y octubre del 2019.

Delimitación espacial

Universidad Privada del Norte

Delimitación social

Comprenderá a los estudiantes de la carrera de psicología seleccionados en la muestra.

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

La literatura científica acerca de la depresión indica que esta enfermedad es frecuente a nivel mundial y afecta a personas de todas las edades, sexo y estrato socioeconómico cultural. De no ser tratada a tiempo, puede culminar con el suicidio. Ante la sospecha de un episodio depresivo, el profesional de la salud debe indagar el grado de funcionalidad afectada en las diferentes esferas de la vida de quien padece esta enfermedad (Ferre, 2007; Zaragoitía, 2011).

En los antecedentes de investigación encontrados se puede mencionar el realizado por Norma Coppari y su equipo de trabajo (2010) en Paraguay, acerca de la “Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios”, con el objetivo de describir si existe relación entre la presencia de ideas irracionales con

indicadores de depresivos en estudiantes universitarios, encontrando una relación significativa entre ambos constructos.

En el Perú, el Director General del Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi, Humberto castillo Martel, sostiene que la depresión está presente en un 1.8 millones de personas, siendo un 8% de ellas, adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años (El Comercio, 2017; Sulca, 2016), como ejemplo de ello, se puede mencionar el caso de una estudiante embarazada de una Universidad privada en Lima, quien se suicidó, lanzándose desde el quinto piso de esa casa superior de estudios. (La República, 6 sep 2018).

En la actualidad, en el contexto nacional, no se reportan trabajos similares en poblaciones de estudiantes universitarios, en su mayoría adolescentes, consideramos que es una población de alto riesgo por los estudios epidemiológicos realizados (OMS, 2018), por lo tanto se considera importante realizar un trabajo de investigación con las variables planteadas en el estudio “Creencias irracionales y asociación con la depresión” ya que es necesario conocer en la realidad del contexto peruano, cómo se comportan estas variables en estudio en una población no clínica a fin de plantear a posteriori trabajos de intervención preventivo-promocionales.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos teóricos

Las creencias irracionales están constituidas por ideas que surgen de la percepción errada de la realidad, en la que aparecen pensamientos distorsionados sin evidencia objetiva y concreta. Se plasman en forma de demandas autoritarias y rígidas relacionadas con pensamientos pesimistas por exceso y catastróficos, que desencadenan emociones y conductas nocivas en la persona que las aqueja y en su adaptación al entorno. Estas emociones nocivas pueden contribuir o precipitarse síntomas o episodios depresivos en el ser humano a nivel emocional, cognitivo y comportamental. En el aspecto cognitivo, aparecen pensamientos con contenidos negativos, respecto del futuro, de sí mismo y del mundo (triada cognitiva de Beck). en algunas ocasiones con pensamientos suicidas (Calvete & Cardeñoso, 1999, 2001; Ellis & Grieger, 1977).

Por todas estas consideraciones es que planteamos las siguientes hipótesis de investigación.

2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas

Hipótesis Principal

Si existe la presencia de creencias irracionales, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de psicología de una Universidad privada en el segundo semestre del 2019.

Hipótesis Específicas

H. E1: Si existe la presencia de la creencia irracional Nro.1 “Necesidad absoluta en tener amor de padres, familiares y amistades”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

H. E2: Si existe la presencia de la creencia irracional N°2 “Debemos ser infalibles, casi perfectos en todo lo que hacemos”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

H. E3: Si existe la presencia de la creencia irracional N°3 “Es catastrófico, cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019

H. E4: Si existe la presencia de la creencia irracional N°4 “Las circunstancias externas causan las miserias humanas, las personas solo reaccionan en la medida que se provocan sus emociones”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

H. E5: Si existe la presencia de la creencia irracional N°5 “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

H. E6: Si existe la presencia de la creencia irracional N°6 “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”, se deberían presentar mayores niveles de depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y

grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada en el segundo semestre del 2019.

3.3 Variables e Indicadores

Variable Independiente

Creencias Irracionales

Dimensiones

- Creencia Irracional 1) “Es necesario ser querido y aprobado por todas las Personas significativas para uno” (Guzmán, 2009)
- Creencia Irracional 2) “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” (Guzmán, 2009)
- Creencia Irracional 3) “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada” (Guzmán, 2009)
- Creencia Irracional 4) “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” (Guzmán, 2009)
- Creencia Irracional 5) “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”
- Creencia Irracional 6) “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” (Guzmán, 2009)

Indicadores:

- A) Items: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55
- B) Items: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56
- C) Items: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57
- D) Items: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58
- E) Items: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59
- F) Items: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable independiente: Creencias irracionales

Variable independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Categorías Diagnósticas		
				Categoría	Puntaje Total	Percentil
Creencias Irracionales	Son pensamientos negativos, pueden ser insanos y desadaptativos (baja tolerancia a la frustración, pánico, autoconmiseración, rabia y depresión) los que resultan de una valoración maximizada de tales sentimientos negativos (Ellis & Chip, 1997; Guzmán, 2012)	1. “Es necesario ser querido y aprobado por todas las Personas significativas para uno”	Items: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-3 4 5 6-10	≤24 25-49 50-74 ≥75
		2. “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”	Items: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-2 3-4 5 6-10	≤24 25-49 50-74 ≥75
		3. “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”	Items: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-2 3 4 5-10	≤24 25-49 50-74 ≥75
		4. “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”	Items: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-2 3 4 5-10	≤24 25-49 50-74 ≥75
		5. “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”	Items: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-1 2-3 4 5-10	≤24 25-49 50-74 ≥75

		6. "Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando" (Guzmán, 2009)	Items: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	0-2 3 4 5-10	≤ 24 25-49 50-74 ≥ 75
--	--	--	--	--	-----------------------	--

Variable Dependiente

Depresión

Dimensiones:

Unidimensional (Depresión)

Niveles de depresión:

Depresión mínima/Sin depresión

Depresión leve

Depresión moderada

Depresión severa

Indicadores:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Pérdida de placer
5. Sentimiento de culpa
6. Sentimientos de castigo
7. Disconformidad con uno mismo
8. Autocrítica
9. Pensamientos o deseos suicidas
10. Llanto
11. Agitación
12. Pérdida de interés
13. Indecisión
14. Desvalorización
15. Pérdida de energía
16. Cambios en los hábitos de sueño
17. Irritabilidad
18. Cambios de apetito
19. Dificultad de concentración
20. Cansancio o fatiga
21. Pérdida de interés en el sexo

Tabla 2**Matriz de operacionalización de la variable dependiente: Dimensiones**

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Dimensión (Unidimensional)	Indicadores/ Ítems	Categorías Diagnósticas		
				Nivel de Depresión	Puntaje Total	Percentil
Depresión	La depresión es considerada una alteración primaria del estado de ánimo que genera sufrimiento y dolor en el paciente, dolor que muchas veces no logra explicar con palabras, es más intensa que el sentimiento de tristeza. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).	Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Pérdida de placer 5. Sentimiento de culpa 6. Sentimientos de castigo 7. Disconformidad con uno mismo 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas 10. Llanto 11. Agitación 12. Pérdida de interés 13. Indecisión 14. Desvalorización 15. Pérdida de energía 16. Cambios en los hábitos de sueño 17. Irritabilidad 18. Cambios de apetito 19. Dificultad de concentración 20. Cansancio o fatiga 21. Pérdida de interés en el sexo 	Depresión mínima/Si depresión	0-13	1-70
				Depresión leve	14-18	71-90
				Depresión moderada	19-27	91-95
				Depresión severa	28-63	96-99

Tabla 3

Matriz de operacionalización – Asociación de las variables: Creencias irracionales y depresión.

Variable Independiente: Creencias Irracionales		Variable Dependiente: Depresión	
Dimensiones	Categorías Diagnósticas	Dimensión	Nivel de Depresión
A. “Es necesario ser querido y aprobado por todas las Personas significativas para uno”	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
B. “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
C. “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
D. “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
E. “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa
F. “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” (Guzmán, 2009)	Racional Tendencia Racional Tendencia Irracional Irracional	Depresión	Depresión Mínima/ Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa

CAPÍTULO III

MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y muestra

3.1.1 Población

La población matriculada en el año académico 2019-2, está compuesta por 1200 alumnos aproximadamente. La muestra consiste de 321 estudiantes, de los cuales 264 son mujeres y 57 son varones, ambos grupos con edades comprendidas entre los 17 y 47 años. Para la conformación de la muestra se aplicó un *muestreo intencional* (Hernández et al., 2014).

3.1.2 Muestra

El estudio se llevó a cabo con una muestra no *probabilística* (Hernández et al., 2014), no clínica de estudiantes universitarios de ambos sexos de la carrera de Psicología de una universidad privada de Lima, en el distrito de los Olivos en el segundo semestre del 2019-2.

Los criterios de inclusión y exclusión para la conformación de la muestra serán los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Estar matriculado en el semestre 2019-2 del primero al décimo ciclo académico.
- Estar de acuerdo con su participación en dicha investigación.
- Todos los estudiantes deben estar cursando la carrera de psicología, incluyendo a los de segunda profesión.

Criterios de exclusión:

- Condición Física: Discapacitados y pacientes aquejados de una enfermedad grave o terminal.
- Salud Psicológica: Presencia de un trastorno psicológico diagnosticado.
- Estudiantes que no se encuentran matriculados en semestre 2019-2
- Estudiantes que no están de acuerdo en participar del estudio.
- Estudiantes que se invalidan en la aplicación de las pruebas por un índice alto de inconsistencias en sus respuestas.
- Estudiantes que no completan los protocolos de evaluación

Tabla 4*Muestra no clínica de estudiantes seleccionados en el estudio.*

Muestra de estudiantes universitarios seleccionados	358
No están de acuerdo con el estudio	09
Perdidos (No completaron protocolos)	18
Perdidos (Con diagnóstico clínico definido)	03
Alto índice de Inconsistencias	06
Perdido (Por discapacidad física)	01
Válidos (Seleccionados por criterio de exclusión)	321

N = 321

Tabla 5*Composición de la muestra en relación a la edad*

Grupo etario	Cantidad	%
16 – 19 años	159	50
20 – 24 años	132	41
25 – 30 años	24	7
31 – 40 años	6	2

Nota: N = 321

En la Tabla N°. 5, se puede observar que el mayor porcentaje de edad se encuentran en el grupo etario de 16 a 19 años con un 50%, sigue en porcentaje el grupo etario de 20 a 24 años de edad con el 41%, en porcentaje mínimo se encuentra en el grupo etario de 31 a 40 años con un 2% y el grupo atareo de 20 a 24 años con un 7% respectivamente.

Tabla 6*Composición de la muestra en relación al sexo*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	264	82.2	82.2	82.2
Masculino	57	17.8	17.8	100.0
Total	321	100.0	100.0	

N = 321

La presente tabla muestra la distribución de la muestra con respecto al sexo, en la cual podemos observar que el mayor porcentaje de edad se ubica en el sexo femenino con un 82%, en marcada ventaja con el sexo masculino que representa un 17.8%. Esta diferencia porcentual podría estar en relación a la preferencia de las estudiantes en la elección de la carrera.

Tabla 7***Composición de la muestra en relación al estado civil***

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	4	1.2	1.2	1.2
Conviviente	41	12.8	12.8	14.0
Divorciado	1	0.3	0.3	14.3
Soltero	275	85.7	85.7	100.0
Total	321	100.0	100.0	

$N = 321$

La tabla 7 presenta la distribución de la muestra en relación a su estado civil, encontrando que el mayor porcentaje de estudiantes evaluados son solteros (85.7 %), seguido de los estudiantes que conviven con un 12:8%, existiendo un mínimo porcentaje de casados 1.2% y divorciados 0.3% respectivamente.

Tabla 8***Composición de la muestra en relación a su nivel de instrucción.***

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Secundario completo	2	0.6	0.6	0.6
Superior completo	11	3.4	3.4	4.0
Superior incompleto	308	96.0	96.0	100.0
Total	321	100.0	100.0	

$N = 321$

La Tabla 8 presenta la distribución de la muestra en relación a su nivel de instrucción, encontrando un 96%, en estudios universitarios incompletos, un porcentaje mínimo de estudiantes han completados sus estudios 3.4% y recién ingresantes un 0.6% con estudios de secundaria completa.

Tabla 9***Composición de la muestra en relación a su lugar de residencia actual***

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Callao	12	3.7	3.7	3.7
Lima	309	96.3	96.3	100.0
Total	321	100.0	100.0	

$N = 321$

En la tabla 9 se muestra la distribución de los estudiantes con respecto a su lugar de residencia actual, encontrando que la mayoría de ellos radica en Lima (96.3%) y un menor número en el Callao (3.7%).

Tabla 10
Composición de la muestra en relación a su lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Amazonas	3	0.9	0.9	0.9
Ancash	10	3.1	3.1	4.0
Argentina	2	0.6	0.6	4.7
Ayacucho	1	0.3	0.3	5.0
Cajamarca	3	0.9	0.9	5.9
Callao	26	8.1	8.1	14.0
Chile	1	0.3	0.3	14.3
Huánuco	3	0.9	0.9	15.3
Ica	1	0.3	0.3	15.6
Italia	1	0.3	0.3	15.9
Junín	4	1.2	1.2	17.1
La libertad	4	1.2	1.2	18.4
La Libertad	2	0.6	0.6	19.0
Lambayeque	6	1.9	1.9	20.9
Lima	246	76.6	76.6	97.5
México	1	0.3	0.3	97.8
Pasco	2	0.6	0.6	98.4
Piura	4	1.2	1.2	99.7
San Martín	1	0.3	0.3	100.0
Total	321	100.0	100.0	

$N = 321$

La presente tabla muestra la distribución de los estudiantes evaluados con respecto a su lugar de nacimiento. En el cual se observa que el mayor porcentaje de estudiantes han nacido en Lima, con un 76.6%, sigue en porcentaje los estudiantes nacidos en Callao con un 8.1%, sigue en porcentaje los estudiantes nacidos en la provincia de Ancash con un 3.1% y porcentajes menores en otros departamentos del interior del país; además se registran dos estudiantes nacidos en Argentina. Uno en Chile, uno en Italia y uno en México respectivamente.

3.2. Diseño utilizado en el estudio

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, de diseño asociativo (Hernández et al., 2014) y de diseño no experimental de carácter transversal (Hernández et al., 2014).

Es de tipo *No experimental* ya que tiene como propósito observar los fenómenos en su contexto natural, sin manipulación ni construcción de situaciones especiales por parte del investigador. La variable independiente ya se encuentra en el contexto, no es susceptible de ser manipulada (Hernández et al., 2014).

El diseño es *asociativo* porque se harán múltiples asociaciones entre las variables de estudio: creencias irracionales (1 “Necesidad absoluta en tener amor de padres, familiares y amistades”, 2 “Deben ser infalibles, casi perfectos en todo lo que hacemos”, 3 “Es catastrófico, cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fueran”, 4 “Las circunstancias externas causan las miserias humanas, las personas solo reaccionan en la medida que se provocan sus emociones”, 5 “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y acontecimientos”, 6 “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”) en las categorías: racional, tendencia racional, irracional y tendencia irracional. Se asocia directa y significativamente con la depresión en los niveles: mínima/sin depresión, leve, moderada y grave en estudiantes universitarios de la carrera de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana. mediante los inventarios respondidos por los estudiantes (Hernández et al., 2014).

3.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

En la presente investigación, se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA)

Ficha Técnica

Nombre:	Registro de Opiniones. Forma A. (REGOPINA).
Autores:	Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman.
Adaptación:	En Perú, Percy Guzmán Grados; Adaptó la prueba en lima
Año:	1982 (texto), 1987 (versión modificada, Guzmán, 1988), 2009 (Guzmán, 2009).
Objetivo:	Poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a crear y mantener el estrés y la infelicidad.
Forma de aplicación:	Individual o colectiva.
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite. Aproximadamente 20 minutos.
Ámbito de aplicación:	Para adolescentes y adultos que hayan cursado y aprobado por lo menos un año de instrucción secundaria.
Principales usos:	Evaluación con técnicas racional – emotivas para la

psicoterapia y con fines de investigación.

Materiales: Protocolo de inventario, hoja de respuesta, lápiz

Origen y naturaleza del Registro de Opiniones (REGOPINA)

El Registro de Opiniones de Martha Davis, Matthew Mckay y Elizabeth Eshelman. fue inicialmente divulgado como una técnica de auto evaluación en un texto que trataba sobre el autocontrol de las emociones sin aportar datos para su aplicación (como protocolo de respuesta, clave adecuada para la calificación, etc.) y sin mencionar normas ni datos acerca de la confiabilidad o validez del mismo. En su forma originaria constaba de 100 ítems. conformados por afirmaciones diversas, debiendo el sujeto expresar si estaba o no de acuerdo con las mismas El cuestionario estaban representadas 10 de las 12 principales ideas irracionales formuladas por Albert Ellis (Ellis, 1958), quien luego las revisó dejándolas en 11 en su libro clásico sobre la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962, citado por Guzman,2009).

En 1987, Percy Guzmán Grados, psicólogo del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú procedió a verificar su utilidad en la práctica clínica, revisándolo y adaptándolo para convertirlo en un instrumento ágil y adecuado para el trabajo fluido de la consulta externa (Guzmán 2009)

Áreas o Ítems del Registro de opiniones

ESCALA A: Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno. Está conformado por los siguientes Ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55 (Guzmán, 2009).

ESCALA B: Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles. Está conformado por los siguientes Ítems: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56 (Guzmán, 2009)

ESCALA C: Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada. Está conformado por los siguientes Ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57 (Guzmán, 2009)

ESCALA D: Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran. Está conformado por los siguientes Ítems: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58 (Guzmán, 2009)

ESCALA E: La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos. Está conformado por los siguientes Ítems: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59 (Guzmán, 2009)

ESCALA F: Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando. Está conformado por los siguientes ítems: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60 (Guzmán, 2009)

Aplicación y calificación del Registro de Opiniones

La prueba es aplicable a personas que hayan cursado por lo menos un año de estudios del nivel secundaria, difícilmente estará al alcance de las personas que tengan un rango intelectual menor al Promedio-inferior. No hay tiempo límite para la aplicación, generalmente se puede dar en 20 minutos aproximadamente. Las indicaciones para el usuario deben incluir que: El Registro de Opiniones es cuestionario que explora las creencias acerca de diferentes temas. No es una prueba de inteligencia, por lo tanto, no debe pensar mucho rato en cada ítem. Señale si es verdadera (V) o falsa (F) cada afirmación. Asegúrese de contestar lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar (Guzmán, 2009)

La calificación abarca 2 aspectos:

1. Determinación de la consistencia en las respuestas.

Para encontrarla realizar una comparación entre las respuestas dadas a los 5 últimos ítems, que aparecen en la línea final del protocolo (61, 62, 63, 64 y 65), con la dada en los ítems que figuran entre paréntesis exactamente debajo de ellos (2, 12, 17, 38 y 53, respectivamente). Se considera inconsistente cuando las respuestas a ambos ítems son iguales, ya que ambos semánticamente son antónimos. Se calcula de esa manera el total de inconsistencias, marcándose la suma de ellas en la columna inferior derecha, al costado de la palabra “Consistencia”, de acuerdo con la categoría que le correspondiera:

0 – 2: Buena (B)

3: Regular (R)

4 – 5: Mala (M)

Se ha establecido un límite de 3 inconsistencias sobre un máximo de 5 para considerar válido el protocolo, por ausencia de comprensión, descuido, apresuramiento, falseamiento o alguna otra razón.

2. El puntaje para las 6 ideas irracionales representadas y para el total del protocolo.

Se establece utilizando la plantilla de calificación que permite obtener el puntaje de cada una de las 6 columnas que representan sendas ideas irracionales identificadas por letras

(A, B, C, D, E, F); igualmente, de la suma de las 6 se establece el puntaje total del protocolo. (Guzmán, 2009)

Interpretación del registro de opiniones

Se ha delimitado un baremo aplicable con adolescentes de ambos sexos, entre los 14 y los 18 años. Las normas de clasificación e interpretación de resultados a emplear por cada subescala y para la prueba total aparecen en el Baremo 1.

Validez y confiabilidad

Confiabilidad:

La prueba fue aplicada en una muestra piloto de 276 adolescentes de ambos sexos, de 14 a 18 años, de la jurisdicción de Lima-Este, pertenecientes a una extracción social Media-baja y Baja (sectores C y D), y con un grado de instrucción fluctuante entre el 3ro y el 5to de Secundaria. Se encontró un Alfa de Cronbach de 0.61, que se considera aceptable para medir variables de esta naturaleza y para su empleo en investigaciones sustantivas. (Guzmán, 2009)

Validez:

Se estableció la validez de contenido a través del criterio de 6 jueces, especialistas reconocidos y de experiencia en el uso de la Terapia Racional Emotiva, determinándose Coeficientes V de Aiken, para las 6 subescalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95, que se considera elevado y muy significativo (ver el detalle para cada ítem y subescala en el apéndice). Este resultado permite afirmar que para los jueces consultados los ítems propuestos son consistentes y corresponden a la variable que se pretende medir (ideas irracionales), (Guzmán 2009).

Baremo 1**Categorías de Estilo de Pensamiento por Subescalas de REGOPINA en Adolescentes de 14 a 18 años.**

		Pc ≤24	25-49	50-74	≥75
ESCALA	IDEA IRRACIONAL	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A (1)	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B (2)	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
C (3)	Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
D (4)	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E (5)	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F (6)	Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

Inventario de depresión de Beck

Ficha Técnica

Nombre del test:	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Autor:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Revisiones:	Adaptación Española 2011 Jesús Sanz y Carmelo V.z. Adaptación Argentina 2009 Maria Elena Brenlla y Carolina M Rodriguez.
Forma de aplicación:	Individual o colectiva.
Tiempo de aplicación:	No hay tiempo límite. Aproximadamente 10 minutos.
Ámbito de aplicación:	Para adultos y adolescentes mayores de 13 años.
Constructo evaluado:	Depresión
Dimensiones:	Unidimensional
Área de aplicación:	Psicología clínica, forense, Neuropsicología e investigación
Materiales:	Protocolo de inventario, lápiz y papel

Origen y naturaleza del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El BDI-II es un inventario que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas corresponden en su mayoría con los criterios para el diagnóstico de los trastornos de depresión recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) al 100% y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993) al 75%.(efpa, 2011)

En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia. El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en terminarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las

personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. (efpa, 2011)

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. (Sáenz, 2011)

Análisis de los ítems evaluados con Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El formato de los Ítems es tipo Likert. En las instrucciones de la versión original del BDI-II se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y, en consecuencia, se le pide también que se asegure “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”. No obstante, en el estudio piloto de la adaptación española, dos personas (10%) informaron no sentirse cómodas eligiendo una sola alternativa, ya que en algunos ítems había varias alternativas que las describían. Por tanto, y en consonancia con las instrucciones para la aplicación oral del cuestionario, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, se mantuvieron esas instrucciones, en las que se le pide a la persona evaluada que “si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también”, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada. Sin embargo, para poder comparar los resultados que se obtengan en la adaptación española BDI-II con los obtenidos internacionalmente, se han mantenido las instrucciones de la versión original en inglés del BDI-II (efpa, 2011)

Calificación e interpretación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-18, depresión leve; 19-27, depresión moderada; y 28-63, depresión severa. (Saenz,2011)

Dimensiones:

Un hallazgo muy importante en la adaptación del inventario de depresión de Beck (BDI-II), es que mide un rasgo unitario, ya que los rasgos obtenidos en los índices de alta homogeneidad obtenidos en el alfa de Cronbach, así como del análisis factorial evidencian la existencia de unidimensionalidad. (Sáenz, 2011)

Indicadores:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Pérdida de placer
5. Sentimientos de culpa
6. Sentimientos de castigo
7. Disconformidad con uno mismo
8. Autocritica
9. Pensamientos o deseos suicidas
10. Llanto
11. Agitación
- 12 pérdida de Interés
13. Indecisión
14. Desvalorización
15. Pérdida de Energía
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
17. Irritabilidad
18. Cambios en el Apetito
19. Dificultad de Concentración
20. Cansancio o Fatiga
21. Pérdida de Interés en el Sexo

Baremo 2: Puntajes directos y percentiles categorizados para evaluar los niveles de Depresión

CATEGORIA	PUNTAJE	PERCENTIL
Mínima/sin depresión	0-13	1-70
Leve	14-18	71-90
Moderada	19-27	91-95
Severa	28-63	96-99

Nota: *Recuperado de Sáenz, 2011*

Validez y Confiabilidad

Validez:

La media de 22,8 ($DT = 11,9$) que Sanz y García-Vera (2009) encontraron tras promediar ponderadamente los resultados de 9 estudios (8 realizados en EE. UU. y uno en Argentina) que totalizaban 2.978 pacientes con trastornos psicológicos procedentes de centros públicos o privados de salud mental o psicología o de servicios u hospitales psiquiátricos con consulta externa.

Conjuntamente, esos dos resultados del presente estudio corroboran la validez de las puntuaciones de corte propuestas en el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996) y asumidas en el manual de la adaptación española del BDI-II (Beck et al., 2011a), en el sentido de que, en un paciente con trastorno psicológico, sea estadounidense o sea español, se puede considerar que una puntuación entre 0 y 13 indicaría un nivel de sintomatología depresiva mínimo, entre 14 y 19 leve, entre 20 y 28 moderada, y entre 29 y 63 grave. (Sáenz, 2011)

Confiabilidad:

Los datos sobre la fiabilidad aportan coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos, las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes del tamaño de las muestras y la mediana de los coeficientes de consistencia son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II. (Sáenz, 2011)

3.4. Procesamiento de Datos

Para el procesamiento estadístico del análisis de los datos obtenidos, se utilizó la versión Excell 2010 y el programa estadístico SPSS, versión 25, en las cuales se introdujeron las respuestas emitidas en los instrumentos de evaluación utilizados por los y las participantes. Una vez que la información fue tabulada y ordenada se sometió a un proceso de análisis y/o tratamiento mediante técnicas de carácter estadístico. Se procedió a realizar el análisis de normalidad de la distribución de las variables y determinar el estadístico (paramétricos y no paramétricos) a utilizarse en el análisis de los datos. Seguidamente se realizó el análisis inferencial de asociación de variables utilizando la prueba de comprobación de hipótesis *Chi Cuadrado* (χ^2), a fin de conocer las asociaciones encontradas entre las variables, significando que estas asociaciones corresponden a categorías diagnósticas de *creencias irracionales* y *depresión* (Hernández et al., 2014)

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Índice de Frecuencias de Depresión

Tabla 11

Índice de Frecuencias de Depresión BD-II BECK

Índice de depresión BDI-II Beck	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima (0 – 13 / 1-75)	227	70,7	70,7	70,7
Leve (14 – 18 / 76-89)	35	10,9	10,9	81,6
Moderada (19 – 27 / 90-95)	39	12,1	12,1	93,8
Severa (28 – 63 / 96-99)	20	6,2	6,2	100,0
Total	321	100,0	100,0	

La tabla Nro. 11 muestra la distribución de frecuencias del nivel de depresión de los resultados obtenidos en la prueba de Depresión de Beck BDI-II, en la cual se observa que el mayor porcentaje de evaluados 70.7% presentan índices de depresión mínima o sin depresión, el 12.1% de estudiantes evaluados presentan índices de depresión moderada, siguen en porcentaje 10.90% los estudiantes con índices de depresión leve y finalmente un 6.2% presentan depresión severa.

4.1.2 Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales

Tabla 12

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Total

Índice de Frecuencias de Creencias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Racional (0 - 24)	190	59,2	59,2	59,2
Tendencia racional (25 - 49)	67	20,9	20,9	80,1
Tendencia Irracional (50 - 74)	18	5,6	5,6	85,7
Irracional (75 - 99)	46	14,3	14,3	100,0
Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de las creencias irracionales total. En la cual se puede apreciar un alto porcentaje de estudiantes 59.2 % de estudiantes que no presentan

creencias irracionales en general (Categoría racional), seguido de un 20.9% de estudiantes (tendencia racional) que tampoco presentan ideas irracionales. Sin embargo, existe un porcentaje significativo de estudiantes 14.3% que presentan creencias irracionales (categoría irracional), seguido de un 5.6% de estudiantes que presentan creencias irracionales (tendencia irracional) en forma general.

Tabla 13

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 1

Índice de Frecuencia Creencias Irracionales: Dimensión 1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Racional (0 - 24)	175	54,5	54,5	54,5
Tendencia racional (25 - 49)	61	19,0	19,0	73,5
Tendencia Irracional (50 - 74)	31	9,7	9,7	83,2
Irracional (75 - 99)	54	16,8	16,8	100,0
Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional 1: "Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno", existiendo un 54.5% de estudiantes que no presentan esta creencia irracional (categoría racional) seguido de un 19% que tampoco la presentan (categoría irracional). Sin embargo, un porcentaje significativo de estudiantes 16.80% presentan esta creencia irracional (categoría irracional), seguido de un 9.7% de estudiantes que presentan esta creencia irracional (tendencia irracional)

Tabla 14

Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 2

Índice de frecuencias de creencias irracionales: Dimensión 2	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Racional (0 - 24)	69	21,5	21,5	21,5
Tendencia racional (25 - 49)	125	38,9	38,9	60,4
Tendencia Irracional (50 - 74)	86	26,8	26,8	87,2
Irracional (75 - 99)	41	12,8	12,8	100,0
Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional 2: "Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles", existiendo un 38.9% de estudiantes que no presentan esta creencia irracional (tendencia racional) seguido de un 26.8% de estudiantes que presentan esta idea irracional (tendencia irracional). Sin embargo, un porcentaje significativo de estudiantes 21.5% no

presentan esta creencia irracional (racional), seguido de un 12.8% de estudiantes que presentan esta creencia irracional (irracional)

Tabla 15
Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 3

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 3		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	Racional (0 - 24)	63	19,6	19,6	19,6
o	Tendencia racional (25 - 49)	69	21,5	21,5	41,1
	Tendencia Irracional (50 - 74)	68	21,2	21,2	62,3
	Irracional (75 - 99)	121	37,7	37,7	100,0
	Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional 3: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, existiendo el más alto porcentaje de estudiantes 37.7% de estudiantes que presentan esta creencia irracional (categoría irracional) seguido de un 21.2% de estudiantes que presentan esta idea irracional (tendencia irracional). Sin embargo, un porcentaje significativo de estudiantes 21.5% no presentan esta creencia irracional (tendencia racional), seguido de un 19.6% de estudiantes que no presentan esta creencia irracional (racional)

Tabla 16
Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 4

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 4		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
	Racional (0 - 24)	111	34,6	34,6	34,6
	Tendencia racional (25 - 49)	76	23,7	23,7	58,3
	Tendencia Irracional (50 - 74)	56	17,4	17,4	75,7
	Irracional (75 - 99)	78	24,3	24,3	100,0
	Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional 4: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran”, existiendo un alto porcentaje de estudiantes 34.6% de estudiantes que no presentan esta creencia

irracional (categoría racional) seguido de un 24.3% de estudiantes que presentan esta idea irracional, la segunda en prevalencia (categoría irracional). Sin embargo, un porcentaje significativo de estudiantes 23.7% no presentan esta creencia irracional (tendencia racional), seguido de un 17.4% de estudiantes que si presentan esta creencia irracional (tendencia irracional)

Tabla 17

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 5

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 5	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Racional (0 - 24)	54	16,8	16,8	16,8
Tendencia racional (25 - 49)	99	30,8	30,8	47,7
Tendencia Irracional (50 - 74)	118	36,8	36,8	84,4
Irracional (75 - 99)	50	15,6	15,6	100,0
Total	321	100,0	100,0	

La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional 5: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”, existiendo un alto porcentaje de estudiantes 36.8 % de estudiantes que presentan esta creencia irracional (tendencia irracional) seguido de un 30.8. % de estudiantes que no presentan esta idea irracional (categoría racional). Además, un porcentaje significativo de estudiantes 16.8% no presentan esta creencia irracional (categoría racional), seguido de un 15.6% de estudiantes que si presentan esta creencia irracional (categoría irracional)

Tabla 18

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 6

Índice de Frecuencias de Creencias Irracionales: Dimensión 6	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Racional (0 - 24)	106	33,0	33,0	33,0
Tendencia racional (25 - 49)	108	33,6	33,6	66,7
Tendencia Irracional (50 - 74)	31	9,7	9,7	76,3
Irracional (75 - 99)	76	23,7	23,7	100,0
Total	321	100,0	100,0	

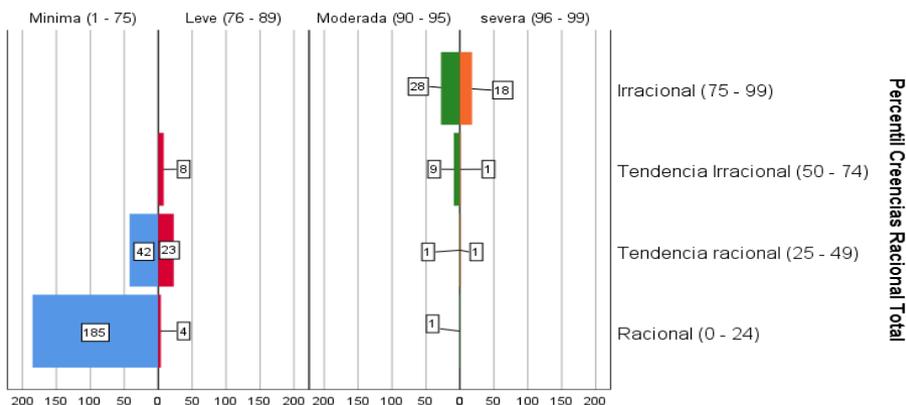
La presente tabla muestra la distribución de la creencia irracional: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, existiendo un alto porcentaje de estudiantes 33.6 % de estudiantes que no presentan esta creencia irracional (tendencia racional) seguido de un 33% de estudiantes que tampoco

presentan esta idea irracional (categoría racional). Sin embargo, un porcentaje significativo de estudiantes 23.7% , tercera en prevalencia presentan esta creencia irracional, (categoría irracional), seguido de un 9.7% de estudiantes que presentan una tendencia irracional.

4.1.3 Asociación entre creencias irracionales y depresión

Figura 1

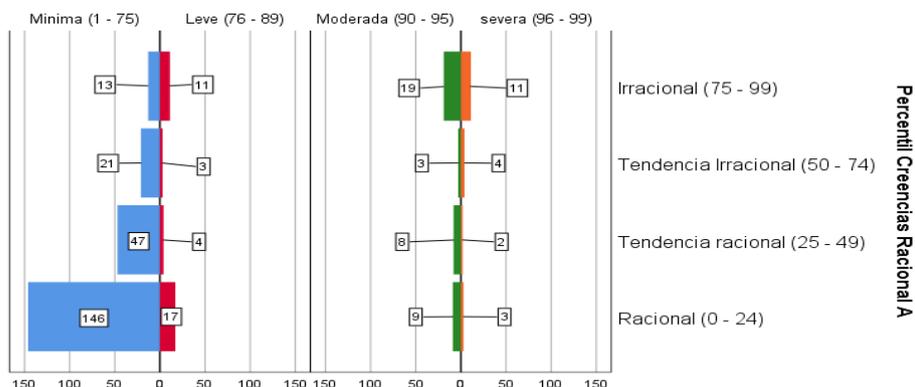
Asociación entre creencias irracionales y niveles de depresión total



En la figura 1 se muestra la asociación entre las creencias irracionales y los niveles de depresión total, el cual muestra la asociación entre las creencias racionales y los niveles de depresión mínima y las creencias irracionales y los niveles de depresión moderada y severa.

Figura 2

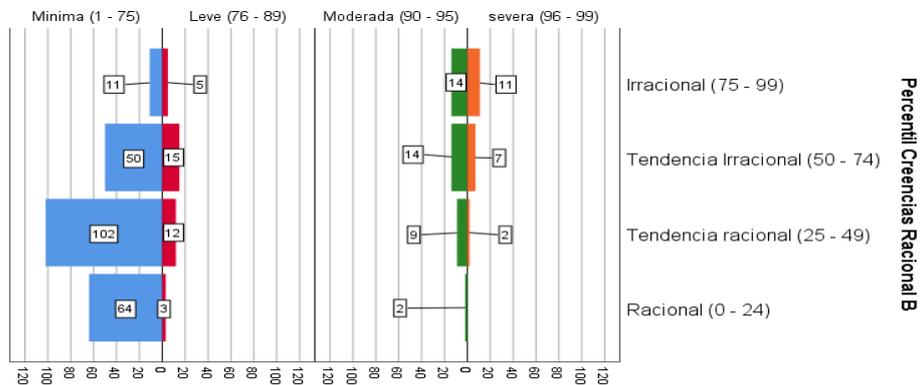
Asociación entre la creencia irracional 1: y los niveles de depresión



La figura 2, muestra la asociación entre la creencia irracional 1: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno” y los niveles de

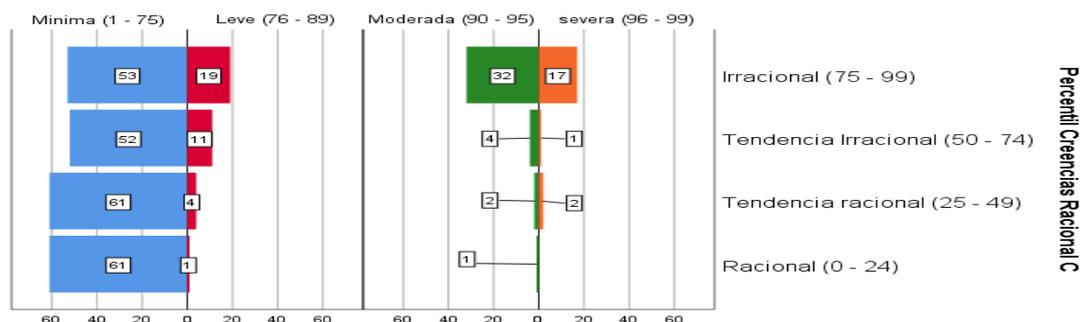
depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional presentan mayores niveles de depresión.

Figura 3
Asociación entre la creencia irracional 2 y los niveles de depresión

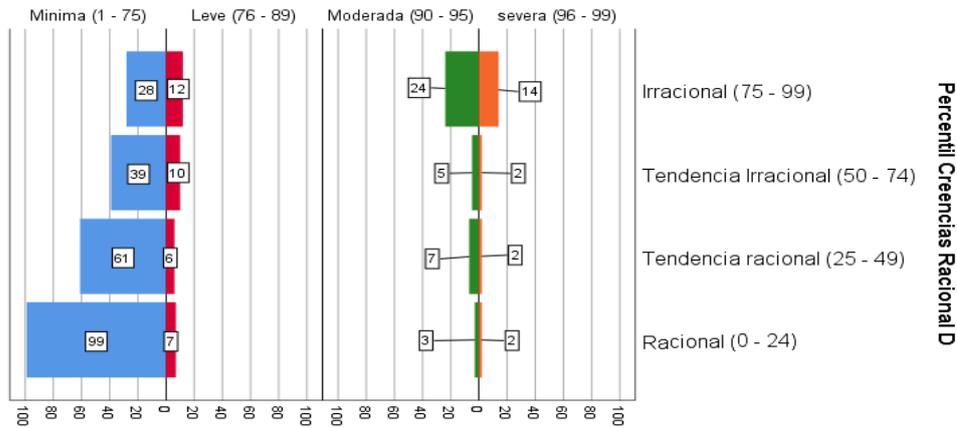


En la figura 3 se muestra la asociación entre la creencia irracional 2:” Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” y los niveles de depresión moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional o inclusive una tendencia irracional, presentan mayores niveles de depresión.

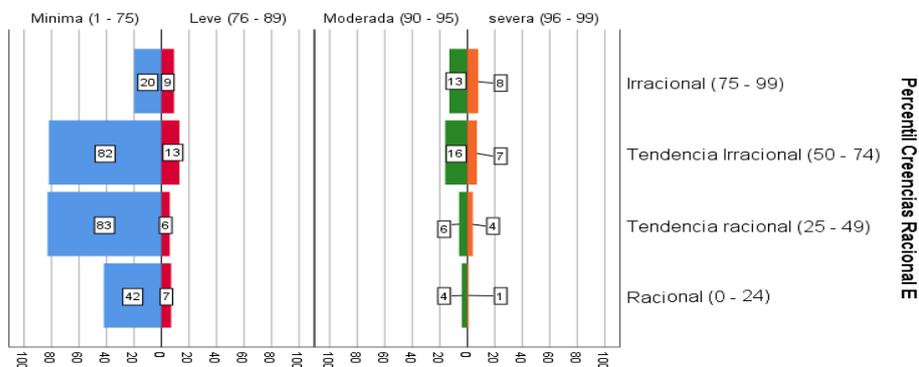
Figura 4
Asociación entre la creencia irracional 3 y los niveles de depresión



En la figura 4 se muestra la asociación entre la creencia irracional 3: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada” y los niveles de moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional presentan mayores niveles de depresión, significando que es la creencia irracional que mas se asocia con la depresión moderada y severa.

Figura 5**Asociación entre la creencia irracional 4 y los niveles de depresión**

La figura 5, muestra la asociación entre la creencia irracional 4: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” y los niveles de moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional presentan mayores niveles de depresión, significando que es la creencia irracional segunda en prevalencia que se asocia con la depresión moderada y severa.

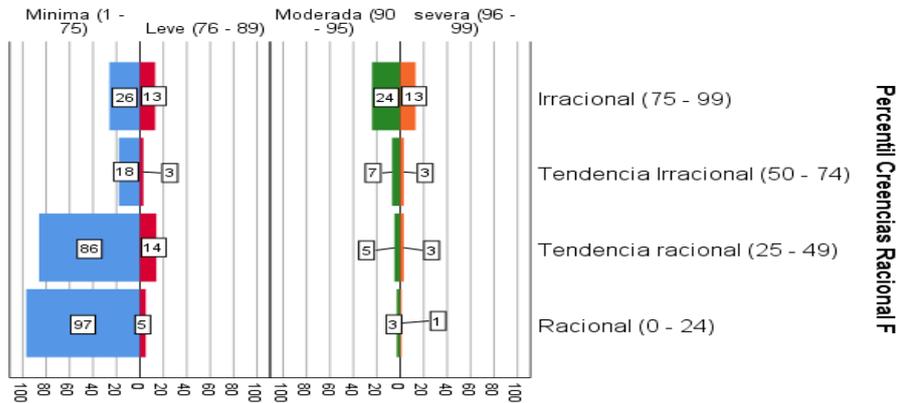
FIGURA 6**Asociación entre la creencia irracional 5 y los niveles de depresión**

En la figura 6, muestra la asociación entre la creencia irracional 5: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” y los niveles de moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional presentan

mayores niveles de depresión, significando que es la creencia irracional tercera en prevalencia que se asocia con la depresión moderada y severa.

FIGURA 7

Asociación entre la creencia irracional 6 y los niveles de depresión



La figura 7 muestra la asociación entre la creencia irracional 6: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” y los niveles de moderada y severa, indica que las personas que tienen esta idea irracional presentan mayores niveles de depresión, significando que es la creencia irracional segunda en prevalencia que se asocia con la depresión moderada y severa.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

4.2.1 Prueba de hipótesis general

Tabla 19

Tabla de contingencias entre las creencias irracionales y los niveles de depresión

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	185	4	1	0
Tendencia racional	42	23	1	1
Tendencia irracional	0	8	9	1
Irracional	0	0	28	18

$$\chi^2 = 368.41, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre creencias irracionales y los niveles de depresión total indica que existe asociación estadísticamente significativa $\chi^2 = 368.41, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis general**

4.2.2 Prueba de hipótesis específicas

Tabla 20

Tabla de contingencias entre la creencia irracional 1: y los niveles de depresión

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	146	17	9	3
Tendencia racional	47	4	8	2
Tendencia irracional	21	3	3	4
Irracional	13	11	19	11

$$\chi^2 = 83.75, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre la creencia irracional 1: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 83.75, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°1.**

Tabla 21**Tabla de contingencias entre la creencia irracional 2 y los niveles de depresión**

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	64	3	2	0
Tendencia racional	102	12	9	2
Tendencia irracional	50	15	14	7
Irracional	11	5	14	11

$$\chi^2 = 88.21, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre creencia irracional 2: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 88.21, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°2**

Tabla 22

Tabla de contingencias entre la creencia irracional 3: y los niveles de depresión.

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	61	1	1	0
Tendencia racional	61	4	2	2
Tendencia irracional	52	11	4	1
Irracional	53	19	32	37

$$\chi^2 = 85.5, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre creencia irracional 3: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 85.5, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°3**

Tabla 23

Tabla de contingencias entre la creencia irracional 4: y los niveles de depresión.

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	99	7	3	2
Tendencia racional	61	6	7	2
Tendencia irracional	39	10	5	2
Irracional	28	12	24	14

$$\chi^2 = 80.75, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre creencia irracional 4: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 80.75, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°4**

Tabla 24

Tabla de contingencias entre la creencia irracional 5 y los niveles de depresión

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	42	7	4	1
Tendencia racional	83	6	6	4
Tendencia irracional	82	13	16	7
Irracional	20	9	13	8

$$\chi^2 = 36.35, p < 0.05$$

El análisis de la asociación entre creencia irracional 5: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 36.35, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°5**

Tabla 25**Tabla de contingencias entre la creencia irracional 6: y los niveles de depresión**

Creencias	Depresión			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Racional	97	5	3	1
Tendencia racional	86	14	5	3
Tendencia irracional	18	3	7	3
Irracional	26	13	24	13

$$\chi^2 = 90.41, p < .0.05$$

El análisis de la asociación entre creencia irracional 6: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” y los niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa, indica que esta asociación es estadísticamente significativa $\chi^2 = 90.41, p < 0.05$, **comprobando la hipótesis específica N°6**

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto al análisis general de las asociaciones entre las variables “*Creencias irracionales*” y “*Depresión*”, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas $\chi^2 = 368.41$, ($p < 0.05$). El resultado es consistente con los reportados por Coaquira y Ticona, 2018; Coppari y colaboradores (2010); Quimbiulco, 2017; Rodas (2018), Villashagñay y Vizuet, 2016, quienes encontraron correlación y asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. Estos resultados se podrían explicar teniendo en consideración los aportes teóricos de A. Ellis, sobre ello explica que existen pensamientos negativos que son sanos y adaptativos como son la tristeza, irritación, decepción, inquietud y frustración, los mismos que aparecen ante eventos negativos que se presentan en la vida. Sin embargo, existen también los pensamientos negativos insanos, como son la baja tolerancia a la frustración, pánico, auto conmisericordia, rabia y depresión, estos aparecen en las mismas condiciones antes mencionadas, pero la persona le agrega una valoración exagerada, maximizada a tales sentimientos negativos (Ellis & Chip, 1997; Guzmán, 2012). Al instalarse se forman las creencias irracionales que se caracterizan por no contar con evidencia de su realidad y falta de objetividad. Conductualmente se observan en las verbalizaciones de los individuos expresiones demandantes, suelen dar órdenes, deberes absolutistas, insistencias, imposiciones sobre los demás y sobre uno mismo, generan un auto sabotaje del sentimiento de felicidad que se busca (Calvete & Cardeñoso, 2001; Ellis & Russell, 1990).

En cuanto al análisis entre las seis creencias irracionales, existen asociaciones estadísticamente significativas (1) “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno” ($\chi^2 = 83.75$, $p < 0.05$); (2) “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” $\chi^2 = 88.21$, $p < 0.05$; (3) “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada” $\chi^2 = 85.5$, $p < 0.05$; (4) “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran” $\chi^2 = 80.75$, $p < 0.05$; (5) “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando” $\chi^2 = 36.35$, $p < .0.05$; (6) “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos” $\chi^2 = 90.41$, $p < 0.05$. Con los niveles de depresión leve, moderada y severa, tales resultados coinciden con los reportados por Guzmán (2012), de un grupo de adolescentes con diagnóstico de depresión

e intento de suicidio en una población clínica: quien señala que, los adolescentes con diagnóstico de depresión e intento de suicidio evidencian las seis creencias irracionales y un mayor índice en las siguientes creencias irracionales: (C-3):“Ciertos actos no sólo son malos sino que son condenables o viles y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”,(E-5):“La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, (F-6): “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”, que aquellos adolescentes que no fueron diagnosticados con depresión ni tuvieron intento de suicidio. Estas evidencias se sustentan en el modelo para la depresión de la terapia cognitiva de Beck, quien considera que la causa del dolor emocional radica en las interpretaciones subjetivas y distorsionadas que la persona realiza de su realidad, incluyendo de sí misma (Beck. et al. 2010; Camacho, 2003; Gómez-Escalonilla, et al. 2003; Roca, s.f).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Se aprecia que, en los estudiantes universitarios de psicología, la presencia de ideas irracionales se asocia en mayor significancia con el nivel de depresión moderada, seguida de la depresión severa. Mientras que, en los estudiantes que no presentan ideas irracionales, no presentan depresión; en tanto que aquellos que presentan tendencia racional presentan depresión leve.
2. Los estudiantes universitarios de psicología que muestran mayor presencia de la idea irracional 1: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno” se asocian en forma significativa con nivel de depresión moderada, seguida de la depresión severa. En tanto que, aquellos estudiantes que presentan ideas racionales y tendencia racional, no presentan asociación con depresión o si fuera el caso, solo presentan depresión leve respectivamente
3. La presencia de la idea irracional 2: “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles” en estudiantes universitarios de psicología se asocian significativamente con la presencia de depresión severa; mientras que otro grupo de estudiantes que también tiene presencia de la idea irracional, así como los que tiene tendencia de tal idea irracional, se asocian con mayor significancia, con depresión moderada. Por otro lado, aquellos estudiantes con ideas racionales o tendencia a racionales, no presentan indicadores de depresión.
4. En el presente estudio, se aprecia que la idea irracional con mayor prevalencia en los estudiantes universitarios es la 3: “Ciertos actos no sólo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada”, la misma que se asocia significativamente con un alto índice de depresión moderada, seguida de la severa. Cabe señalar que, en menor proporción, estudiantes con estas creencias irracionales presentan depresión leve. Por otro lado, aquellos estudiantes que no presentan esta idea irracional, no muestran depresión.
5. Existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de la creencia irracional 4: “Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le

gustaría que fueran” es la segunda en prevalencia en estudiantes universitarios de psicología con los niveles de depresión moderada, severa y leve. En tanto, los estudiantes que no presentan esta idea irracional no presentan depresión.

6. La presencia de la creencia irracional 5 y la tendencia de la presencia de esta: “Si algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre la seguirá afectando”, es la segunda en prevalencia y se asocia significativamente con los niveles de depresión moderada, severa y leve. Sin embargo, cabe resaltar que existe un grupo de estudiantes universitarios de psicología que a pesar de que muestra tendencia a presentar esta idea irracional, no se asocia a la presencia de depresión.
7. Existe asociación estadísticamente significativa entre creencia irracional 6: “La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos”, es la tercera en prevalencia y se asocia significativamente con los niveles de depresión moderada y severa en los estudiantes universitarios de psicología. Mientras que aquellos que no presentan dicha idea irracional, no presentan depresión.

5.2 RECOMENDACIONES

1. En vista de los resultados obtenidos en el presente estudio se invita a investigar acerca de las creencias irracionales y la asociación existente con otras variables que no formaron parte de este estudio, como son la sintomatología psicopatológica del informante, la personalidad y el desempeño emocional.
2. Se sugiere replicar los objetivos del presente estudio, pero en otros grupos etarios tales como escolares de nivel primaria, secundario y poblaciones adultas con características sociodemográficas.
3. En la medida de lo posible, se sugiere construir o en su defecto validar instrumentos destinados a recolectar información de la presencia de las creencias irracionales en poblaciones escolares, específicamente del nivel primario.
4. Desarrollar programas de intervención en los casos diagnosticados con depresión, teniendo en cuenta las ideas irracionales identificadas en la evaluación.
5. En los casos que requieran una intervención de tercer nivel, desarrollar programas destinados a cambiar patrones de pensamiento desadaptativos, a fin de lograr la adherencia al tratamiento y así evitar las recaídas en los pacientes afectados con depresión crónica.
6. Desarrollar programas psico educativos destinados a los diferentes niveles escolares y educación superior con la finalidad de que aprendan a expresar y regular sus pensamientos y sus emociones con la finalidad de prevenir la depresión.
7. Se invita al profesional de la salud mental, espacialmente, psicólogos a realizar campañas de detección de la presencia de depresión y de ideas irracionales en poblaciones escolares y universitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, APA (2015). *DSM V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, VA: Autor.
- Arnáez, G., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2019). Creencias disfuncionales sobre salud y enfermedad: un estudio familiar. *Anales de Psicología*, 35(1), 19-25.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.317501>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York, Estados Unidos: DESCLÉE DE BROUWER, S.A
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190
- Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>
- Carrasco, S. (2014). La triada cognitiva. Recuperado de <http://salvadorcarrasco.es/?p=260>}
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A., Pérez-Fuentes, M., Molero, M. y Gázquez, J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5, 267-279. doi: 10.1989/ejihpe. v5i2.118.
- Cely, F. E. (2017). *¿Son los delirios creencias irracionales? Ideas y Valores*, 66 (Sup. N.º3), 119-135.
- Cervera, G. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos*. España, Valencia.
- Coaquira, Y. y Ticona, I. (2018). Creencias irracionales y depresión en internas del establecimiento de mujeres de la ciudad de Lampa – 2018. (Tesis de maestría inédita). Universidad Peruana Unión. Lima, Perú
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, New York, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Coppari, N., Benítez, S., Benítez, S., Calvo, S., Concolino, C., Galeano, S., Gammarra, R. y Garcete, L. (2010). Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. (2010). *Eureka, investigaciones en psicología*, 7(2), 32-52.
- Coto, E., Gómez-Fontanil Y. y Belloch, A. (1995). *Historia de la psicopatología. en Manual de psicopatología, Vol. 1*. Madrid, España: McGraw-hill.
- Cruz, E. y Vergara, I. (2011). Presencia de síndrome de estrés laboral como predictor de síntomas de depresión en personal que labora en un centro de protección. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Piloto de Colombia. Bogotá D.C, Colombia.

Del Barrio, V. y Carrasco M.A. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España:

SÍNTESIS

- Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. (1988). Registro de Opiniones, Forma A (REGOPINA). En Guzman. Lima.
- EFE. (2017). Chile se ubica por sobre el promedio mundial en índice de depresión según nuevo informe de la OMS. El mostrador. Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2017/02/23>
- El Comercio (2017) ¿Cuál es la Salud mental de los peruanos? Recuperado de: <http://elcomercio.pe/peru/situacion-salud-mental-peruanos-404815>.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. S.A.
- Ellis, A. y Russell, G. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva. Volumen 2*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Ferre, F. (2007). *Afrontar la depresión: guía de ayuda para pacientes y familiares*. Madrid, España: Fundación Arpegio.
- Fundación universitaria Juan N. Corpas (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Carta comunitaria*, 24(1), 62.
- Gómez-Escalonilla, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2009). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. 1. Estrategias para sentirse bien*. Madrid, España: EOS.
- Grupo Gestión de Información en Salud y Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey. (2018). Hoja informativa Depresión. Recuperado de: <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf>.
- Guzmán, p. (2012). Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio (Tesis para optar el grado de Magister en psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48 (3), 228-248.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill.
- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia & Depression*. New Heaven: Yale University Press.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*, 25, 126–129
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ibynsa.
- Mamani y Quispe. (2016). Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca – 2015. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Peruana, Lima, Perú.
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (1) 75- 83.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Un reporte sobre la depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Hoja informativa sobre la depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Un reporte sobre la depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Un reporte sobre los desórdenes mentales*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/management/en/
- Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, 7, 115-144.
- Pérgola, F. (2002). Breve Historia de la Depresión. *Médicos y Medicina en la historia*, 1 (1)
- Pervin, Lawrence A. (1998). *La Ciencia de la Personalidad*. España: Editorial McGraw-Hill.
- Preston, J. (2016). *Tú puedes superar la depresión, una guía para la prevención y la recuperación*. Barcelona, España: EDICIONES OBELISCO, S.L.
- Prieto, M.; Vera, M.; Pérez, M. & Ramírez, I. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y salud*, 18(2), 203-219.
- Quimbiulco, M.J. (2017). Aspectos psicosociales y creencias irracionales en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Reyes, Y. (2014). Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11(1), 7-12.
- Roca, E. (s.f). Terapia Cognitiva de Beck para la depresión. Recuperado de www.cop.es/colegiados/PV00520/
- Roca, E. (s.f). La terapia racional emotiva. Recuperado de www.cop.es/colegiados/PC00520/
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- [Soria, T. \(2019\). Creencias Irracionales en efectivos policiales de una Institución Pública del Distrito de Ancón. \(Tesis de Licenciatura inédita\). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.](#)
- Sulca, R. (2016). Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos la sufren. El Comercio. Recuperado de: <http://vital.rpp.pe/expertos/la-depresion-es-el-trastorno-mas-comun-en-el-peru-noticia-971106>.
- Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16 (4), 473-486. Doi:10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ª ed.)*. Barcelona, España: Masson s.a.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. en a. Belloch, B. Sanin, y F, Ramos, *Manual de psicopatología*. Vol. 2. (pp. 299-340). Madrid, España: McGraw-hill.
- Villashagñay, C. y Vizúete, H. (2016). Ideas irracionales y la resistencia al tratamiento en pacientes con depresión del instituto psiquiátrico sagrado corazón de quito, período abril – septiembre 2016. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Zaragoitia, I. (2011). *La depresión: generalidades y particularidades*. Cuba, La Habana:

ANEXOS

ANEXOS

Instrumentos de recolección de datos

ANEXO N° 1: Registro de opiniones (REGOPINA)

ANEXO N° 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

ANEXO 1

Registro de opiniones (REGOPINA)

Instrucciones:

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Señale si considera verdadera (V) o falsa (F) cada afirmación. Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
2. Odio equivocarme en algo.
3. La gente que se equivoca, debe recibir su merecido.
4. Generalmente, acepto los acontecimientos desagradables con tranquilidad.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
6. “Árbol que crece torcido, nunca su tronco endereza”.
7. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo que sentirme obligado a manifestar respeto a nadie.
8. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
9. Las personas malas deben ser castigadas.
10. Las frustraciones y decepciones no me perturban.
11. A la gente no la trastornan los acontecimientos sino la imagen que tienen de estos.
12. Es casi imposible superar la influencia del pasado.
13. Quiero gustar a todo el mundo.
14. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
15. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
16. Las cosas deberían ser distintas a como son.

17. Yo mismo provoco mi propio mal humor.
18. Si algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
19. Me puedo gustar a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.
20. Me gustaría triunfar en algo, pero pienso que no estoy obligado a hacerlo.
21. La inmoralidad debería castigarse severamente.
22. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
23. Las personas desdichadas, generalmente, se provocan ese estado a sí mismas.
24. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
25. Si no le gusto a los demás es su problema, no el mío.
26. Para mí es extremadamente importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
27. Pocas veces culpo a la gente por sus errores.
28. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
29. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
30. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
31. Creo que es difícil ir en contra de lo que piensan los demás.
32. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.
33. El miedo al castigo es lo que hace que la gente sea buena.
34. Si las cosas me desagradan, elijo ignorarlas.
35. Cuanto más problema tiene una persona, menos feliz es.
36. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
37. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no la necesito realmente.
38. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
39. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
40. Hago todo lo que puedo para conseguir lo que quiero; y después, dejo de preocuparme.
41. Nada es perturbador por sí mismo; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.
42. Somos esclavos de nuestro pasado.
43. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
44. Me trastorna cometer errores.
45. No es equitativo que “llevea igual sobre el justo que sobre el injusto”.

46. Yo disfruto tranquilamente de la vida.
47. No puedo evitar sentirme muy alterado ante ciertos hechos.
48. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
49. Usualmente me preocupo mucho por lo que la gente piensa de mí.
50. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
51. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
52. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver para alcanzarlas.
53. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
54. Básicamente, la gente nunca cambia.
55. Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.
56. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
57. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
58. Raras veces me perturban los errores de los demás.
59. El hombre construye su propio infierno interior.
60. No miro atrás con resentimiento.
61. Si cometo un error lo acepto con tranquilidad.
62. Los acontecimientos negativos pueden ser superados.
63. Hay gente que me altera el humor.
64. Acepto con calma que otros sean mejores que yo en algo.
65. Hay tristezas que jamás se superan.

HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES

Nombre.....

Edad.....Grado de Instrucción Estado Civil

Ocupación.....Fecha.....Otros.....

A	B	C	D	E	F
V 1 F	V 2 F	V 3 F	V 4 F	V 5 F	V 6 F
V 7 F	V 8 F	V 9 F	V 10 F	V 11 F	V 12 F
V 13 F	V 14 F	V 15 F	V 16 F	V 17 F	V 18 F
V 19 F	V 20 F	V 21 F	V 22 F	V 23 F	V 24 F
V 25 F	V 26 F	V 27 F	V 28 F	V 29 F	V 30 F
V 31 F	V 32 F	V 33 F	V 34 F	V 35 F	V 36 F
V 37 F	V 38 F	V 39 F	V 40 F	V 41 F	V 42 F
V 43 F	V 44 F	V 45 F	V 46 F	V 47 F	V 48 F
V 49 F	V 50 F	V 51 F	V 52 F	V 53 F	V 54 F
V 55 F	V 56 F	V 57 F	V 58 F	V 59 F	V 60 F
V 61 F	V 62 F	V 63 F	V 64 F	V 65 F	
(2)	(12)	(17)	(38)	(53)	(2)

TOTALES:

() A

Consistencia: 0 - 2 : B ()

() B

3 : R ()

() C

4 - 5 : M ()

() D

() E

() F

GRAN TOTAL:

APRECIACIÓN:

ANEXO 2**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:**Estado Civil:**.....**Edad:** **Sexo:**.....

Ocupación **Educación:****Fecha:**

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 no me siento triste.

1 me siento triste gran parte del tiempo

2 me siento triste todo el tiempo.

3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 no estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 no espero que las cosas funcionen para mi.

3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 no me siento como un fracasado.

1 he fracasado más de lo que hubiera debido.

2 cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 no me siento particularmente culpable.

1 me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 no siento que este siendo castigado

1 siento que tal vez pueda ser castigado.

2 espero ser castigado.

3 siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 he perdido la confianza en mí mismo.

2 estoy decepcionado conmigo mismo.

3 no me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 no me critico ni me culpo más de lo habitual

1 estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 me critico a mí mismo por todos mis errores

3 me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 no tengo ningún pensamiento de matarme.

1 he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 querría matarme

3 me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 no lloro más de lo que solía hacerlo.

1 lloro más de lo que solía hacerlo

2 lloro por cualquier pequeñez.

3 siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 agitación

0 no estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

- 1 me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 pérdida de Interés

- 0 no he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 no siento que yo no sea valioso
- 1 no me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 tengo tanta energía como siempre.
- 1. tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. no tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. no tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. duermo la mayor parte del día
- 3b. me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 no estoy tan irritable que lo habitual.

1 estoy más irritable que lo habitual.

2 estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 no he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. mi apetito es mucho menor que antes.

2b. mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . no tengo apetito en absoluto.

3b. quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 no puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 no estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 he perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL.....

INDICADOR DE DEPRESIÓN: Grado Mínimo/sin depresión.....Grado Leve.....

Grado Moderado..... Grado severo.....