



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

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

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

MARJORIE ELIZABETH ABAD GRANDA

LIMA – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Presidente

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Vocal

MG. MARÍA DEL PILAR MONTERO CHICOMA

Secretaria

ASESOR DE TESIS

DRA. CARMEN ESTELA MONTENEGRO SERKOVIC

DEDICATORIA

A mis padres, por su inmenso amor, por ser ejemplo de perseverancia, por apoyarme en mis decisiones, por comprenderme y aguantar mis repentinos cambios de humor en mis momentos difíciles. Sin los cuales simplemente no hubiera sido posible nada de lo que he logrado hasta ahora.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco ante todo a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por ser aquél que hace que todo sea posible.

Agradezco profundamente a los psicólogos del área de Damoc del Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán por apoyarme significativamente durante esta ardua y agradable experiencia. Por permitir y facilitar la aplicación de los instrumentos correspondientes para la ejecución de la investigación. Expresarle mi gratitud al Dr. Augusto Mosquera del Águila, jefe del Damoc, por brindarme las facilidades en la obtención de la muestra, ya que sin su apoyo, esto no habría sido posible.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, gracias por el apoyo a todos los docentes, por su exigencia y por despertar interés en la investigación. En particular, me gustaría dar las gracias a mi asesora la Dra. Estela Montenegro, por haber confiado en mí y en mi trabajo, por sus estupendas recomendaciones y por su comprensión en todo este largo y sacrificante camino que significó mi tesis.

A mis padres, José y Rosa, pilares fundamentales y apoyos incondicionales, que con sus sabios consejos y palabras de aliento me han sabido guiar durante todo este trayecto de formación profesional y personal. Les agradezco infinitamente por su ayuda desmedida en todo momento. A mis hermanos, Mariel, José Manuel y André quienes me han brindado aliento constante para el logro de este trabajo y por quienes guardo un profundo cariño. Finalmente, deseo agradecer a todos los que de una y otra forma han hecho posible que este trabajo haya culminado con éxito.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1. Identificación del Problema	4
2. Justificación e Importancia del Problema	9
3. Limitaciones de la Investigación	10
4. Objetivos de la Investigación	11
4.1. Objetivo General	11
4.2. Objetivos Específicos	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
1. Aspectos Conceptuales Pertinentes	13
1.1. Creencias Irracionales	13
1.1.1. Definición	13
1.1.2. Características de las Creencias Irracionales	14
1.1.3. Clasificación de las Creencias Irracionales	15
1.1.4. Las Creencias Irracionales según Albert Ellis	17
1.1.5. Modelo de la TREC	20
1.1.6. Creencias Irracionales y Depresión	24
1.1.7. Creencias Irracionales y Ansiedad	26
1.2. Depresión y Ansiedad desde un marco biopsicosociocultural	28
1.3. Depresión	29
1.3.1. Definición	29

1.3.2. Factores Predisponentes de la Depresión	30
1.3.3. Trastornos Depresivos	37
1.4. Ansiedad	38
1.4.1. Definición	38
1.4.2. Factores Predisponentes de la Ansiedad	39
1.4.3. Trastornos Ansiosos	42
1.5. La TREC en la Depresión y la Ansiedad	44
1.6. Diferencias entre los pensamientos de trastornos de depresión y los trastornos de ansiedad	46
1.7. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de Depresión	49
1.8. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de Ansiedad	50
2. Antecedentes del Estudio	51
2.1. Investigaciones internacionales	51
2.2. Investigaciones nacionales	62
3. Definiciones Conceptuales y Operacionales de Variables	67
3.1. Creencias Irracionales	67
3.2. Trastornos de Depresión y Ansiedad	71
4. Hipótesis	73
4.1. Hipótesis General	73
4.2. Hipótesis Específicas	73
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	74
1. Nivel y Tipo de Investigación	74
2. Diseño de la Investigación	74
3. Naturaleza de la población y muestra	75

3.1. Descripción de la población	75
3.2. Muestra y método de muestreo	75
3.2.1. Descripción de la Muestra	76
3.3. Criterios de Inclusión	79
3.4. Criterios de Exclusión	79
4. Instrumentos de Recolección de Datos	79
4.1. Ficha de Datos	80
4.2. Registro de Opiniones de Ellis	80
4.3. Condición Diagnóstica	87
5. Procedimiento	87
6. Consideraciones Éticas	88
7. Análisis de Datos	89
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	92
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	107
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	115
RECOMENDACIONES	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1.** Matriz de Operacionalización de la Variable Creencias Irracionales
- Tabla 2.** Características sociodemográficas de la muestra con trastornos depresivos y ansiosos
- Tabla 3.** Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra con trastornos de depresión y ansiedad
- Tabla 4.** Descripción de las Creencias Irracionales de Ellis
- Tabla 5.** Organización por grupos de las creencias irracionales de Ellis
- Tabla 6.** Categorización de las Creencias Irracionales en niveles
- Tabla 7.** Creencias Irracionales según diagnóstico de ansiedad o depresión
- Tabla 8.** Creencias Irracionales de los pacientes con trastornos depresivos
- Tabla 9.** Creencias Irracionales de los pacientes con trastornos ansiosos
- Tabla 10.** Creencias Irracionales según edad en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos
- Tabla 11.** Creencias Irracionales según edad en pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos
- Tabla 12.** Creencias Irracionales según sexo en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos
- Tabla 13.** Creencias Irracionales según sexo en pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos
- Tabla 14.** Creencias Irracionales según diagnóstico de depresión
- Tabla 15.** Creencias Irracionales según diagnóstico de ansiedad

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de pacientes diagnosticados con depresión y ansiedad que asisten a un servicio de salud mental en Lima. Es de tipo empírica, de diseño de grupos naturales y de corte comparativo. Participaron 54 pacientes entre hombres y mujeres, cuyas edades oscilaban entre 18 y 60 años, diagnosticados con trastorno de tipo depresivo o ansioso que acuden al Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) en el período de setiembre a noviembre del 2017, y que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. El acopio de información se realizó mediante el método del sondeo y como instrumento se empleó el Registro de Opiniones de Albert Ellis, el cual permitió identificar las creencias irracionales en los pacientes. Se llevó a cabo un estudio piloto para hallar sus propiedades psicométricas de la prueba empleada. En relación con el objetivo general, se evidenció la existencia de diferencias significativas ($p < 0.05$) con respecto a la creencia 9, que sostiene que *“el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”*, en ambas condiciones diagnósticas. Al respecto, se observó que los pacientes con trastorno depresivo son los que obtuvieron puntuaciones más altas. Por otro lado, con respecto al objetivo específico relacionado con la edad, estas diferencias solo se dan en el grupo de pacientes depresivos; sin embargo, en cuanto a las variantes de cada trastorno no se presentaron diferencias, lo cual permite inferir que las creencias irracionales no se asocian a un determinado grupo etario ni a alguna sub-variante diagnóstica.

Palabras clave: creencias irracionales, pacientes con trastorno depresivo, pacientes con trastorno de ansiedad.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine if there are significant differences between the irrational beliefs of patients diagnosed with depression and anxiety who attend a mental health service in Lima. It is of empirical type, of design of natural groups and of comparative cut. Participants were 54 patients between men and women, whose ages ranged from 18 to 60 years old, diagnosed with depressive or anxious type disorder that go to the Department of Analysis and Modification of Behavior (DAMOC) in the period from September to November 2017, and were selected by a non-probabilistic sampling of intentional type. The collection of information was carried out using the survey method and Albert Ellis' Register of Opinions was used as an instrument, which allowed to identify irrational beliefs in patients. A pilot study was carried out to find its psychometric properties of the test used. In relation to the general objective, it was evidenced the existence of significant differences ($p < 0.05$) with respect to belief 9, which maintains that "the past has a great influence on the determination of the present", in both diagnostic conditions. In this regard, it was observed that patients with depressive disorder are those who obtained higher scores. On the other hand, with respect to the specific objective related to age, these differences only occur in the group of depressive patients; However, as regards the variants of each disorder, there were no differences, which allows us to infer that irrational beliefs are not associated to a specific age group or to any diagnostic sub-variant.

Keywords: irrational beliefs, patients with depressive disorder, patients with anxiety disorder.

INTRODUCCIÓN

Las creencias irracionales son juicios automáticos que carecen de evidencia y se manifiestan en diferentes situaciones de nuestra vida, éstas trastocan nuestra habilidad para pensar de forma congruente y producen alteraciones en nuestras emociones y comportamiento (Sarason y Sarason, 2006). Dichas creencias, son las principales causantes de diversos problemas psicológicos ya que ocasionan un notable desequilibrio emocional (Ellis y Dryden, 2007).

Resulta importante implementar herramientas para mejorar la atención de personas que presentan algún problema psicológico relacionado a estas creencias. Por tal razón, es necesario realizar intervenciones como la terapia cognitiva conductual, un modelo de abordaje terapéutico, que permite cambiar estilos negativos de pensamiento como las creencias irracionales (Ellis y Dryden, 2007). La terapia que ha tenido mejores resultados en el abordaje de estas alteraciones es la Terapia Racional Emotiva Conductual (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo, 2010), su máximo exponente es Albert Ellis, quien considera que las interpretaciones irracionales conducen a emociones negativas no saludables, por ejemplo la ansiedad y la depresión (Ellis, 2015). Por lo tanto, se las considera un factor importante en la explicación de las perturbaciones emocionales, por lo que son el objetivo de la atención terapéutica (De Shazer, 1985).

Diversas investigaciones recientes: Merlo (2015); Álvarez (2011); Melis, Feixas, Vartotta, Gonzáles, Ventosa, Krebs y Montesano (2011); Bridges y Harnish (2010); Macavei (2005), y Velásquez (2002) confirman que los pensamientos erróneos están vinculados con alteraciones psicológicas como

depresión y ansiedad. Esta vinculación produce una modificación en la percepción de los eventos, ya que se conciben las vivencias de una manera adversa y dañina. No obstante, no se han encontrado estudios que evidencien un pensamiento irracional relacionado a cada trastorno específico. Un documento sobre las prestaciones de Salud Mental del subsector MINSA (2008) menciona que la posibilidad de sufrir un trastorno mental en el Perú a lo largo de la vida es de un 37.9%.

En relación con la depresión, es un trastorno que se está incrementando en nuestra sociedad y será uno de los principales problemas psicosociales para el 2020 (OMS, 2017). La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-10) lo cataloga dentro del grupo de los trastornos del humor (afectivos), los cuales están caracterizados por la alteración del humor y la afectividad que llevan a la depresión o la euforia (APA, 2013). El Instituto Nacional de Salud Mental reportó en el 2016 la cantidad de 1832 casos de depresión, de los cuales el 0.51% eran adultos y sólo el 0.02% fueron intervenidos por el área de psicología (INSM, 2016).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad también se vienen intensificando cada año. En efecto, el Instituto Nacional de Salud Mental indicó que en el 2013 existieron 2917 casos con trastorno ansioso; asimismo, en el año 2016 se diagnosticó el trastorno de ansiedad en 89 departamentos del Perú y 1246 casos de trastornos de ansiedad no especificados, es decir, “otros trastornos de ansiedad”. Sin embargo, solo en 62 departamentos se intervino psicológicamente (INSM, 2016). En este sentido, resulta de suma importancia ahondar en el estudio de

dichos trastornos: los factores de riesgo asociados, sus consecuencias y cómo tratarlos y prevenirlos.

Por lo anteriormente señalado, la finalidad del presente estudio es establecer cuáles son las creencias irracionales que caracterizan a los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, así como determinar si existen diferencias entre ellos, tomando en cuenta la edad y el género.

Por todo lo expuesto, el siguiente trabajo de investigación se ha estructurado en seis apartados. En el primero, se explicará la identificación del problema, la justificación e importancia del tema a desarrollar, las limitaciones y se fijarán los objetivos del mismo. En el segundo, se desarrollará el marco teórico, en el cual se incluyen aspectos conceptuales, investigaciones en relación al tema; se definirán operacionalmente las variables y se plantearán las hipótesis respectivas. En el tercero, se describirá la metodología utilizada, en la cual se especificarán el nivel, el tipo y el diseño de la investigación; asimismo, se delimitarán la población, la muestra, los instrumentos a utilizar, los procedimientos a seguir, los criterios de inclusión y las consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo, se presentarán los resultados obtenidos (análisis estadísticos de los datos y tablas correspondientes), los cuales darán el sustento necesario para los siguientes capítulos. En el quinto, se explicarán y discutirán los resultados; y finalmente en el sexto, se detallarán las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión y la ansiedad, como se desprende de diversas investigaciones recientes en nuestro país (Ordoñez y Guillen, 2017; Cisneros y Mantilla, 2016; Matitti y Tipismana, 2016 y Rubini, 2016) y a lo largo del mundo (Rodas, 2018; Londoño y González, 2016; Soto, 2016 y Martínez, 2014), son problemas que impactan a millones de personas siendo probablemente los trastornos psicológicos que aparecen con mayor frecuencia en la clínica actual.

En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que tanto la ansiedad como la depresión han manifestado un aumento considerable del 50% durante el período de 1990 al 2013, es decir, de 416 millones a 615 millones. Asimismo, la OMS (2017) estimó que el 4.4% de la población padece de depresión y el 3.6% padece de ansiedad. Por otra parte, el National Institute of Mental Health (NIMH) reportó que 16.2 millones de adultos de 18 años o más, en los Estados Unidos, tuvieron al menos un episodio depresivo mayor; además, el 18% de adultos y el 25% de adolescentes de 13 a 18 años experimentaron ansiedad en alguna etapa de sus vidas (NIMH, 2017).

Desde hace muchos años, diversos organismos internacionales han mostrado una gran preocupación por el incremento de los trastornos depresivos y ansiosos. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ya en el 2012, refería que el 5% de la gente adulta en América Latina y Caribe sufría depresión, tal como en los trastornos de ansiedad (3.4%), el trastorno obsesivo compulsivo (1.4%), el trastorno de pánico (1%), el trastorno bipolar (0.8%).

Asimismo, la región de las Américas concentraba el 21% de casos presentados en el mundo de depresión y ansiedad (OPS, 2012).

En Sudamérica, las cifras relacionadas con la depresión son significativas, apreciamos que Brasil presenta un 5.7% de casos con depresión de su población total; Bolivia un 4.4%, Argentina y Colombia un 4.7%, Chile y Uruguay un 5%, Ecuador un 4.6%, Paraguay un 5.2%, Perú un 4.8% y Venezuela un 4.2%. Por otra parte, la ansiedad no deja de mostrar cifras igualmente preocupantes, apreciamos que Brasil presenta un 9.3% de casos con ansiedad de su población total, Bolivia un 5.4%, Argentina un 6.3%, Chile un 6.5%, Colombia un 5.8%, Ecuador un 5.6%, Paraguay un 7.6%, Perú un 5.7%, Uruguay un 6.4% y Venezuela un 4.4%. Estos porcentajes aumentaron en 14.9% desde el 2005 al 2015 (OMS, 2017).

En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA) señaló que las alteraciones mentales y de conducta se han incrementado en un 25% entre el año 2012 y el 2013. Respecto al año 2014, en lo que concierne a los trastornos depresivos, se realizaron un total de 553 306 tamizajes, de los cuales el 15.2% fueron positivos (MINSA, 2014). Asimismo, propuso que un 20% de los habitantes de la nación demandan de asistencia en salud mental, ya que los trastornos depresivos, de ansiedad y pánico son los más frecuentes en las personas adultas (MINSA, 2017).

Por otra parte, el hospital Víctor Larco Herrera indicó que hasta el mes de mayo del 2017 las causas de morbilidad en consulta externa fueron las siguientes: en primer lugar, individuos con otros trastornos de ansiedad (F41) y en segundo lugar, personas con depresión, 150 nuevos casos referidos (Hospital Víctor Larco

Herrera, 2017). Asimismo, según datos del año 2016 del hospital Hermilio Valdizán, el 6.6% de casos de emergencia han sido por un episodio depresivo; y el 2.93% se han dado a causa de otros trastornos de ansiedad. En relación con la consulta externa, se atendió un 10.85% por episodio depresivo; un 3.59% por trastorno depresivo recurrente; y un 14.21% a causa de otros trastornos de ansiedad (Hospital Hermilio Valdizán, 2016).

Finalmente, el último estudio epidemiológico de salud mental ejecutado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), en el 2013, reveló que una cuarta parte de los habitantes de Lima Metropolitana y Callao alguna vez han sufrido determinado desorden mental. Dicha investigación señaló que el 10.5% de la población padeció al menos un tipo de trastorno ansioso, y que en el caso del trastorno depresivo, cerca del 17.3% de la población lo padeció alguna vez. Además, en dicho estudio se señaló que, en el período de un año, el 2.9% de la población de Lima Metropolitana y Callao ha experimentado un tipo de trastorno ansioso y en el mismo período de tiempo el 6.2% indica haber soportado un tipo de trastorno depresivo. Así también, en su registro de atenciones a pacientes con problemas de salud mental, según tipo de diagnóstico, 2009 - 2015, informa que durante el año 2014 se brindó atención en salud mental a 5962 pacientes con trastornos depresivos y a 2917 pacientes con trastornos ansiosos; de igual forma, durante el año 2015, el número de pacientes con trastornos depresivos atendidos aumentó a 7927, y la cantidad de pacientes con trastornos ansiosos atendidos ascendió a 3933.

La depresión y la ansiedad obstaculizan y dificultan el normal desarrollo de las personas (Palomero, 2016) debido a que afectan los diferentes ámbitos de

desarrollo de quien lo padece (familiar, laboral, académico, entre otros). Las cifras mostradas nos revelan que, ambas condiciones constituyen una privación del bienestar integral (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017), además ambas tienen un impacto económico y social no solo para las personas sino para los países (Morales, 2017). Tal es así que, representan la cuarta causa de discapacidad en torno a la pérdida de años de vida saludable (Berenzon, Lara, Robles y Medina, 2013; Rueda, Díaz y Rueda, 2008) y están asociadas a enfermedades médicas crónicas (Gallarday, 2016; Iturralde y Arévalo, 2009).

Durante mucho tiempo la asociación entre ansiedad y depresión ha resultado un motivo de especial interés (Sanz, 1992; Clark y Watson, 1991). El hecho de analizar estas dos condiciones va en torno a su comorbilidad, pues con frecuencia, en la práctica clínica, ambas condiciones se presentan juntas (Romero y Doménech, 2012; González, De Greiff y Avendaño, 2011; Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001). La confusión y la ambigüedad semántica entre estos trastornos han hecho que por mucho tiempo haya sido difícil identificar las diferencias (emociones, cogniciones, síndromes asociados, sub-cuadros clínicos, entre otras) de cada condición diagnóstica (Agudelo, Buena-Casal y Spielberger, 2007). Por su parte, Sanz (1993) reconoce que la principal limitación en este sentido, ha sido la falta de una teoría clara y sólida que pudiera explicar tanto sus semejanzas como sus diferencias.

En años recientes, y especialmente desde el modelo cognitivo, tuvieron lugar aproximaciones que intentaron delimitar la depresión, la ansiedad y otros trastornos desde un marco teórico integrador que permita resaltar con mayor facilidad las diferencias en sus manifestaciones clínicas (Beck, Rush, Shaw y

Emery, 2010; Clark y Beck, 2012). La propuesta más influyente y con mayor acogida ha sido la teoría cognitiva de Aaron Beck (Caro, 2013), la cual se sostiene sobre el concepto de “creencias centrales” y ha articulado, las diferencias y semejanzas entre ansiedad y depresión desde su hipótesis de la especificidad cognitiva. Tal es así que, ha detallado una concepción cognitiva tanto para la depresión (Beck et al., 2010) como para la ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Una de las premisas que fundamenta el modelo cognitivo es la importancia de los pensamientos en nuestras vidas, pues son los que hacen que un individuo actúe de una u otra manera. Estos pueden ser racionales, objetivos y equilibrados, lo que permite al individuo adaptarse de manera funcional al ambiente. Por otra parte, cuando estos tienden a ser producto de un análisis poco realista del contexto, generan conductas y emociones desadaptativas. A este último grupo de pensamientos se le denomina “irracional” (Beck, 2009).

Las creencias irracionales son pensamientos que nacen como resultado de la valoración que realiza un individuo frente a situaciones o eventos que suceden alrededor, éstas tienden a ser valoraciones absolutistas y dogmáticas. Los pensamientos demandantes influyen de manera negativa y llevan al individuo a expresar emociones y conductas poco funcionales, las cuales obstaculizan y dificultan su normal desarrollo (Lega, Caballo y Ellis, 2009).

La investigación clínica ha demostrado una alta asociación de las creencias irracionales tanto con los trastornos depresivos (Calvete y Cardeñoso, 1999) como con los trastornos ansiosos (Rodríguez y Vetere, 2010). Dichas investigaciones dan soporte al reconocimiento de las creencias irracionales como una variable relevante que explica la aparición de ambas condiciones.

En este sentido, conforme a todo lo anteriormente señalado, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y los diagnosticados con trastornos ansiosos que asisten a un servicio de salud mental de Lima?

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El estudio sobre las creencias irracionales en pacientes depresivos y ansiosos es muy relevante puesto que permite explicar la variable e identificar las diversas creencias que se asocian a un determinado trastorno. Esto constituirá un factor clave para plantear una intervención adecuada. Para ello, se parte del supuesto de que si una intervención busca modificar los pensamientos irracionales en los pacientes, también tiende a disminuir la sintomatología de dichos trastornos. Así, la presente investigación es importante por varias razones.

Por una parte, presenta un valor teórico, porque los resultados obtenidos permitirán describir y comparar las creencias irracionales tanto en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y en aquellos con trastorno ansioso. Esto representará una contribución al conocimiento de la variable en mención. Asimismo, estos hallazgos servirán como un antecedente teórico para futuros investigadores que busquen desarrollar nuevos conocimientos científicos.

Por otra parte, la investigación tiene una implicancia práctica, puesto que a raíz de los resultados se pretende proponer alternativas de solución: programas de intervención, talleres y capacitaciones a los profesionales. Estas se orientan a modificar los pensamientos irracionales en la población de estudio, con la finalidad de disminuir la sintomatología de los pacientes depresivos o ansiosos.

Del mismo modo, el estudio presenta una utilidad metodológica: la adaptación del instrumento denominado: Registro de Opiniones de Ellis. Dicho instrumento fue sometido a un procedimiento estadístico para establecer su validez y confiabilidad. Por consiguiente, su adaptación significa una gran contribución para la comunidad científica, porque permitirá a futuros investigadores emplearlo en la realización de sus estudios, lo que a su vez posibilitará enriquecer el conocimiento sobre la variable estudiada.

Finalmente, el estudio presenta una relevancia social, en vista de que los resultados serán expuestos a los profesionales de la institución donde se realizó. Dicha información está orientada a beneficiar de manera directa a los propios pacientes depresivos y ansiosos, y de forma indirecta a la sociedad en general.

3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- a. La naturaleza de la investigación nos permite únicamente identificar las diferencias en relación a la variable “creencias irracionales” para dos condiciones diagnósticas específicas: los pacientes con trastornos depresivos y los pacientes con trastornos ansiosos. Sin embargo, propone las bases para estudios posteriores que permitan ampliar los objetivos propuestos en esta investigación.
- b. Los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones, puesto que la muestra solo abarca a pacientes de un servicio de salud mental en Lima; sin embargo, permite aproximarnos a la realidad clínica a partir del contexto de los hospitales de salud mental para que luego puedan efectuarse estudios a profundidad.

- c. No ha sido posible encontrar un instrumento estandarizado para nuestro medio en relación con la variable creencias irracionales; no obstante, se realizó una prueba piloto con el propósito de definir las propiedades psicométricas del instrumento existente.
- d. Al utilizar un instrumento autoaplicado cabe esperar respuestas socialmente aceptadas; sin embargo, desde el inicio de las evaluaciones se estableció un adecuado diálogo con los participantes, y se les comunicó acerca de la completa confidencialidad de los datos con la intención de reducir el índice de deseabilidad social.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo General

Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y aquellos con trastornos ansiosos que asisten a un servicio de salud mental en Lima.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las creencias irracionales de los pacientes con trastornos depresivos que asisten a un servicio de salud mental en Lima.
- Identificar las creencias irracionales de los pacientes con trastornos ansiosos que asisten a un servicio de salud mental en Lima.
- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos según la edad.

- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos según la edad.
- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos según el sexo.
- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos según el sexo.
- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes según el tipo de trastorno depresivo.
- Determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes según el tipo de trastorno ansioso.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

1.1. Creencias Irracionales

1.1.1. Definición:

Se entiende por creencias a la “organización de ideas que surgen a partir de vivencias que va adquiriendo la persona a lo largo de su vida y que se acompañan de circunstancias psicosociales” (Beck et al., 2010), las cuales operan como esquemas rígidos que van instituyendo el modo como las personas valoran los sucesos o experiencias, así como a otros sujetos y al contexto.

Ellis y Bernard (1990) pusieron énfasis al estudio de las creencias. Al respecto, consideraron que estas generalmente son manifestadas a manera de ambiciones o prioridades-también llamadas racionales- o como una imposición, regla o mandato, a las cuales denominó irracionales. Estas últimas pueden llegar a ser manifestaciones dogmáticas y absolutas que traen como consecuencia emociones negativas inadecuadas y alteraciones de conducta.

El sistema de creencias considera que tanto las creencias racionales (rB) como las irracionales (iB) son sistemas inmersos en toda persona y, en muchas circunstancias, funcionan simultáneamente (Lega et al., 2009).

Por tanto, se entiende a las creencias irracionales como pensamientos que generan emociones negativas, las cuales se manifiestan a causa de un evento ocurrido en la vida de una persona cuyos resultados obtenidos fueron adversos a los esperados. De manera que, estas ideas negativas se transforman en un patrón para evaluar eventos futuros a desarrollarse en la vida de un individuo, es por ello

que estas creencias inconsistentes impiden el alcance de objetivos y metas que una persona anhela lograr.

1.1.2. Características de las Creencias Irracionales:

Las creencias irracionales se caracterizan por presentar inconsistencia lógica con el entorno, asimismo, originan emociones angustiantes y entorpecen la adquisición de propósitos. De este modo, los pensamientos erróneos se apoyan en lo que es falso, en lo que carece de sentido o en aquello que no presenta evidencia en la realidad. Así, se convierten en obstáculos para que las personas logren sus metas, ya que interfieren agresivamente en la felicidad del individuo (Ellis, 1976). En ese sentido, Ellis (2002) menciona que los juicios ilógicos presentan diversas características, entre ellas:

- **Erróneas**, ya que su origen no se funda en lo real, además, surgen a causa de ideas inadecuadas, al hacer deducciones imprecisas que ni tienen evidencia y, a menudo, son una sobregeneralización de lo que sucede.
- **Reglas o exigencias**, puesto que se revelan en forma de requerimientos, obligaciones e imperativos. Todas estas creencias están compuestas por una demanda absolutista que verbalmente se expresa con “debe”, “estoy obligado a” o “tengo que”; y un resultado extremadamente negativo, como la tendencia a catastrofizar y los “no puedo tolerarlo”.
- **Se encauzan en emociones contraproducentes**, como ansiedad, depresión, angustia, entre otras.
- **No contribuyen en el logro de metas**, porque las creencias absolutas son desbordadas por las emociones, por lo tanto, la persona no está en una buena

posición para tomar decisiones, ni realizar tareas, ni potenciar lo bueno de su vida.

En tal sentido, las creencias irracionales son pensamientos perjudiciales para la salud mental de una persona, las mismas se caracterizan por presentar ideas de carácter totalizador y dogmático, en la cual el individuo exige, reclama, sufre y se frustra si las cosas no resultan como él las desea, las creencias destructivas se fundamentan en criterios relativos más que en acontecimientos reales, atentan contra la comodidad del individuo y obstaculizan el camino para la consecución de los objetivos personales.

1.1.3. Clasificación de las Creencias Irracionales:

Los pensamientos absurdos pueden ser infinitos. Ellis y Dryden (2007) los clasifican en tres grupos de naturaleza absoluta: “debo desenvolverme de forma correcta y de esta forma ser aceptado”, “tú tienes que proceder de un modo grato e intachable conmigo” y “en la vida tengo que obtener de manera rápida todo lo que deseo sin que ello demande mucho esmero”. Estos tres grupos son conocidos como “los deberías”.

El primer “debo” absolutista es de la “exigencia acerca de sí mismo”, donde las personas suelen atribuirse ideas como: “mi desempeño en todo tiene que ser completamente impecable y por ello debo ganar la aceptación del resto o de lo contrario, seré un inepto”. Esta frase tiene una connotación absolutista, ya que se refiere a que las cosas deben hacerse sin que quepa duda. Una creencia así conduce a experimentar ansiedad, angustia, culpa, vergüenza y agresividad en algunos casos (Ellis y Dryden, 2007).

El segundo “debo” absolutista es de las “exigencias sobre los otros”. Este se hace presente cuando una persona concibe: “todos deben ser honestos y atentos conmigo, de lo contrario son despreciables”. Esta creencia se asocia con emociones como enojo e ira, además de con violencia pasiva y eventos perpetuos de transgresiones (Ellis y Dryden, 2007).

El tercer “debo” incuestionable trata de las “exigencias sobre las condiciones” o lo que una persona tiene que gozar durante su existencia, y es posible expresarlo de esta manera: “los acontecimientos que me ocurren tienen que ser placenteros y no deben estar acompañados de angustia ni malestar, porque caso contrario el ambiente donde me desenvuelvo es horrendo y funesto y no soy capaz de tolerarlo”. Por ello, dichas suposiciones están ligadas a sentimientos de agobio y angustia, también, con obstinación o conductas adictivas (Dryden, DiGiuseppe y Neenan, 2010).

Estos autores refieren que las creencias irracionales se pueden fundamentar en tres nociones básicas, la primera es “la aprobación del entorno”, el individuo se siente obligado a realizar algo para ser aceptado por los demás, la segunda, “la exigencia hacia otros”, aquí el individuo idealiza una manera adecuada de cómo quiere ser tratado, si los demás no lo hacen, estos se convierten en personas abominables. Y la tercera y no menos importante, “condiciones favorables de vida”, mediante las cuales una persona puede conseguir lo que anhela sin inconveniente alguno. Como se aprecia, la mayoría de personas conciben pensamientos inconsistentes con la realidad debido a malas experiencias consigo mismo como con su entorno, sin embargo; el conflicto se genera cuando

estas inconsistencias se convierten en el factor clave de su intranquilidad, lo cual impide poder alcanzar determinados propósitos.

1.1.4. Las Creencias Irracionales según Albert Ellis

Ellis (2003) consideró cuatro aspectos que adjudica a las creencias irracionales, las cuales se manifiestan desde ideas específicas. El primero está vinculado con la creencia de que alguien o algo debe ser indispensable. El segundo se relaciona con la realidad, a la cual se la considera atroz y tremenda. El tercero se asocia a la dificultad de tolerar esa realidad. El cuarto aspecto está referido al hecho de suponer que se han equivocado, por lo que no importan y merecen rechazo.

Ellis y Bernard (1990) señalaron que las creencias irracionales de las personas están agrupadas en tres principios, a partir de los cuales se derivan otros supuestos: “debo hacerlo bien y ganar reconocimiento, o seré inútil”; “los demás deben tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten, de lo contrario la sociedad debe castigarlos rigurosamente por su desconsideración”; “las condiciones bajo las que me desenvuelvo deben estar acomodadas para que pueda contar con todo lo que desee, de un modo cómodo y práctico, sin tener que involucrarme en nada que no desee”.

Se presentan cuatro modalidades de idea pesimista que proceden de estas suposiciones absurdas y que provocan las siguientes alteraciones psicológicas:

- **Dramatización.** “Es tremendo o terrible, o es desastroso que no esté haciendo lo que debo”.
- **Intolerancia.** El “es que no puedo soportarlo”, “no puedo tolerar las cosas que me están sucediendo, ¡qué no deberían acontecer!”.

- **Incompetencia.** “Soy una persona que no vale nada si no puedo hacer las cosas bien y obtengo la aprobación que merezco”.
- **Falsa sobregeneralización.** “¡En vista de que he fracasado en una actividad importante, que no debí, de ahora en adelante será así y nunca alcanzaré el éxito!” (Ellis y Bernard, 1990).

Ellis (1973), como producto de sus estudios realizados, encontró una serie de creencias irracionales básicas. Esto constituyó su primera aproximación, pero posteriormente modificó algunas de ellas que se explican a continuación:

- El adulto tiene una obligación excesiva de ser apreciado y aceptado por todos los sujetos importantes de su comunidad.
- Para sentirse valioso, desarrolla competencia, suficiencia y capacidad para lograr cualquier cosa, en todos los aspectos posibles de su vida.
- Las personas malvadas deben ser seriamente culpabilizadas y castigadas por su maldad.
- Hay una sensación de vulnerabilidad y angustia cuando los planes no siguen el camino previamente ideado.
- Las desgracias humanas son causadas por factores externos y a las personas les resulta complicado dominar sus inquietudes y tristeza.
- Existe la sensación inevitable de que en caso alguna situación pueda resultar arriesgada se tiene que experimentar angustia y desasosiego. Así, se tendrá que considerar la probabilidad de que se desarrolle un evento de esa magnitud.
- Hay una preferencia por evitar enfrentar algunas obligaciones e inconvenientes en el transcurso de su existencia.

- Existe la sensación de dependencia hacia otros y la búsqueda de alguien con mayor resistencia que uno en quien fiarse.
- Un suceso pasado establece lo que acontece en el ahora. Algo que se dio en determinado momento y nos impactó seguirá afectándonos extremadamente.
- Tenemos que sentirnos angustiados a causa de los inconvenientes y alteraciones de los otros.
- Al no existir una conclusión clara, justa e impecable para las dificultades del hombre, la catástrofe es inevitable.
- Nos sentimos complacidos con nosotros mismos, con un sentido de vida, al ver que las personas actúan en la dirección que queremos.

Principales creencias propuestas por Ellis:

Posterior a esto, añadió otras creencias irracionales a esa lista ya descrita. Ellis las clasificó en diez principales grupos (Ellis, 1981), las cuales fueron fundamentales para la elaboración del registro de suposiciones absurdas.

- **Carencia de aprecio.** Es la necesidad de sentir el cariño, así como la aceptación de su prójimo (amigos y familia).
- **Anhelo de excelencia.** Se define como la necesidad de no sentirse víctima de críticas, de sentirse competente y de alcanzar metas.
- **Fantasía de maldad.** Es la creencia de que las personas malas deben recibir un castigo igual o mayor al ocasionado.
- **Idea de catástrofe.** Sentimiento de que algo no se da como se esperaba, por ello se empiezan a imaginar consecuencias negativas que tal vez no sucedan.

- **Determinismo de los hechos.** Viene a ser la creencia de que el origen de los problemas radica en acontecimientos humanos, los cuales generan desgracias.
- **Temor a lo incierto.** Significa experimentar ansiedad y desasosiego ante cualquier evento oculto, arriesgado o poco fiable.
- **Evasión de conflictos.** Se refiere a la elección casi natural de evitar los problemas y responsabilidades, lo que ocasiona dificultad para hacerle frente.
- **Deseo de protección.** Es la sensación de sentirse desprotegido, lo cual requiere que la persona tenga a alguien más fuerte para sentirse protegido.
- **Determinismo del pasado.** Se entiende así a la influencia del pasado sobre lo que sucede en el presente, sea bueno o malo.
- **Ocio indefinido.** Se fundamenta en el hecho de que la felicidad se incrementa al estar inactivo, pasivo, lo que hace que el ocio sea lo que más lo atrae.

1.1.5. Modelo de la TREC

Ellis, en 1955, al iniciar el desarrollo de su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia, llevó a cabo estudios pioneros acerca de las ideas que acompañan a los trastornos emocionales y conductuales. Por ello, fue considerado uno de los primeros que impulsó el estudio y análisis de las creencias irracionales. En efecto, en 1958 presentó su modelo conocido como A-B-C en terapia, en el cual postulaba que los trastornos emocionales se derivaban de un continuo autoinstruccionamiento en demandas irracionales (Lega et al, 2009).

Postuló que el ser humano tiene una facilidad de erigir sentimientos y conductas adaptativas solo al generar un cambio en sus pensamientos. A partir de esta idea, crea su modelo o terapia denominada Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) que explica que las ideas intervienen y son importantes en el origen y la mejoría de cualquier diagnóstico, ya sea ansiedad o depresión (Ellis, 1999).

La TREC propone un modelo conocido como el A-B-C, el cual se compone de tres partes. A través de esta terapia, se demuestra que los seres humanos adquieren determinados estilos cognitivos. Se considera que la activación de dichos estilos cognitivos se dan a partir de un evento crítico de la vida (A), lo que dará lugar a un desencadenamiento de creencias, pensamientos o experiencias (B) que se tenga sobre (A), y que podrían ser racionales (rB) o irracionales (iB). Estas creencias generarán reacciones o consecuencias (C), las cuales pueden ser emocionales (Ce) o conductuales (Cc). Finalmente, se agrega al modelo la capacidad de debate (D) y el cuestionamiento que se hace de las creencias y sus efectos. La TREC expone que los sucesos relacionados a la emoción y la conducta no son causados de modo directo por los eventos estimuladores (A), sino debido a los pensamientos que los individuos conciben respecto de (A), a saber (B). De este modo, centra su atención en el sistema de creencias, y concentra sus esfuerzos en el tratamiento de dicho sistema (Ellis, 2002).

El objetivo de la TREC es dar las facilidades para que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y por lo tanto sea capaz de percibir las

consecuencias emocionales que le pueden acarrear a lo largo del tiempo. De esta manera, buscará la modificación de las creencias en mención (Lega et al, 2009).

El modelo contemporáneo de la TREC considera cuatro procesos básicos respecto a las creencias irracionales, los cuales están presentes en diversas patologías psicológicas (David, Lynn y Ellis, 2010). Estos procesos son los siguientes:

- **Exigencia (Demandingness-DEM).** Es una creencia irracional nuclear, es decir, un mecanismo de evaluación irracional primario. Se caracteriza por ser un pensamiento rígido.
- **Terrible/catastrófico (Awfulizing-AWF).** Es un mecanismo de evaluación irracional secundario. Se distingue por ser un pensamiento orientado a creer que ocurrirá lo peor que podría suceder.
- **Baja tolerancia a la frustración (Low Frustration Tolerance-LFT)/ intolerancia a la frustración (Frustration Intolerance-FI).** Se define por ser un pensamiento dirigido a creer que no es posible soportar ciertas circunstancias, las cuales hacen que la situación sea intolerable.
- **Valoración integral negativa de la capacidad de la persona (Global Evaluation-GE).** Este pensamiento efectúa penetrantes evaluaciones negativas sobre el mundo y sobre uno mismo. Puede presentarse como autodecaimiento/autodepreciación (Self-Downing/self-Depreciation-SD), otros decaimientos (Other Downing-OD) y decaimiento de la vida (Life Downing- LD).

Por el contrario, es posible identificar cuatro procesos básicos de creencias racionales que se contraponen a las irracionales.

- **Preferencias (Preferences-PRE).** Esta creencia racional se caracteriza por ser un pensamiento flexible y aceptante. Es alternativa a la creencia irracional DEM (exigencia).
- **No catastrófico (Non-catastrophizing-BAD).** Se define como un pensamiento que desarrolla una evaluación matizada de lo malo o negativo. Es alternativa a la creencia irracional AWF (terrible/catastrófico).
- **Tolerancia a la frustración (Frustration Tolerance-FT).** Este pensamiento lleva a la persona a percibir el fracaso y los errores como parte de la vida, decidiendo intentar después de algunos intentos fallidos. Es alternativa a la creencia irracional LFT/FI (baja tolerancia a la frustración/intolerancia a la frustración).
- **Aceptación incondicional (Unconditional Acceptance-UA).** Es alternativa a la creencia irracional GE (valoración general negativa de la competencia del individuo). Se puede presentar de las siguientes formas:
 - Autoaceptación incondicional (Unconditional Self-Acceptance-USA), alternativa a la creencia irracional SD (autodepreciación).
 - Otras aceptaciones incondicionales (Unconditional Other Acceptance-UOA), alternativa a la creencia irracional OD (otros decaimientos).
 - Aceptación incondicional de vida (Unconditional Life Acceptance-ULA), alternativa a la creencia irracional LD (decaimiento de la vida).

La creencia irracional DEM (exigencia) un mecanismo de evaluación irracional primario que a través del mecanismo de evaluación irracional secundario convierte las creencias irracionales –AWF (terrible/catastrófico), LFT/FI (baja tolerancia a la frustración, intolerancia al fracaso) y GE (valoración

total de la aptitud de la persona)- en SD (autodepreciación), OD (otros decaimientos) y LD (decaimiento de la vida) para generar angustia (Hyland, Shevlin, Adamson y Boduszek, 2014). De igual forma, al ser la creencia racional PRE (preferencias) un mecanismo de evaluación racional primario transforma, mediante el mecanismo de evaluación racional secundario, las creencias racionales BAD (no catastrófico), FT (tolerancia a la frustración), y UA (aceptación incondicional) en las formas de Autoaceptación Incondicional, otras aceptaciones incondicionales y Aceptación Incondicional de vida, con el fin de generar sentimientos funcionales (Hyland et al, 2014).

1.1.6. Creencias Irracionales y Depresión

A partir del modelo de la TREC, una persona se deprime ante eventos negativos solo si se acoge a creencias irracionales tales como “yo debo ser enteramente competente, adecuado, exitoso y amable en todo momento” y “soy una persona incompetente y poco valiosa” (Kendall, Haaga, Ellis, Bernard, Di Giuseppe y Kassino, 1995, p. 172). En el ejemplo brindado es posible observar la creencia irracional nuclear de exigencia (DEM). Al respecto, es relevante mencionar que la TREC señala que si una persona no cumple con esta característica –en el mismo nivel del pensamiento del “debo”-, la persona únicamente experimentará una sensación común de tristeza –incluso si dicha persona es pesimista, tiene pocas habilidades sociales o apoyo social- tal como lo indican otras teorías respecto a la depresión (Yankura y Dryden, 2000).

Por su parte, David (2003) plantea una guía para la relación entre las creencias irracionales y las emociones disfuncionales. Así, propuso que la sintomatología depresiva se debe a la interacción entre la creencia irracional

nuclear de exigencia (DEM) y la creencia irracional de valoración integral negativa del talento de la persona (GE), en su forma de autodepreciación (SD).

Según el modelo de la TREC, las creencias irracionales participan en el avance de una extensa gama de enfermedades mentales y de comportamientos inadecuados. En referencia a la depresión, Beck y Ellis evidencian cómo los mecanismos de un conjunto de formas de procesar la información permiten mantener la fase deprimente suscitada por cualquier evento negativo (Yankura y Dryden, 2000).

Para fortalecer estos planteamientos, existen estudios que sostienen que las creencias irracionales están relacionadas con la depresión. En efecto, en un estudio desarrollado por Macavei (2005), se halló que la depresión clínica esta ligada a distorsiones cognitivas. Por otro lado, McDermut, Haaga y Bilek (1997) encontraron un mayor número de creencias irracionales en pacientes depresivos, que en los que no tenían depresión.

Calvete y Cardeñoso (1999) evidenciaron que los pensamientos que se asocian a los síntomas depresivos están en relación a recibir la aceptación, excelencia y aprobación por parte de los otros, el perfeccionismo y el desamparo ante la modificación de una determinada situación.

Hauck y Mckeegan (2000) han identificado tres patrones cognitivo-emocionales que serían las posibles causas de la depresión. Estos son los siguientes:

- **Autoinculpación.** Se refiere a la interpretación de los acontecimientos vividos con pensamientos que encuadran su pensamiento perturbado: fracasado, pecado o herido casualmente a alguien. Esto explica el

surgimiento de creencias irracionales tales como “tengo que ser estupendo, no debería realizar actos indebidos, en efecto soy un sujeto cruel y amerito ser sancionado”.

- **Autocompasión.** Hace referencia a creencias irracionales como “para emprender mi propio trayecto, tengo que alcanzar lo que anhelo, sería tremendo si no lo consigo... ¡que será de mí!”; finalmente
- **Compasión ajena.** Comprende creencias irracionales como “haber soportado un difícil contratiempo”, “los acontecimientos adversos no tendrían que ocurrir a los que no son dignos de alguna cosa” y “la sociedad es un espacio aterrador ya que permite que se produzcan ciertos eventos”.

Según este modelo, la depresión puede estar ocasionada por la autoinculpación (la visión del “soy un ser vil”), la autocompasión (“soy infeliz”) y la piedad de los demás (“lo lamento por tí”).

1.1.7. Creencias Irracionales y Ansiedad

Para la TREC, el hecho de sentir ansiedad lleva a la persona a creer que es necesario pensar en cómo afrontar una amenaza. Existen dos tipos de amenazas que una persona puede experimentar (Dryden, David y Ellis, 2009):

- **Amenazas a aspectos del yo sobre el dominio personal.** Se da cuando una persona hace frente a algo que amenaza a una cosa o aspecto que considera valioso para sí mismo, ya que esto tiene un impacto en su autoestima.
- **Amenazas a aspectos que no involucran el yo sobre el dominio personal.** Se presenta cuando una persona afronta algo que amenaza a un

aspecto o cosa que es importante para sí misma; sin embargo, no repercute en su autoestima.

David (2003) expone que la sintomatología ansiosa se debe a la interacción entre la creencia irracional de exigencia (DEM) y la creencia irracional terrible/catastrófico (AWF). De igual manera, Dryden et al. (2009) consideran que los causantes de la ansiedad son dos tipos de creencias irracionales: un pensamiento rígido de exigencia y un pensamiento catastrófico. Además, señalan que se presentan otras creencias irracionales como poca apertura a la derrota (LFT), autodepreciación (SD) y apreciación total negativa del valor del individuo (GE). Estas cuatro creencias irracionales son los componentes de la Filosofía Creadora de Ansiedad General (General Anxiety-Creating Philosophy-GAP).

Finalmente, Dryden (2012) estructuró las diversas formas de ansiedad y tomó en cuenta hacia dónde considera la persona que está dirigida la amenaza y las creencias irracionales involucradas. En la ansiedad no relacionada al yo, una persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia con la creencia irracional catastrófica o la idea distorsionada de soportar poco el fracaso. Así, ambos posibles escenarios quedan esquematizados de la siguiente manera:

- **Ansiedad que no es asociada al yo** = (Amenaza a aspecto que no involucra al yo de dominio personal) x DEM (exigencia) + AWF (terrible/catastrófico).
- **Ansiedad no relacionada al yo** = (Amenaza a aspecto que no involucra al yo de dominio personal) x DEM (exigencia) + LFT (baja tolerancia a la frustración).

En cambio, en la ansiedad relacionada al yo, la persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia y una creencia de autodepreciación, tal como se muestra a continuación:

- **Ansiedad relacionada al yo** = (Amenaza a aspecto que involucra al yo sobre el dominio personal) x DEM (exigencia) + SD (autodepreciación).

De igual manera, señala que mantener un GAP (Filosofía Creadora de Ansiedad General) llevará a la persona a buscar amenazas en su entorno y volverse ansiosa sobre esas amenazas por las versiones específicas de su filosofía. Entonces, la ansiedad es la consecuencia emocional de la interacción amenaza-creencia irracional: amenaza específica x creencia irracional específica= ansiedad.

1.2. Depresión y Ansiedad desde un marco biopsicosociocultural

Según la OMS (2017), se entiende por salud a una “situación de plena satisfacción, corporal, psicológica y de relacionarse con los demás, y no únicamente la inexistencia de padecimientos o alteraciones”. Acorde a esta explicación, la salud tendría tres ejes fundamentales e integrales: físico, mental y social.

En la presente investigación, cobra interés el campo de la afección psíquica, de tal forma que, desde esta perspectiva, la definición de malestar psíquico está conectada con el fomento de tranquilidad, previsión de alteraciones mentales, tratamiento y recuperación de los sujetos perjudicados por las mencionadas alteraciones.

El vocablo desorden se utiliza en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, para mostrar la existencia de un estilo o un

conglomerado de signos que, en la multiplicidad de los sucesos, son acompañados de intranquilidad o interfieren en las acciones de la persona (Oblitas, 2010).

La OMS (2017) considera como determinantes de la salud y de los trastornos mentales a las características individuales (pensamientos, emociones, comportamientos), sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales; y a otros factores como el estrés, la herencia, la alimentación, las infecciones perinatales, entre otros. De este modo se puede entender el aumento y sostenimiento de los desordenes de depresión y ansiedad desde un marco biopsicosociocultural.

Decisivamente, el modelo biopsicosociocultural involucra características biológicas, parte física de la persona; aspectos psicológicos; como la motivación, emoción, etc.; aspectos sociales, que incluyen la forma como las demás personas hacen presión sobre uno y como actúan ante ello; y aspectos culturales, referidos a los valores, costumbres que una persona posee y transmite. Estos aspectos: bio, psico, social y cultural actúan como un todo y manejarlos adecuadamente permite que las personas se encuentren bien en todo aspecto, lo que se resume en un individuo saludable.

1.3. Depresión

1.3.1. Definición

La depresión, incluida dentro de los trastornos del humor, según el CIE-10 (OMS, 1994), se caracteriza por la presencia de nostalgia, merma de la disposición de interés y disfrute de actividades o asuntos, descenso del nivel de actividad y energía, fatiga extrema, reducción del interés y reflexión, desconfianza y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, razonamientos y

acciones insensatas, autoagresiones, somnolencia, inapetencia y falta de deseo sexual.

La presentación clínica de las manifestaciones es distinta de cada evento y persona, y puede ser descrita en tres niveles: leve, moderada y grave. Para el diagnóstico de cualquiera de los niveles de gravedad, se requiere de al menos dos semanas. De esta manera, si una persona diagnosticada con depresión no es tratada a tiempo, puede llegar a ser un paciente crónico y recurrente. En efecto, esto dificulta el normal desarrollo de las actividades laborales, académicas y del hecho de afrontar la vida cotidiana. Un estado extremo de depresión puede llevar a la persona al suicidio (OMS, 2017).

Sobre la base de las ideas expuestas, es posible afirmar que en muchas circunstancias se presentan síntomas anímicos ya sea debido a situaciones nada positivas en la vida, como por ejemplo una ruptura amorosa, fracasos, etc. En otras ocasiones se manifiestan como problemas más severos, puesto que se generan alteraciones en la memoria ocasionando pérdida de atención y concentración, así mismo existe una alta probabilidad que la persona presente pensamientos catastróficos sobre sí mismo e incluso puede llegar a atentar contra su propia vida.

1.3.2. Factores Predisponentes de la Depresión:

A continuación se describen estos factores para la depresión, los cuales han sido extraídos de Sue, Wing y Sue (2010):

- **Factores Biológicos:** Se centran en la predisposición genética, disfunciones en la neurotransmisión del cerebro, diferencias de la estructura cerebral, niveles de cortisol anormal y perturbaciones en el

sueño MOR. La herencia juega un papel fundamental, hallándose que entre los pacientes con diagnóstico de depresión, también algún miembro del entorno familiar la ha padecido; asimismo mayor prevalencia entre las familias biológicas que las adoptivas (Levinson, 2006).

- **Factores Psicológicos:** La teoría conductual y cognitiva intentan describir las vivencias que llevan a la depresión. (a) Las explicaciones conductistas ven la ruptura o el fallecimiento de alguna persona valiosa como un agente significativo en la depresión; y (b) las teorías cognitivas consideran que las personas deprimidas tienen perspectivas negativas de sí mismos (se perciben inexpertas, insignificantes, incapaces y apartadas de la realidad) y con sentimientos de desesperación.

a) El modelo cognitivo de la depresión

Propuesto por Aaron Beck, surgió a partir de observaciones clínicas continuas y de investigaciones experimentadas en pacientes depresivos, las cuales han sido desarrolladas con la finalidad de mejorar paulatinamente el modelo que se presenta, así como el tipo de terapia derivada del mismo. Además, dicho modelo señala tres conceptos importantes para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- **Concepto de tríada cognitiva**

Beck et al. (2010), mencionaron que *“basado en tres modelos mentales fundamentales que impulsan a la persona a valorarse a sí misma, lo venidero y los acontecimientos de una manera particular”* (p. 20).

- **Patrones cognitivos**
 - **Componente 1:** Se refiere a la perspectiva negativa que tiene el paciente acerca de su persona. Ve en sí a una persona torpe, enferma y con poca utilidad. Se inclina a atribuir sus experiencias nada agradables a una deficiencia suya, que puede ser de tipo psicológica, moral o física. Finalmente, considera que no cuenta con las cualidades esenciales para alcanzar la alegría y felicidad.
 - **Componente 2:** Se alude a la capacidad que tiene el individuo depresivo en dirección a mal interpretar sus experiencias catalogándolas como negativas. Tiene un pensamiento en donde cree que el mundo le coloca trabas imposibles de superar para lograr sus objetivos. Atribuye que sus interacciones con el medio denotan sentimientos de fracaso o frustración. Estas apreciaciones nada positivas son notorias a manera que el paciente construye situaciones de forma negativa, aún cuando estas pudieran realizarse con un análisis alternativo más aceptable.
 - **Componente 3:** Se refiere a la visión negativa sobre el futuro. A manera que la persona depresiva realiza o planifica proyectos de alto alcance, está anticipando que sus inconvenientes o penas actuales seguirán por tiempo prolongado (está planificando frustración y privación interminable). Si tiene la idea de encargarse de alguna tarea

en un futuro inmediato, se plantea expectativas negativas de fracaso.

- **Organización estructural del pensamiento depresivo**

Beck et al. (2010), acotaron que la organización estructural del pensamiento depresivo sirve para interpretar por qué la persona depresiva conserva actitudes que le generan sufrimiento y son desfavorables, incluso en oposición de la certeza de la existencia de elementos favorables en su vida. Todo evento se compone de una extensa gama de estímulos. La persona responde específicamente a incentivos determinados, los mezcla y organiza la realidad. Si bien individuos diferentes son capaces de conceptualizar una misma situación de maneras diferentes, un individuo específico tiene la inclinación a mantener coherencia en sus respuestas a patrones de manifestaciones semejantes. Algunos modelos mentales parcialmente permanentes componen el soporte de la precisión de las explicaciones sobre un definido grupo de circunstancias. La expresión “esquema” denomina estas pautas cognitivas estables.

b) Errores en el procesamiento de la información

Beck et al. (2010), manifestaron lo siguiente: *“las equivocaciones sistematizadas que se producen en la mente del depresivo sostienen la idea del enfermo en la utilidad de sus pensamientos dañinos, inclusive pese a la demostración de lo opuesto”* (p. 22).

Existen 5 fallos en el desarrollo del contenido mental, entre ellos:

1. Conclusión injustificada (relativo a la contestación): Señala el adelantamiento de un determinado desenlace cuando se carece de evidencia que la respalde o si esta suele ser opuesta.

2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Se centra en aspectos que figuran fuera de su contexto, dejando de lado algunas características de su entorno, y se interioriza toda su vivencia tomando en cuenta ese aspecto.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): Consiste en seguir un conjunto ordenado de pasos para crear una conclusión basada en eventos separados y de emplear dicha idea en sucesos vinculados como en circunstancias no relacionadas.

4. Sobreestimación y Subestimación (referente a la resolución): Se refiere a que existe conocimiento sobre los errores sucedidos al realizar una evaluación sobre la significación o magnitud de un determinado evento; errores tan grandes, a los que se considera como una alteración.

5. Identificación (concerniente a la solución): Toma en cuenta la capacidad con la que un cliente puede asignarse fenómenos externos, cuando es notorio la inexistencia de una base segura para realizar tal conexión.

De igual forma, Beck et al. (2010) mencionaron que una forma de referirse a la alteración del pensamiento existente en la depresión es tratarlo con el vocablo de modos “primitivos”, es decir estructurar la verdad vs modalidad “reflexiva”. Es bastante notorio que los individuos con depresión tiendan a ordenar sus vivencias de una forma muy primitiva. Se inclinan a manifestar opiniones generales acerca de los eventos que perjudican su existencia. Cada uno de los contenidos almacenados en sus pensamientos cuentan con una alta posibilidad de ser

radicales, contundentes, totalitarios, etc. En este sentido, la conducta afectiva, resulta ser perjudicial y exagerada. En cambio en oposición a un pensamiento de tipo primario, un razonamiento que se hace llamar maduro constituye automáticamente los acontecimientos en distintas dimensiones (en vez de considerar una sola categoría) y en consonancia con pautas restringidas más que dominantes. Finalmente, el concepto primigenio, la confusión, inestabilidad y variedad de las vivencias y el proceder del ser humano se resume a unas reducidas condiciones.

Lo mencionado por Beck, se centra básicamente en el concepto de tríada cognitiva, el cual indica que el paciente se siente enfermo y con poca utilidad, lo que se atribuye a defectos psicológicos y físicos. Además tiende a asignarse experiencias nada agradables para su persona a nivel psíquico, moral y físico; y desarrolla pensamientos sobre su futuro en donde se visualiza con un desenlace negativo. Todo esto se resume en la existencia de una visión negativa de sí mismo; en este caso es necesario modificarla de tal forma que se pueda gozar de una vida saludable sin sentirse presionado y sin padecer de depresión.

- **Factores Sociales:** La ansiedad aqueja de manera relevante al suceso de los desordenes depresivos cuando éste es severo y crónico; asimismo, las frustraciones de las principales metas de la existencia, la inestabilidad económica y el descuido de soportes sociales son elementos que con frecuencia se anticipan a la depresión.
- **Factores Socioculturales:** Se puede señalar el nivel socioeconómico bajo y las diferencias culturales; se tiene que las personas en sociedades que poseen elevados exponentes de privaciones y que padecen severos

conflictos sociales tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión (Cutrona, Russell, Brown, Clark, Hessling y Gardner, 2005); por otro lado, los individuos de distintas culturas discrepan en el nivel en el que presentan las manifestaciones enumeradas en el CIE-10 (OMS, 1994) para los diversos trastornos, es así que los habitantes asiáticos con depresión habitualmente muestran síntomas fisiológicos en vez de signos como desasosiego y melancolía (Kleinman, 2004).

- **Depresión y Género:** La prevalencia, la incidencia y la morbilidad de la depresión es más elevada en mujeres que en varones, con un riesgo relativo de 2:1 (Chinchilla, 2008). Esto se da al margen de su procedencia geográfica, raza o etnicidad, o de la clase social (Rieker y Bird, 2005). Una de las explicaciones para este hallazgo se encuentra en lo mencionado en el estudio de Kessler (2003). Este investigador encontró, en primer lugar, con respecto a las feminas, en oposición a los varones, que les resulta muy fácil solicitar terapia cada vez que presentan depresión; en segundo lugar, la mujer tiende a reportar su enfermedad a otras personas; y en tercer lugar, que el desánimo en los varones logra obtener distintos aspectos y, en consecuencia, admitir diferentes diagnósticos, por ejemplo adicción a una sustancia. Asimismo, Strickland (1992) propuso los factores sociales, y dentro de estos destacó la importancia del papel convencional de la categoría femenina: las damas suelen presentarse de forma seductora, con mayor sensibilidad y con un rol pasivo en las relaciones.

De las evidencias anteriores, respecto a los factores sociales se resalta la importancia de acontecimientos estresantes los cuales tienen

protagonismo para llegar a desencadenar el trastorno de la depresión en un individuo que ha sufrido un evento nocivo, concebido éste bajo su percepción. De la misma forma, respecto a los factores socioculturales, una persona con condición social vulnerable está más propensa a sumergirse en trastornos depresivos debido a la presión que siente por el medio donde habita, su entorno social, entre otros. Por otro lado, tanto los varones como las mujeres se encuentran propensos a sufrir depresión, sin embargo ambos géneros no experimentan síntomas depresivos similares, ya que las mujeres muestran manifestaciones emocionales y recurren fácilmente a ayuda médica, mientras que los varones no suelen expresar sus emociones y se refugian en consumir sustancias tóxicas que lo único que provocan es que el cuadro depresivo que afrontan se disfrace y pase desapercibido.

1.3.3. Trastornos Depresivos

Según el CIE-10 (OMS, 1994), los trastornos depresivos se clasifican en dos grupos: episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente. El primero de ellos distingue tres niveles: leve, moderado y grave, antes mencionados, los cuales se definen de acuerdo al número de síntomas observados, la intensidad y el tiempo. El segundo grupo se caracteriza por la presencia de episodios depresivos repetidos con una duración de tres a doce meses, pero las recaídas son menos frecuentes.

En el caso de la distimia, se trata de una depresión crónica, mayor a dos años de cambio, que no se desarrolla inmediatamente después de un ánimo grave.

De origen dañino, bien en la juventud temprana o de modo retardado, como consecuencia de detrimentos notables (Zarragoitia, 2011).

En efecto, los trastornos depresivos se presentan con síntomas de tristeza, sensación de vacío, incapacidad de ocuparse de labores cotidianas y disminución del interés para ejecutar actividades que anteriormente agradaban, esto se debe en la mayoría de casos a factores psicosociales.

1.4. Ansiedad

1.4.1. Definición

La preocupación es una percepción vivenciada por las personas, en diferentes grados, en diversas etapas del acontecer diario. Cuando se manifiesta en categorías medidas, favorece la productividad, aumenta el interés para ejecutar determinadas acciones, anima a hacer frente a un estado maligno, entre otros; es decir, ayuda a enfrentar cualquier tipo de situación (Oblitas, 2010).

Se la ha clasificado como una condición esencial de la existencia, una emoción humana básica, ya que se considera que en cierta dosis actúa como una especie de protección que evita que se ignore el peligro (función adaptativa), y prepara al individuo para luchar o escapar. Así, la ansiedad se produce antes de que se presente una situación que se considera aterradora (Sue et al., 2010).

Desde esta perspectiva, se puede entender la angustia como un sentimiento de intranquilidad o aprehensión, de temible indecisión o de temor desencadenado por una previa señal. A menudo, está asociada a signos corporales, por ejemplo dificultades para respirar, latidos cardíacos, transpiración y agitación (Papalia y Wendkos, 2004).

En líneas generales, la ansiedad es un acto que lleva a cabo el organismo a manera de mecanismo de defensa ante posibles amenazas que prometen dañar la estabilidad somática y psíquica del individuo, en la vida cotidiana resulta beneficioso y hasta permite alcanzar muchos objetivos; sin embargo, cuando esta se torna incontrolable (estado de alerta constante) produce enfermedades psíquicas, en donde existe sensación de malestar, preocupación, tensión, miedo, etc. y en definitiva se perciben muchos cambios fisiológicos.

1.4.2. Factores Predisponentes de la Ansiedad:

- **Factores Biológicos:** Se ha reportado que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan hiperactividad en el circuito del miedo en el cerebro, donde la amígdala cumple una labor esencial; es así que cada vez que se percibe una alerta de algo desagradable, la amígdala advierte a diferentes organizaciones mentales, como el hipotálamo y el lóbulo frontal, emitiendo una contestación de temor o incertidumbre.
- **Factores Psicológicos:** Los teóricos psicoanalistas se enfocan en las experiencias de una infancia problemática, donde se incluyen los temas de separación, autonomía y manejo de la ira. Por otro lado, los teóricos cognitivo-conductual hacen énfasis en los pensamientos irracionales tales como los de catastrofización, los cuales aumentan el temor e inquietud (Rinck y Becker, 2006).

A continuación se detalla la teoría de la preocupación como evitación cognitiva, puesto que la preocupación, muchas veces genera pensamientos negativos que se encuentran estrechamente relacionados con los trastornos de ansiedad, además se aborda el tema del Modelo Metacognitivo, en vista

de que la metacognición encierra las creencias que tienen las personas sobre su propio pensamiento, así como las estrategias que utilizan para poder desarrollarlas, conducir las y mantenerlas. Finalmente, se abarca la Perspectiva Cognitiva del procesamiento de la información, en vista de que la misma admite que específicos estilos mentales o modos de elaborar el mensaje organizan un componente de indefensión para el progreso y sustento de la ansiedad.

a) Teoría de la preocupación como evitación cognitiva

Al respecto, Borkovec e Inz (1990) afirmaron que *“la angustia es una vivencia esencialmente gramatical, con un tema emotivamente dañino, que ocasiona una reducción de la producción de representaciones psíquicas”* (Citado en Caballo et al., 2011, p. 324).

El modelo presentado manifiesta que las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada ante una percepción considerada por ellos mismos como mala o terrible suelen trasladar dicha atención hacia la preocupación, ya que esta desplaza las representaciones mentales nocivas impidiendo que se lleve a cabo una activación somática y emocional.

b) Modelo Metacognitivo

El Modelo Metacognitivo se fundamenta principalmente en la creencia de que la preocupación ayudará a afrontar una situación determinada, es decir la persona es consciente que sus pensamientos pueden ser beneficiosos, sin embargo si no se da solución al problema esta puede empeorar; asimismo se señala que a medida que se plantean creencias de preocupación, también se activan

creencias negativas acerca de estas mismas, por ejemplo se cree que la preocupación puede llegar a ser incontrolable y peligrosa, es decir nace la creencia de una preocupación sobre la preocupación, lo que empeora la situación psicológica de la persona.

c) Perspectiva cognitiva del procesamiento de la información

Mathews y MacLeod (2005), sostuvieron lo siguiente: *“las demostraciones experimentales y los paradigmas estudiados son concordantes con la percepción de que la elaboración de la información ejerce un rol esencial en el trastorno de ansiedad generalizada. Además, provocan vulnerabilidad para el progreso y sostenimiento de la ansiedad. Bajo este enfoque, la angustia se distingue por la aparición de errores en la atención y de fallos de análisis de información”*. (Citado en Caballo et al., 2011, p.327)

En torno a ello, el procesamiento de la información se fundamenta en que si se cuenta con un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento mental, que distorsiona o crea ideas ilógicas, esta tiende a desarrollar e incrementar los niveles de ansiedad de la persona.

- **Factores Sociales y Socioculturales:** En esta dimensión se considera al estrés diario como causante de ansiedad, especialmente en personas vulnerables desde los planos biológico o psicológico; por otro lado también se ha reportado que aquellas personas que viven en la miseria, en lugares de catástrofe, o han experimentado tragedias, sus niveles de estrés y ansiedad se incrementan (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas y Walters, 2005).

- **Ansiedad y Género:** Estudios llevados a cabo por Nolen-Hoeksema (2004) evidencian que las féminas son muy proclives a sufrir desordenes de ansiedad. Otros estudios epidemiológicos y sociales han constatado de igual modo la concordancia 2:1 de mujeres y hombres en lo que se refiere al predominio de los trastornos de ansiedad (Gavin, Scott y Wayne, 2001). Con respecto a los causantes de las diferencias en los trastornos de ansiedad, Craske (2003) concluyó que las mujeres muestran puntajes sobresalientes debido a un aumento de vulnerabilidad que se manifiesta en los siguientes rasgos: (1) más emotividad perjudicial; (2) pautas de comunicación distintivas en donde se alienta a las niñas a ser más prosociales, comprensivas, pero con baja capacidad para defender sus opiniones frente a los demás y que ejercen control ante las tareas de la vida diaria; (3) mayor propensión a la preocupación; (4) mayor vulnerabilidad a los desafíos de los peligros y (5) disposición a socorrer con mayor regularidad a la huida, a la intranquilidad y a pensar de forma constante en la posibilidad de ocurrencia de riesgos.

1.4.3. Trastornos Ansiosos

Según el CIE-10 (OMS, 1994), los trastornos ansiosos se encuentran clasificados al interior de los trastornos neurasténicos, siendo estos secundario a entornos agobiantes y somáticos. Con relación a esta clasificación, se encontrarían los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (esta última no será incluida en la presente investigación)), trastorno de pánico,

trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad no especificados.

1. Trastornos de ansiedad fóbica. En este tipo de perturbaciones, la ansiedad se presenta exclusivamente en ciertas situaciones bien definidas, las cuales no son en sí mismas peligrosas. La magnitud cambia de una leve preocupación incluso el miedo. Solamente el hecho de imaginar las situaciones desencadena la ansiedad anticipatoria, asociada a síntomas como las palpitaciones, sensaciones de desvanecimiento, entre otros. La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. En este grupo se presentan los siguientes trastornos:

- **Agorafobia.** Es el temor vehemente de permanecer en espacios comunes en que es difícil huir o conseguir apoyo de forma rápida. El individuo puede experimentar dicho miedo cuando sale de casa, entra a tiendas, se encuentra en medio de multitudes, viaja solo o en autobuses, trenes o aviones. Este temor es generado a partir de que ocurran síntomas como desvanecerse, perder el control sobre sí mismo o manifestar pánico desmesurado ante los demás (Sue et al., 2010).
- **Fobia Social.** Es el miedo o temor irreal, excesivo y persistente, a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social, por ser consideradas como amenazantes y peligrosas, por lo que expresan respuestas de evitación hacia el evento.

2. Trastorno de pánico. Es aquel que presenta ataques reiterados de angustia severa, no circunscritas a ningún evento o grupo de condiciones singulares. Entre sus principales signos se hallan la presentación inesperada de latidos,

dolores en el corazón, percepción de ahogo, mareo, los cuales pueden durar solo minutos o un tiempo considerable (Moreno, 2008).

3. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Esta representado por **obsesiones** (imágenes o pensamientos invasivos y reiterativos que generan angustia) o **compulsiones** (necesidad de ejecutar acciones o persistir en algunas ideas con la finalidad de disminuir la ansiedad). No obstante las obsesiones y compulsiones pueden desarrollarse de forma autónoma y por lo general se dan al mismo tiempo (Sue et al, 2010).

4. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Es aquel que surge a consecuencia de exponerse a una impresión intensa. Sus síntomas son preocupación, desconexión, entre otros que se mantienen durante un mes (Sue et al., 2010).

5. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Es aquel por el cual un individuo se encuentra intimidado, en situación de tensión y en estado de nerviosismo de manera frecuente (Myers, 2006).

Los trastornos de ansiedad son causantes de mucho miedo y anomalías que comúnmente están asociados a perturbaciones concomitantes, así como la depresión, el uso de drogas u otras alteraciones de ansiedad (Caro, 2011).

1.5. La TREC en la Depresión y la Ansiedad:

Brinda dos aspectos a ser tomados en cuenta para el análisis de la depresión y la ansiedad:

1. La tendencia del paciente a pensar de forma inflexible y absolutista da paso a la perturbación emocional y por ende a desarrollar los pensamientos distorsionados.

2. Destaca 2 formas de ansiedad: ansiedad del yo y la ansiedad situacional.

La primera está fuertemente vinculada a la depresión. La otra, menos severa pero más frecuente que la primera, se relaciona con una baja tolerancia a la frustración (Lega et al., 2009).

a) Ansiedad del Ego:

De acuerdo a Lega et al. (2009), la ansiedad del ego es producto de un malestar anímico intenso provocado por pensamientos negativos: “mi valía como persona está en amenaza”, “debo ser perfecto” y “es terrible y catastrófico cuando no soy aceptado por los demás, ya que no debería ser rechazado”. La ansiedad del ego conlleva, por consiguiente, el autodesprecio del individuo por no realizar las exigencias que posee respecto de sí mismo, del resto y de la humanidad. Además, es un sentimiento aparatoso y agobiante, que trae consigo depresión, vergüenza, culpa o incapacidad, y que impulsa a las personas a buscar ayuda o las sitúa al borde del suicidio.

Por otra parte, el perfeccionismo y la tendencia al pensamiento exigente están también ligados a la ansiedad del ego, al igual que las ideas de “fracaso” y “miedo al éxito”. Sin embargo, estas últimas son percibidas por algunas personas como más terribles debido a que fallar después de haber conseguido éxito es insoportable (Lega et al., 2009).

b) Ansiedad Situacional:

Para Lega et al. (2009), la ansiedad situacional guarda relación con ciertas circunstancias de “desagrado” o “peligro” como pueden ser las fobias, que generan rápidamente sentimientos de ansiedad, depresión y vergüenza característica de estas fobias. Este tipo de ansiedad suele presentarse con mayor

frecuencia que la ansiedad del ego en situaciones como el miedo a las alturas, los ascensores, los perros, hablar en público, etc.

Las ideas que se vinculan a dichos acontecimientos son “debo tener éxito y ser aceptado por personas importantes en mi vida, pero no soy tan bueno como debería ser, y por tal razón no valgo nada” (ansiedad del ego), y “los eventos de mi vida deben ser simples, de modo que no tenga que esmerarme excesivamente, pues esto convertiría al mundo en un sitio insoportable”.

La depresión, que se encuentra comúnmente relacionada con la ansiedad del ego, presenta de la misma manera un aspecto de angustia situacional, de manera que también se asocia a la baja tolerancia a la frustración. Por ello, mucha gente se agobia con acontecimientos que son parte del día a día (Lega et al, 2009).

1.6. Diferencias entre los pensamientos de trastornos de depresión y los trastornos de ansiedad:

Algunas de las emociones que se asocian a las creencias irracionales son la angustia, el coraje, la culpa y la tristeza, que en su totalidad también son irracionales y conducen a sentir malestar, por lo que son negativas y nada oportunas cuando el individuo se encuentra frente a algún acontecimiento negativo. De allí que estas emociones, al considerar su duración, frecuencia e intensidad; asimismo, se pueden asociar con psicopatías (Navas, 1998).

Para Ellis (1981), el núcleo de la depresión y la ansiedad se encuentra en la rigidez de los pensamientos dogmáticos y de grandiosidad que tiene la persona.

Desde la perspectiva del modelo cognitivo, las personas que presentan trastornos depresivos tienen actitudes y pensamientos hacia situaciones relacionadas con la percepción de pérdida. No obstante, en los trastornos ansiosos

los esquemas cognitivos giran en torno a la amenaza, y son considerados como auténticos y probables, a pesar de que realmente no sea así (Beck, Emery y Greenberg, 2014).

Asimismo, es importante resaltar que existen diferencias con respecto al tiempo de ocurrencia de la situación desencadenante en cada uno de dichos trastornos. Por un lado, en el caso de los trastornos ansiosos, el acontecimiento amenazante todavía no ha ocurrido, pero los pensamientos ya se han manifestado. Por otro lado, en los trastornos depresivos, el evento ya se ha presentado, y la persona se siente culpable ante este evento (Cabezas y Lega, 2006).

Al respecto, Beck et al. (2014) postulan lo siguiente:

- En la depresión, los pensamientos negativos son omnipresentes, globales y excluyentes; en la ansiedad, son de tipo selectivo y específico, ya que no abarcan toda la operatividad del sujeto y consideran los puntos positivos.
- El paciente con ansiedad aún tiene ganas de luchar por su futuro, aún mantiene la voluntad de mejorar su estado actual; sin embargo, el paciente con depresión presenta una visión negativa de su futuro (desesperanzador, poco prometedor), y ha perdido toda voluntad para alcanzar sus propósitos.
- Asimismo, el paciente con ansiedad duda de sus juicios negativos, por lo que lleva a cabo sus acciones de forma prudente; en cambio, el deprimido es determinante en las decisiones que toma.
- Por una parte, el paciente ansioso preverá posibles repercusiones en sus vínculos con los demás, en sus objetivos, en su capacidad para lidiar con los problemas y en su vigor; por otra parte, el paciente con depresión se arrepiente de no contar con las demás personas de su entorno, de no haber conseguido sus

propósitos y de encontrarse desprovisto de la capacidad para cambiar su destino.

Además, el supuesto de que existe una diferenciación en el contenido señala que “todo desorden psíquico tiene un patrón cognitivo diferente que se evidencia en la estructura de los pensamientos negativos y del error del procesamiento ligado con la alteración” (Clark, Beck y Alford, 1999, p. 115). De esta manera, las ideas de los razonamientos en relación con la ansiedad, están orientadas a la posibilidad de amenaza o un próximo peligro físico y a la percepción de incremento de la vulnerabilidad individual o carencia de ímpetu; mientras que en el caso del desánimo, están orientadas al desvalimiento sobre problemas específicos de la vida.

Por su parte, Ciarrochi (2004), en su estudio sobre las creencias disfuncionales e índices positivos y negativos de bienestar, indicó que las ideas sobre “urgencia de aceptación” y “perfeccionismo” están relacionadas de manera única con la ansiedad; mientras que las creencias de “exigencia”, “grandiosidad” y “autodestrucción” se relacionan con los niveles de depresión. David, Schnur y Belloiu (2002) resaltan que hay un modelo propio de creencias irracionales en distintos desordenes afectivos. Por ejemplo, el raciocinio rígido y la disminución de la capacidad para afrontar los problemas se encuentran en el grupo de dificultades de enojo; la completa autodescalificación, en la depresión; el pensamiento devastador y riguroso, en los trastornos de ansiedad. Finalmente, Fresco, Sampson, Craighead y Koons (2001) señalan que la dependencia emocional (llamada sociotropía) se relaciona con preocupaciones de ansiedad;

asimismo, la preocupación desmesurada por el logro (autonomía) se asocia con la depresión.

En definitiva, las personas que presentan trastornos depresivos tienden a mostrar actitudes y pensamientos de pérdida, ya que se genera un sentimiento de tristeza alarmante el cual interfiere en el pleno desarrollo de las actividades habituales que el individuo solía realizar, asimismo el evento que se generó en el pasado provoca desesperanza y desánimo en su presente. Sin embargo, en los trastornos de ansiedad el patrón de pensamientos gira alrededor de la amenaza que un individuo pueda sentir anticipadamente, por lo tanto, actúa como un modo de precaución que se estimula en predicción de una intimidación o riesgo futuro puesto que el evento aún no ocurre pero los pensamientos ya han sido puestos en evidencia.

1.7. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de Depresión:

El modelo cognitivo genérico de Beck y Haigh (2014) propone que varios trastornos clínicos comparten procesos comunes, por lo que la especificidad presenta mayor viabilidad cuando los expertos se focalizan en el contenido del pensamiento específico de cada uno de los subtipos de alteraciones.

De este modo, las personas con depresión realizan generalizaciones excesivas sobre sus experiencias. En su mayoría, informan creencias disfuncionales como “soy un inútil, no digno de amor, incompetente o indefenso”. Por ejemplo, las creencias relacionadas con el perfeccionismo, la autonomía y la autocrítica, se sabe que están asociadas con el trastorno bipolar (Fergus, 2013).

La afirmación esencial del modelo cognitivo de Beck manifiesta que en las alteraciones afectivas se encuentra una variación continua en la elaboración del

contenido, es así que una persona sufre un trastorno depresivo específicamente debido al sesgo que tiene en el procesamiento de eventos que fueron ocasionados por una pérdida o fracaso. Los individuos que padecen esta patología sobrevaloran esos sucesos nocivos, a tal punto que los consideran globales, sistémicos y que no se pueden resolver; llegando a mostrar lo que se denomina como “triada cognitiva negativa”, siendo esta una perspectiva dañina y adversa de uno mismo, del exterior y de lo que acontecerá, la cual deriva a un apartamiento del sujeto de su entorno.

1.8. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de Ansiedad:

Las creencias asociadas con la ansiedad generalmente se caracterizan por amenazas, peligros y vulnerabilidad. Por su parte, Starcevic y Berle (2006) señalaron que la preocupación excesiva y mal adaptativa es una característica destacada en el conjunto de trastornos de ansiedad, como en la angustia, TOC, fobia social y TEPT (Chelminski y Zimmerman, 2003).

Si tomamos en cuenta un contenido específico, las personas con fobia social se caracterizan por experimentar un gran temor a la apreciación adversa que realizan otras personas, así como una susceptibilidad a signos relacionados a su aceptación (Beck et al, 2014). Al respecto, las personas pueden pensar lo siguiente: “lo que digo probablemente parezca estúpido” (Schulz, Alpers y Hofmann, 2008). Por otra parte, las personas con trastorno de pánico se suelen centrar en cogniciones como: “mi pulso está acelerado”, “algo anda mal en mi corazón” (Teachman, Marker y Clerkin, 2010). Finalmente, las personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se angustian por la infestación o por ser los agentes que provocan algún perjuicio (Enmelkamp, 2012).

Por tanto, las creencias disfuncionales de la ansiedad interfieren en la asimilación de la información ya que se genera en el individuo una percepción de peligro, amenaza, inseguridad la cual es provocada por la preocupación que tiene el individuo ante situaciones inciertas. Así también, las personas experimentan trastornos de ansiedad de formas diferentes y su comportamiento resulta extraño y excesivo. El trastorno obsesivo compulsivo tiene como característica principal conductas obsesivas y compulsivas, estas obsesiones se reflejan en pensamientos, ideas o imágenes dañinas las cuales generan preocupación y ansiedad apareciendo incontroladas veces por nuestra mente. De igual manera, las compulsiones representan las acciones que se realizan para contrarrestar la ansiedad provocadas por las obsesiones.

2. Antecedentes del Estudio

2.1. Investigaciones internacionales

En Holanda, se llevó a cabo una investigación desarrollada por Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk y Van Dijk (2010), titulada: “creencias irracionales en empleados con trastorno de adaptación, trastorno depresivo o trastorno ansioso: un estudio de cohorte”, la cual tuvo como objetivo estudiar las diferencias en el nivel y el tipo de creencias irracionales y examinar si un cambio en las creencias irracionales está relacionado con la recuperación de los síntomas. La muestra estuvo conformada por 190 empleados que padecían trastorno depresivo, trastorno ansioso o trastorno mixto (ansioso-depresivo). Emplearon un diseño no experimental, de corte longitudinal y un muestreo de tipo no probabilístico. Para la recolección de datos, utilizaron la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS, la Irrational Beliefs Inventory (IBI) de

Koopmans y cols., y la Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42) de Lovibond y Lovibond. Acerca de las diferencias entre las creencias irracionales, evidenciaron que los empleados con diagnóstico de trastorno mixto presentan los niveles más altos en el nivel de irracionalidad. El nivel medio de irracionalidad lo presentan los empleados que padecen solo de trastorno de ansiedad y los niveles más bajos de irracionalidad se presentan en el grupo de empleados con trastornos depresivos; no obstante, sus niveles son mayores si son contrastados con el grupo de trastornos de adaptación.

Con respecto al tipo de creencias irracionales, los empleados con diagnóstico de trastorno mixto (ansiedad-depresión) mostraron mayor puntaje en las subescalas de preocupación, rigidez, necesidad de aprobación, evitación de problemas e irresponsabilidad emocional de la prueba de creencias irracionales. Asimismo, cabe mencionar que no encontraron ningún tipo de creencia irracional específica predominante en un determinado diagnóstico. En relación con el género, las mujeres mostraron puntuaciones más altas estadísticamente significativas con respecto a la creencia “preocupación” en comparación con los varones quienes obtuvieron un puntaje promedio; sin embargo, no hubo diferencias en ninguna de las otras subescalas ni en el puntaje total de creencias irracionales. Se concluye que los grupos con diferentes diagnósticos difieren más en el nivel de irracionalidad que en el tipo de creencias irracionales, y este efecto se encontró al inicio del estudio y en el transcurso de un año. Los trastornos de depresión y ansiedad mostraron niveles más altos de irracionalidad que los trastornos de adaptación. Además, todo el grupo mostró una disminución en las creencias irracionales a lo largo del tiempo, mientras que no se encontraron

efectos diferenciales para cada diagnóstico. Estos hallazgos sugieren que la TCC puede abarcar intervenciones cognitivas similares para todos los trastornos mentales comunes. También, las intervenciones cognitivas parecen ser las más apropiadas para los pacientes con depresión y trastornos de ansiedad.

También en Holanda, Garnefski y Kraaij (2016) llevaron a cabo un estudio titulado “Specificity of relations between adolescents’ cognitive emotive regulation strategies and symptoms of depression and anxiety” (especificidad de las relaciones entre los métodos de ajuste del afecto de los adolescentes y los signos de depresión y ansiedad), con el propósito de precisar hasta qué punto las estrategias de regulación cognitiva de la emoción eran correlatos específicos o comunes a los síntomas de la depresión y la ansiedad. Participaron 582 alumnos de secundaria, entre 13 a 16 años, y contó con un muestreo probabilístico. El trabajo contó con un modelo descriptivo y el diseño transversal. Los instrumentos que emplearon fueron el Symptom Checklist (SCL-90) para medir la depresión y ansiedad; y el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) para medir las estrategias de regulación de las emociones cognitivas. Encontraron que las estrategias cognitivas de “rumiación” y “autoculpa” se asociaban de forma exclusiva con los síntomas de depresión; mientras que, las estrategias de “catastrofismo” y “culpar a otros” se relacionaban de manera única con los síntomas de ansiedad. Además, se observaron diferencias significativas entre niños y niñas diagnosticados con depresión y con ansiedad en relación con la “autoculpa”, “aceptación”, “rumiación”, “reenfoque positivo”, “puesta en perspectiva” y “catastrofismo”. Con respecto a todas estas variables, las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños; es decir, con

mayor presencia de ansiedad y depresión, así como con un mayor uso de las estrategias cognitivas. Asimismo, se confirmó la existencia del modelo cognitivo (Beck et al., 2010), en el que se supone que la ansiedad está caracterizada de manera única por pensamientos sobre la sobreestimación de amenazas y daños, y se supone que la depresión se caracteriza de forma única por evaluaciones negativas del yo y de eventos pasados y futuros. Sobre la base de este modelo, se había esperado que las estrategias cognitivas de auto-culpa y rumiación fueran los correlatos más importantes de los síntomas de la depresión, lo cual fue confirmado, excepto por el hecho de que el efecto de auto-culpa fue solo cierto para chicas y no para chicos.

En Turquía, Kucuk, Gur, Sener, Elcin y Cetindag (2016) llevaron a cabo una investigación con el propósito de especificar hasta qué punto la depresión y las creencias irracionales están asociadas. De modelo descriptivo-correlacional. Emplearon como instrumentos el Inventario de Creencias Irracionales para Adolescentes (IBS-A) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) para una muestra de 414 escolares turcos. Los resultados encontrados señalan que la relación entre creencias irracionales y depresión es significativa ($r=.231$, $p=0.000$), quedando en evidencia que la depresión es compleja y repercute en los adolescentes a nivel físico, psicológico, emocional y académicamente, también se encontró una correlación significativa entre comodidad y sexo ($t = 2.91$; $p = .000$) y entre demanda de logros y edad ($F = 2.97$, $p = .050$). También se evidenció una correlación significativa entre la subescala de demanda de logros y niveles de síntomas depresivos. Del mismo modo, en la subescala de comodidad, se incluyen pensamientos tales como “otras personas deben tratarme amablemente, de manera

justa o es considerado horrible”, “los que me tratan así son malos y sin valor”, quedando en evidencia que las personas que respaldan firmemente esta creencia irracional tienden a experimentar ira, culpa, odio y hostilidad. Finalmente, en la dimensión de respeto, se observan las siguientes creencias: “las condiciones bajo las cuales vivo, absolutamente deben ser fáciles, cómodas y gratificantes”, “debo obtener lo que quiero cuando lo requiero sin incomodidad o inconveniencia, de lo contrario, es terrible e intolerable”. En conclusión, se encontró que las creencias irracionales eran una variable importante en los niveles de síntomas depresivos de los estudiantes, puesto que estas generaban pensamientos negativos, tales como “debo ser talentoso, competente y exitoso” y “debo ser aprobado por casi todas las personas importantes en mi vida, ello provocaba que de no cumplirse se evalúen como personas sin valor.

En México, Jurado y Rascón (2011) se plantearon como meta determinar y estudiar las primordiales creencias ilógicas, que se muestran en los varones perpetradores y en las mujeres afectadas de agresividad por parte de su pareja, y su vínculo con la existencia de trastornos psíquicos entre ellos: la depresión, ansiedad y estrés postraumático. Para ello, la muestra no probabilística estaba conformada por 107 adultos entre 20 y 67 años, divididos en 51 varones que cometen violencia y 56 mujeres receptoras de violencia, ambos grupos asistentes a tratamiento psicológico por conflictos de agresión con la pareja. De alcance correlacional y emplearon un diseño no experimental de tipo transversal. Las pruebas aplicadas fueron el Inventario de Cotejo de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Registro de Opinión. Encontraron que

la mejora y la poca capacidad de soportar el fracaso son ideas irracionales empleadas con mayor frecuencia por mujeres que han sufrido violencia, y quienes además presentan padecimientos psicológicos como la depresión y la ansiedad. Además, identificaron que tanto en los varones perpetradores como en las mujeres receptoras de agresión de parte de su pareja, existe el uso de ideas irracionales como “tengo que ser apto y eficiente en cualquier cosa que haga”, “los eventos del entorno son el origen de la mayor parte de las desdichas del hombre; las personas reaccionan de acuerdo a cómo los hechos repercuten sobre su estado de ánimo”, “frente a algún evento extraño, inseguro y arriesgado; se tiene que experimentar temor” y “el pasado influye en lo que acontece en el futuro”, relacionados a exigencias (perfeccionismo), ansiedad (poca tolerancia al fracaso), auto reproches ante la decisión apremiante y debilitamiento de la autoestima. Finalmente, se evidencia una relación significativa entre las ideas irracionales y la manifestación de enfermedades como depresión y ansiedad tanto para los perpetradores, como para las receptoras, no así para el estrés postraumático.

En Colombia, Álvarez (2013) efectuó un estudio sobre la estructura y secuencia del razonamiento irracional en la depresión. Participaron en dicho estudio 34 varones diagnosticados con depresión y 34 no depresivos, de un centro de salud en Colombia, cuyas edades oscilaban entre 27 a 30 años, que fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia. Asimismo, utilizó un diseño no experimental, exposfacto de casos y controles. Para la evaluación utilizaron la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Depresión de Beck y el Inventario de completación y secuencia inferencial para trastorno depresivo. Los resultados señalan que existe una serie de creencias ilógicas específicas

de la depresión, conformadas por “depreciación”, “apreciación pesimista de daño”, “devaluación personal”, “percepción de inutilidad”, “incapacidad”, “desilusión de uno mismo, de los otros y del contexto”. Se concluye que la cadena inferencial del A-B-C (enfoque que optimiza el tiempo en la localización de creencias irracionales) es un juicio que ejecuta el individuo con depresión, no obstante a la vez el repertorio de creencias irracionales están relacionadas de forma tácita en órdenes más supraordinados de una hipótesis estructurada en relación al modo explicativo del entorno y es mantenida por el individuo con este desorden.

En Paraguay, Coppari, Benítez, Calvo, Concolino, Galeano, Gamarra, Garcete y Benítez, S. (2010) realizaron una investigación para delimitar la correlación entre creencias irracionales y cuadros depresivos. Para ello, participaron 94 alumnos universitarios tanto varones y mujeres, de 18 a 29 años. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional y de participación voluntaria. Estudio de tipo descriptivo y de diseño correlacional y comparado. Emplearon los dos tests psicológicos: La escala de Creencias Irracionales de Ellis y el Inventario de Depresión de Beck. En cuanto a los resultados, se registró que los pacientes de ambos sexos mostraron diferencias significativas en determinados patrones. El patrón 3 (“algunas personas son malas, indignas y viles por lo tanto tienen que recibir un castigo”) obtuvo un $t=0.005$; el patrón 5 (“los hechos que ocurren en un contexto determinado ocasionan la mayor parte de los problemas de la gente”) registró un $t=0.0013$; el patrón 7 (“resulta más sencillo eludir que el hacer frente a los obstáculos y deberes de la existencia”) alcanzó un $t=0.015$, presente mayormente en los varones a comparación de las mujeres; y el patrón 10 (“el bienestar se puede obtener mediante inactividad, la quietud y el descanso

absoluto”) marcó un $t = 0.00$. Por otra parte, encontraron diferencias por grupo de edades ($t = 0.01$): el grupo de 18 años presentó el patrón 10, mientras que el grupo de 19 a 29 años presentó el patrón 3. A modo de conclusión, se alcanzó una correlación notable entre la escala de Ellis con el inventario de Beck; es decir, la existencia de creencias irracionales tales como “tenemos que experimentar temor respecto a alguna cosa que sea distinta, falsa o completamente arriesgada” y “debemos ser inexcusablemente competentes y un ejemplo a seguir en todo lo que realizamos” generan sensación de fracaso y temor a las personas, por ende ocasionándoles síntomas depresivos.

En Colombia, Hernández y Badel (2011) realizaron una investigación con el objetivo de identificar las creencias irracionales en estudiantes de psicología. El estudio fue descriptivo y el diseño empleado fue transeccional. Participaron 149 alumnos tanto varones y mujeres, de 16 a 34 años, seleccionados mediante un muestreo aleatorio. El instrumento empleado fue el Test de Creencias Irracionales (IBT). Los estudiantes universitarios presentaron en mayor medida las creencias irracionales de “rechazo al fracaso” y “evasión de conflictos”. Por un lado, a nivel individual, las mujeres presentaron las creencias de “irresponsabilidad emocional” e “influencia del pasado”; mientras que los varones, quienes evidenciaron un mayor número de ideas irracionales en comparación con el género femenino, manifestaron poseer la “necesidad de control”, “necesidad de aprobación” y “dependencia”. Por otro lado, en relación a la edad, los adultos jóvenes (20 a 34 años), quienes presentaron un mayor número de irracionalidades en relación a los demás grupos de edad, obtuvieron una alta puntuación en las subescalas de “necesidad de control”, “necesidad de aprobación”,

“autoexigencia”, “irresponsabilidad emocional”, “territorialidad” e “influencia del pasado”; asimismo, los adolescentes (16 a 19 años) presentaron la creencia de “culpar a otros”. Para concluir, los estudiantes reconocen que sus propias necesidades (control y aprobación) se sitúan delante de cualquier individuo u evento, incluyendo reglas o disposiciones culturales, ya que no asimilan que los asuntos resulten diferentes a lo que se esperaban, si incurren en una equivocación resulta catastrófico, fallar o desaprobar una prueba se considera inaceptable, que no tendría que darse, el desprecio de los otros o el que no cuenten con un comportamiento esperado, es considerado insoportable para estos sujetos. Todos estos acontecimientos de fracaso que normalmente los individuos toleran, simplemente les resulta terribles.

En Ecuador, Villashagñay y Vizuete (2016) realizaron una tesis con la intención de definir la asociación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento, además de identificar las ideas irracionales de los pacientes con depresión. Dicho estudio utilizó un diseño cuantitativo, no experimental. El estudio se hizo con una población conformada por 20 pacientes adultos diagnosticados con depresión, internados durante el período abril a septiembre del 2016 en la Unidad de Intervención en Crisis. El Test de Creencias Irracionales y una Encuesta de Resistencia al Tratamiento fueron los instrumentos empleados. Entre las ideas más resaltantes en los pacientes con depresión, encontraron que el 95% presentó la idea irracional 9: “lo anteriormente experimentado por una persona define su comportamiento futuro, ya que si algún evento sucedió, le seguirá afectando indefinidamente”; el 90% manifestó tener la idea irracional 3: “algunos individuos son malvados, despreciables y perversos; y tienen que ser

severamente sancionados por su inmoralidad” y la creencia 10: “frecuentemente, hay una respuesta determinada, adecuada y óptima para las dificultades del ser humano, y si este desenlace extraordinario no se efectúa sucede la tragedia”; el 70% demostró tener la idea irracional 8: “se tiene que depender de los otros y se requiere a alguien más valiente en quien creer”; y el 45% evidenció poseer la creencia 2: “para ser denominado importante se debe ser muy eficiente, preparado y con la capacidad de obtener algo en la mayor parte de los ámbitos posibles”. Estas creencias están asociadas a la resistencia para hacer cambios en su vida y hablar de situaciones desagradables que les ha ocurrido; asimismo, se dan por vencidos/as fácilmente cuando las cosas no se concretan y consideran que los demás deben resolver sus problemas personales. Por lo tanto, se constata que la presencia de las ideas irracionales se encuentran asociadas en la resistencia al tratamiento en este tipo de población; además, intervienen en el proceso terapéutico en cuanto a la aceptación o rechazo de un tratamiento.

También en Colombia, se realizó un estudio llevado a cabo por Londoño y Ramírez (2005). Su objetivo fue establecer las creencias básicas de los trastornos de la personalidad en pacientes que presentaban trastornos depresivos, en contraste con un grupo control. Dicha investigación fue de corte transversal e hizo uso de un diseño analítico comparativo de casos y grupo de control. La muestra estuvo conformada por 43 personas (grupo casos) y 44 personas (grupo control) de ambos sexos, con edades entre 17 y 51 años de edad. Cabe mencionar que el grupo de casos estaba formado por personas que asistían al servicio de psicología o psiquiatría (19 estaban diagnosticados con depresión severa, 6 con distimia y 12 con diagnóstico comórbido (depresión mayor-distimia); y para el grupo de control

fueron elegidos por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), entrevista diagnóstica sistematizada, y el Cuestionario de Creencias Centrales (CCE-TP). Los resultados señalan que las ideas que mayormente manifiestan los individuos con trastorno depresivo, son las referidas a cada uno de los trastornos de personalidad: obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, esquizoide, límite y paranoide.

Para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, los diagnosticados con depresión muestran un patrón de pensamientos representado por las siguientes creencias: “requiero pautas para ejecutar mi trabajo de forma adecuada”, “suelo ser riguroso para que cada cosa marche correctamente”, “procuro ser bastante eficiente para no fallar” y “los pormenores son extremadamente indispensables”. En relación al trastorno de personalidad pasivo-agresivo, las creencias encontradas fueron tres: “pienso que los individuos con poder son bastante dominantes y suelen ser entrometidos” y “que te controlen los otros es detestable”. Por otro lado, para el trastorno de personalidad esquizoide, las creencias más representativas también son tres: “considero que las amistades reducen mi independencia”, “me agobia pensar que tengo responsabilidades con los individuos” y “eludo involucrarme con los otros”. Asimismo, para el trastorno paranoide, las creencias asociadas fueron seis: “desconfío de la gente”, “me encuentro continuamente en vigilancia”, “me inclino a ser temeroso e incrédulo”, “estoy vigilante con el propósito de que otros no intenten manejarme o utilizarme” y “soy desconfiado”. En referencia a las creencias centrales específicas del trastorno de la personalidad límite, estas son cuatro: “no tolero el tedio”, “es tremendo que los sujetos no sean amables conmigo”, “es funesto que los demás

me rechacen” y “no soporto el desamparo”. Finalmente, no se detectaron divergencias relevantes en relación a las ideas nucleares de los trastornos de la personalidad al efectuarse el estudio de contrastación de los grupos de acuerdo con el diagnóstico: depresión severa, distimia y depresión severa-distimia; en consecuencia, confirmaron que la teoría sobre la depresión del paradigma de la psicoterapia cognitiva respecto al dominio de las representaciones en la estimulación de los síntomas de la depresión no cuenta con distinción diagnóstica.

2.2. Investigaciones nacionales

Kuba (2017) realizó un estudio con el fin de delimitar la correlación entre las creencias irracionales y la ansiedad social. El tipo de investigación fue descriptivo y el diseño, correlacional, de corte transversal y no experimental. Los datos fueron recolectados censalmente, de modo que la población estuvo constituida por 124 alumnos de psicología, de ambos sexos, con edades entre 18 a 28 años. Las herramientas de medición estuvieron conformadas por el Inventario de Creencias Irracionales y el Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO A-30). El autor evidenció que el 40% de estudiantes presentan una categoría alta, el 25% una categoría media y el 34% una categoría baja de ansiedad social. Al respecto, la dimensión “hablar en público o con autoridades” es la que destaca con un 45.16% y se ubica en un nivel alto. En cuanto a la variable creencia irracional, se encontró que el 35.8% de la población estudiada sobresale la presencia de dos o más creencias irracionales. No obstante, la creencia irracional 6: “si alguna cosa es o puede ser arriesgada o temible, el sujeto tendría que estar desmesuradamente preocupado por ello, tendrá que reflexionar constantemente en la probabilidad de que aquello suceda” y la 8: “se debe

necesitar de los otros y se requiere a alguien más valiente de quien fiarse” fueron las más predominantes y obtuvieron el mismo puntaje (15.32%). En conclusión, existe una relación moderada ($r = *0.65$) entre las variables estudiadas; es decir, las respuestas de ansiedad social se manifiestan por la presencia de creencias irracionales que son parte del estudiante y en consecuencia influyen en su desenvolvimiento académico.

Rasco y Suarez (2017) realizaron una investigación en Lima, cuya finalidad fue establecer la concordancia existente entre las creencias irracionales y la ansiedad. El estudio fue de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo, de corte transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo compuesta por 318 alumnos universitarios de ambos sexos entre 16 a 30 años, quienes fueron seleccionados mediante el muestreo no probabilístico. Como instrumentos utilizaron el Registro de Opiniones de Ellis y el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado. Los resultados encontrados muestran lo siguiente: el 68.6% de varones y el 62.9% de mujeres presentan la creencia irracional de “infortunio”, el 54.7% de mujeres y el 48.8% de varones presentan la idea irracional denominada “catastrófica”; y el 76.7% de varones y el 72.8% de mujeres presentan la idea irracional de “aprobación”. En relación con la variable ansiedad estado, el 56% de la población se encuentra en el rango moderado, y en la ansiedad rasgo, el 40.9% se encuentra en un rango bajo y el 29.2% se posiciona en la categoría alto. Finalmente, se determina la existencia de correlación entre la ansiedad rasgo y las ideas irracionales llamadas “competentes” ($Rho = 0.44$), “catastrófico” ($Rho = 0.40$) y “pasado” ($Rho = 0.34$) con intensidad media; lo que significa que mientras

el estudiante presente mayores pensamientos sobre su competencia, inteligencia y eficacia en todas las facetas posibles, su grado de ansiedad aumentará.

Chávez (2015) realizó en Lima un estudio con el propósito de identificar la relación entre las creencias irracionales y los modos de afrontamiento. Este estudio fue descriptivo, con un diseño no experimental y de tipo correlacional-comparativo. La muestra estuvo compuesta por 31 pacientes varones, con edades entre 18 y 50 años, y con diagnóstico de dependencia a múltiples drogas. Esta fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizaron instrumentos tales como el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Registro de Opiniones de Ellis. Los resultados demuestran la existencia de creencias irracionales predominantes: “se tiene que estar frecuentemente seguro y ser preciso en cada cosa que hagamos” (creencia 2), “ante cualquier acontecimiento desconocido se tiene que experimentar temor” (creencia 6), “las situaciones generan las desgracias de la humanidad y los sujetos responden en la proporción en que estas ocasionan estremecimiento” (creencia 5) y “es mejor evadir que afrontar los problemas y obligaciones de la vida” (creencia 7). Por un lado, los grupos etarios entre 18 a 25 años y el de 36 a 45 años presentan una mayor proporción de creencias irracionales. Por otra parte, el grupo de 46 años a más evidenció las siguientes creencias: “es una obligación total obtener el aprecio y reconocimiento de los demás” (creencia 1), “prohibido fallar, se debe ser constantemente eficiente y perfecto en todo lo que hacemos” y “es bueno contar con alguien que nos sirva de soporte” (creencia 8). Por último, en la asociación entre las creencias irracionales y los modos de afrontamiento se encontró una correlación moderada, además de considerarse a las creencias dos y

seis como las más predominantes en los participantes; en donde se afirma que la presencia de esta última creencia puede significar una fuerte inclinación a evidenciar una preocupación excesiva por un problema y reacciones de ansiedad ante eventuales obstáculos y eventos a enfrentar en el futuro. Esto mismo, sugiere que el accionar de la persona se inclina a optar por situaciones seguras, evitando correr riesgos; por consiguiente atentando el normal desarrollo de sus actividades.

García (2014) llevó a cabo una investigación con el propósito de conocer la relación entre ansiedad y creencias irracionales en estudiantes de Medicina Humana de la ciudad de Tarapoto. Fue un estudio de diseño descriptivo, que utilizó un muestreo no probabilístico. El estudioso aplicó el Inventario de Creencias Irracionales y el Inventario de Ansiedad Rasgo/ Estado, a 100 estudiantes universitarios de ambos sexos y con edades que fluctuaban entre los 16 y 36 años. Los datos obtenidos muestran que la creencia irracional “necesidad de afecto” tiene relación con la ansiedad rasgo $\chi^2= 14.61$ y la ansiedad estado $\chi^2= 30.70$; las creencias “anticipación de los eventos” $\chi^2= 20.25$ y “evasión de dificultades” $\chi^2= 11.23$ están vinculadas con la ansiedad rasgo; y el “descanso infinito” $\chi^2= 45.96$ está relacionado con la ansiedad estado. Para la variable ansiedad rasgo, el 84.2% de varones se encuentra en la categoría alto; asimismo se observó que en la ansiedad estado el 80% de los varones se encuentra en la categoría alto frente a un 20% de mujeres ubicadas en la categoría bajo. En resumen, hay una asociación representativa entre las creencias irracionales y la ansiedad.

Guzmán (2012), también en Lima, realizó un estudio con la finalidad de identificar las ideas irracionales predominantes en jóvenes con ideación suicida,

definir las características de las dimensiones de su personalidad e indagar la vinculación entre esas variables. La población en estudio estuvo conformada por 57 adolescentes (38 mujeres y 19 varones) internados en el Hospital Hipólito Unanue por intento de suicidio, con edades entre 14 y 18 años. Utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Además, la investigación fue de tipo sustantiva y de diseño correlacional. A través de la aplicación del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) y el Registro de Opiniones (Regopina). En los resultados se encontró que los jóvenes con intento de suicidio muestran un mayor porcentaje de pensamientos distorsionados (29.7%) a diferencia del grupo que no han cometido tales intentos 26.62%. Entre las creencias irracionales encontradas están las siguientes: “algunos hechos no solo son dañinos, sino que son sancionables o despreciables, y las personas que los llevan a cabo tenderían a sentirse aturdidos y ser condenados”, “la desdicha del hombre es implantada por las personas y los sucesos del entorno” y “si algún suceso perjudicó intensamente nuestra vida en determinado momento, continuamente lo conmovirá”. En relación al género, las mujeres exhiben mayor presencia de ideas irracionales en proporción a los varones; pero para el caso de la variante edad, esta no depende del grado de pensamientos negativos. En conclusión, los adolescentes con intento de suicidio le confieren mayor importancia a los acontecimientos negativos por los que atraviesan; ello revela que poseen un locus de control externo (si algo sucede es causado por otra persona o situación) seguido de una actitud fatídica referida al propio destino, del mismo modo, se refleja la victimización y percepción de desesperanza como posiciones asumidas con mayor facilidad de presentarse, por lo que no es raro que padezcan desequilibrio emocional y

exterioricen desordenes y baja adecuación con el entorno, implicando un desenlace de comportamiento insensato.

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

3.1. Creencias Irracionales

a. Definición conceptual

Las creencias irracionales son pensamientos que se caracterizan por ser rígidos y dogmáticos en relación a un evento determinado, y se expresan en forma de exigencia u obligación; además, repercuten tanto a nivel psicológico como fisiológico del individuo que las presenta y de las personas que lo rodean (Ellis, 1981).

b. Definición operacional.

Las creencias irracionales son identificadas por medio del uso del Registro de Opiniones de Albert Ellis, y se considera que por cada una de las diez creencias irracionales es posible alcanzar una puntuación entre 0 a 10.

Tabla 1. *Matriz de Operacionalización de la Variable Creencias Irracionales*

Dimensiones	Indicadores	Categorías de Respuesta	Escala de Medición
Creencia Irracional N° 1: Es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	Creencia Irracional N° 1 (1, 11,21,31,41,51,61,71,81,91)	Tipo Dicotómico: Sí (De acuerdo)	Escala Ordinal De: 0 a 10
Creencia irracional N° 2: Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	Creencia Irracional N° 2 (2,12,22,32,42,52,62,72,82,92)	No (Desacuerdo)	
Creencia irracional N° 3: Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	Creencia Irracional N° 3 (3,13,23,33,43,53,63,73,83,93)		

Creencia irracional N° 4:

Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.

Creencia Irracional N° 4
(4,14,24,34,44,54,64,74,84,94)

Creencia irracional N° 5:

Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.

Creencia Irracional N° 5
(5,15,25,35,45,55,65,75,85,95)

Creencia irracional N° 6: Se debe

sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Creencia Irracional N° 6
(6,16,26,36,46,56,66,76,86,96)

Creencia irracional N° 7:

Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

Creencia Irracional N° 7
(7,17,27,37,47,57,67,77,87,97)

Creencia irracional N° 8:

Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Creencia Irracional N° 8
(8,18,28,38,48,58,68,78,88,98)

Creencia irracional N° 9:

El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.

Creencia Irracional N° 9
(9,19,29,39,49,59,69,79,89,99)

Creencia irracional N° 10:

La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Creencia Irracional N° 10
(10,20,30,40,50,60,70,80,90,100)

3.2. Trastornos de Depresión y Ansiedad

a. Definición conceptual:

- **Trastornos de depresión.** Es el conjunto de cuadros psicopatológicos caracterizados por menoscabo en la presencia y en el aspecto personal, hipocinesia, tono de voz bajo, labilidad emocional, disminución de atención, además de alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. Repercuten principalmente en la esfera afectiva del individuo así como en el aspecto cognitivo, social y laboral de quien lo presenta (OMS, 2017).
- **Trastornos de ansiedad.** Se denomina así a un grupo de cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de preocupaciones semejantes al miedo, tales como la desesperación, intranquilidad, temor, entre otras. Estas provocan un malestar significativo que afecta tanto el nivel físico, psicológico y social del individuo (OMS, 2017).

b. Definición operacional

La condición diagnóstica será identificada a partir del código CIE-10 (OMS, 1994) y consignada en la historia clínica de los pacientes.

- **Trastornos de depresión**
 - a. **F32** Episodio depresivo
 - **F32.1** Episodio depresivo moderado
 - **F32.2** Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
 - b. **F33** Trastorno depresivo recurrente

- **F33.1** Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- **F33.2** Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- **F34.1** Distimia
- **Trastornos de ansiedad**
 - a. **F40.** Trastornos de ansiedad fóbica
 - **F40.0** Agorafobia
 - **F40.1** Fobias sociales
 - b. **F41.** Otros trastornos de ansiedad
 - **F41.0** Trastorno de Pánico
 - **F41.1** Trastorno de Ansiedad Generalizada
 - **F41.9** Otros trastornos de ansiedad sin especificación
 - **F42.0** Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
 - **F42.1** Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
 - **F42.2** Trastorno obsesivo compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
 - **F43.1** Trastorno de estrés postraumático

4. HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis General

Existen diferencias significativas en las creencias irracionales entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y los diagnosticados con trastorno ansioso, que asisten a un servicio de salud mental en Lima.

4.2. Hipótesis Específicas

H₁: Existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según la edad.

H₂: Existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso según la edad.

H₃: Existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según el sexo.

H₄: Existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso según el sexo.

H₅: Existen diferencias significativas en las creencias irracionales según el tipo de trastorno depresivo.

H₆: Existen diferencias significativas en las creencias irracionales según el tipo de trastorno ansioso.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El reciente estudio es de nivel descriptivo, ya que pretende recoger datos de manera conjunta sobre las creencias irracionales de ambas categorías diagnósticas (trastornos ansiosos y trastornos depresivos), de tal forma que sea posible especificar sus propiedades y características, llegando a alcanzar un conocimiento medianamente profundo sobre este fenómeno (Arias, 2012).

Según la clasificación metodológica de las investigaciones en psicología propuesta por Ato, López y Benavente (2013), este trabajo es de tipo empírico debido a que los datos presentados son originales respecto a la variable de creencias irracionales en cada grupo analizado, los cuales fueron obtenidos mediante la experiencia. Además, cabe resaltar que se empleó la estrategia asociativa, la cual se orienta a conocer la relación funcional existente entre las variables estudiadas; asimismo, se optó por emplear el prototipo comparativo que tiene la intención de estudiar la relación entre variables de estudio que hay entre dos o más categorías, en este caso los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso y los diagnosticados con trastorno depresivo, apoyándose en las circunstancias distintivas instauradas por la comunidad o la humanidad, también, no manipula variables ni designa al azar a los colaboradores.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio emplea un diseño de grupos naturales (DGN), conforme al planteamiento de Ato et al. (2013). Su finalidad es comparar variables que provienen de grupos ya constituidos, en el que estos se escogen empleando colaboradores que corresponden a categorías de variables que forman parte de una

misma cultura. Estos atributos se aplicaron a esta investigación, ya que se empleó un muestreo no probabilístico, la información se recabó en un tiempo determinado, y se compararon las creencias irracionales de pacientes con trastornos ansiosos, con las de aquellos pacientes con trastornos depresivos que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana, diferenciados por tipo de trastorno, edad y género.

3. NATURALEZA DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1. Descripción de la población

La población de estudio estuvo conformada por pacientes de ambos sexos, diagnosticados con trastornos de ansiedad y depresión que acuden al Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (Damoc) de un hospital de salud mental de Lima Metropolitana y que reciben terapia psicológica durante el período comprendido de setiembre a noviembre del 2017. Dicho Hospital está ubicado en el distrito de Santa Anita, en Lima (Perú).

3.2. Muestra y método de muestreo

Para la presente investigación, se optó por un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Este procedimiento se caracteriza porque es el investigador quien selecciona a las personas que participarán del estudio, las cuales presentan características claramente definidas que concuerdan con el propósito de la investigación. No obstante, es necesario considerar que los resultados obtenidos de este tipo de muestras no pueden ser considerados representativos de la población en su totalidad (Alarcón, 2008).

3.2.1. Descripción de la Muestra:

El grupo de estudio quedó conformado por 54 pacientes de ambos sexos, con edades entre los 18 y 60 años, los cuales fueron previamente diagnosticados ya sea con trastorno de tipo depresivo o de tipo ansioso según criterios del CIE 10 (OMS, 1994), y que acuden al Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (Damoc) en el período de setiembre a noviembre del 2017.

En la Tabla 2, se observan las características sociodemográficas cualitativas de la muestra del presente estudio. Con respecto al género, el 44% de los evaluados (n=30) son mujeres y el 56% son varones (n=24). Según la edad, predominaron los participantes con edades de 22 a 31 años (38.89%), seguidos por aquellos que poseen de 32 a 42 años (29.63%). Con respecto al estado civil, la mayoría de los participantes señaló ser soltero (a) (70.37%). En relación a la zona de residencia, se indica que predominan los pacientes que viven en Lima Este (83.33%), de los cuales la mayor parte procede de la costa (72.22%). Tomando en cuenta el grado de instrucción, el 46.30% tiene estudios superiores, un 31.48% registra estudios técnicos y un 20.37% ha culminado la secundaria. Asimismo, se supo que el 64.81% trabaja y, sobre su ocupación actual, el 37.04% se desempeña en actividades laborales de oficio, el 33.33% tiene una profesión, el 20.37% realiza actividades académicas, el 7.41% lo conforman las amas de casa y un 1.85% corresponde a los jubilados. Además, el 66.67%, la gran mayoría, mencionó no tener hijos, frente a una minoría representada por el 35.71% de los participantes que tenían descendencia. La mayor cantidad de evaluados (n=34) presenta trastornos de ansiedad (n=8 con trastorno obsesivo compulsivo, n=6 con fobia social, n=4 con trastorno de pánico, n=2 otros trastornos de ansiedad sin

especificación, n=1 agorafobia, n=2 con trastorno de estrés postraumático y n=11 con trastorno de ansiedad generalizada) como diagnóstico (62.96%), seguido por otro grupo menor (37.04%) con trastorno de depresión (n=20), (n=10 con episodio depresivo moderado, n=3 con episodio depresivo grave, n=6 con trastorno depresivo recurrente y n=1 con distimia). Asimismo, con respecto al tiempo de terapia predominan los pacientes que llevan un proceso terapéutico igual o mayor a 12 meses (33.33%), seguidos por aquellos que llevan de 1 a 3 meses, y por otros de 4 a 11 meses (ambos con el 24.07%). Por último, se encontró que la gran mayoría percibe un mayor apoyo por parte de sus familiares (81.48%).

Tabla 2.

Características sociodemográficas de la muestra con trastornos depresivos y ansiosos.

Variables sociodemográficas		f	%
Sexo	Masculino	24	44.44
	Femenino	30	55.56
Grupo de edad	De 18 a 21 años	7	12.96
	De 22 a 31 años	21	38.89
	De 32 a 42 años	16	29.63
	De 43 años a más	10	18.52
Estado civil	Casado	6	11.11
	Conviviente	6	11.11
	Soltero	38	70.37
	Divorciado	4	7.41
Zona de residencia	Lima Centro	6	11.11
	Lima Este	45	83.33
	Lima Norte	1	1.85
	Lima Sur	2	3.70
Región	Costa	39	72.22
	Sierra	14	25.93
	Extranjero	1	1.85
Grado de instrucción	Secundaria Completa	11	20.37
	Superior Técnica	17	31.48
	Superior Universitaria	25	46.30
	Postgrado	1	1.85
Trabaja	Sí	35	64.81
	No	19	35.19
Ocupación	Actividades laborales (oficio)	20	37.04

	Actividades laborales (profesión)	18	33.33
	Actividades académicas	11	20.37
	Actividades del hogar	4	7.41
	Jubilado	1	1.85
Hijos	Sí	18	33.33
	No	36	66.67
Diagnóstico	Ansiedad	34	62.96
	Depresión	20	37.04
Tiempo de terapia (categoría)	Menos de 1 mes	10	18.52
	De 1 a 3 meses	13	24.07
	De 4 a 11 meses	13	24.07
	De 12 meses a más	18	33.33
Apoyo percibido	Familiares	44	81.48
	Profesional	7	12.96
	Amigos	1	1.85
	Religión	1	1.85
	Ninguno	1	1.85

n = 54. % = Proporción. f = Frecuencia

En la Tabla 3, se presentan los aspectos sociodemográficos cuantitativos de la muestra. Así, se señala que la edad de los asistentes oscilaba entre los 18 y 60 años, pero la edad promedio del grupo era 34. Respecto al número de hijos que tenían los participantes, se encontró que variaban entre ninguno y 3 hijos, sin embargo, la mayoría no los tenía. Asimismo, en referencia al tiempo de intervención terapéutica recibida, se encontró que estaban entre los 0 y 12 meses de tratamiento, aunque el tiempo promedio de terapia del grupo era de 6 meses.

Tabla 3.

Características sociodemográficas cuantitativas de la muestra con trastornos de depresión y ansiedad.

Variables	M	DE	Mín.	Máx.
Edad	33.56	11.89	18	60
Número de hijos	0.52	0.84	0	3
Tiempo de terapia	6.19	4.97	0	12

3.3. Criterios de Inclusión

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- Presenta un diagnóstico clínico de trastorno depresivo o ansioso, codificado según la clasificación CIE-10 (OMS, 1994) y consignado en su historia clínica.
- Asiste al departamento de modificación de conducta del hospital de salud mental elegido por la investigadora.
- Tiene una edad comprendida entre 18 años a más.
- Posee un nivel de instrucción secundaria o mayor.

3.4. Criterios de Exclusión

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Presenta otros cuadros psiquiátricos, como diagnósticos de desordenes mentales orgánicos, trastornos mentales y de la conducta a causa de la ingesta de drogas, esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes, trastornos de personalidad y del comportamiento adulto y retraso mental, según los criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 1994).
- Padece de trastornos que afecten la comprensión lectora.

4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos utilizados para recabar la información requerida consistieron en una ficha de datos demográficos y el Registro de Opiniones de Albert Ellis.

4.1 Ficha de Datos

Los datos sociodemográficos recogidos de cada participante fueron los siguientes: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de nacimiento, ocupación, tiene hijos, etc.; a través de un cuestionario. (Ver Anexo 2).

4.2. Registro de Opiniones de Ellis - (Ver Anexo 3)

a. Ficha Técnica

En la presente investigación se aplicó el Registro de Opiniones de Albert Ellis (ROAE), que fue creado por Albert Ellis en EE.UU., cuyo nombre original era Irrational Beliefs Test (IBT). La versión en inglés estuvo a cargo de Davis Mc. Kay y Eshelman en 1968, y más adelante fue traducida por Robleto Navas en 1998. Esta última versión se utilizó para la presente investigación. El propósito de la prueba es distinguir las ideas irracionales que generan malestar en el paciente. Está compuesta por diez dimensiones, las que determinan 10 creencias irracionales. Cada creencia irracional es estudiada por medio de diez ítems. Por ello, se cuenta con un total de 100 ítems o reactivos (Velásquez, 2002). El instrumento evalúa las siguientes creencias irracionales propuestas por Ellis:

Tabla 4.

Descripción de las Creencias Irracionales de Ellis

N° de Creencias	Descripción
Creencia n.º 1:	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
Creencia n.º 2:	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
Creencia n.º 3:	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
Creencia n.º 4:	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.

-
- Creencia n.º 5: Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
- Creencia n.º 6: Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
- Creencia n.º 7: Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
- Creencia n.º 8: Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
- Creencia n.º 9: El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
- Creencia n.º 10: La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.
-

a. Normas de Aplicación:

La aplicación del Registro de Opiniones de Ellis (ROAE) no cuenta con duración límite para ser respondido; sin embargo, el tiempo requerido para ser completado es de 20 a 30 minutos aproximadamente y se administra a adolescentes y adultos de forma individual o grupal.

b. Procedimiento:

Se muestran de manera inscrita en el bloque de interrogantes, de modo uniformizado, y señalan la consigna: “Conteste con un SI, si está de acuerdo con el ítem planteado y con un NO, si está en desacuerdo. No requiere pensar demasiado tiempo en cada ítem. Anote inmediatamente su respuesta y pase a la siguiente. Cerciórese de contestar lo que Ud. verdaderamente opina, no lo que supone que tendría que creer”.

c. Forma de Calificación:

Respecto a la calificación del instrumento, cada uno de los ítems tiene al lado un paréntesis con uno (.) o dos puntos (..). Con relación a la puntuación, es necesario escribir un punto en el área destinada para la puntuación, si el ítem tiene un solo punto (.) y ha respondido: “Estoy de acuerdo”, y también si el ítem tiene dos puntos (..) y su respuesta ha sido: “No estoy de acuerdo”.

Así mismo, en la calificación los ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 33, 34, 38, 42, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 55, 62, 63, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 84, 89, 90, 96, 99 y 100; son directos (.) y los ítems 4, 5, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 48, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 68, 74, 77, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 97 y 98; son inversos (..). Los ítems del 1 al 100 se organizan en 10 grupos, se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Organización por grupos de las creencias irracionales de Ellis

Creencias	Nº de ítems	Total
I	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 y 91	10
II	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 y 92	10
III	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83 y 93	10
IV	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 y 94	10
V	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95	10
VI	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86 y 96	10
VII	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87 y 97	10
VIII	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88 y 98	10
IX	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 y 99	10
X	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 100	10
TOTAL		100

Por último, se cuentan las calificaciones de cada idea de manera separada y se obtiene de este modo una cantidad global para cada una de ellas. Los ítems estiman la repetición de los pensamientos erróneos. Al respecto, se toma en consideración cero (0) como la ausencia de la frecuencia y el número 10 el de mayor puntaje. Como puede apreciarse en la Tabla 6, un puntaje de 0 a 3 corresponde a un nivel bajo, el de 4 a 6 se considera un nivel medio de irracionalidad, y de 7 a 10 se le atribuye un nivel alto de irracionalidad. En resumen, entre mayor el puntaje global por grupo, mayor será la conformidad con el pensamiento distorsionado.

Tabla 6.

Categorización de las Creencias Irracionales en niveles

Creencias	Bajo	Medio	Alto
Creencia 1	0 - 1	2 - 6	7 - 10
Creencia 2	0 - 3	4 - 6	7 - 10
Creencia 3	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Creencia 4	0 - 2	3 - 5	6 - 10
Creencia 5	0 - 2.74	2.75 - 4	5 - 10
Creencia 6	0 - 4	5 - 6	7 - 10
Creencia 7	0 - 3	4 - 7.24	7.25 - 10
Creencia 8	0 - 3	4	5 - 10
Creencia 9	0 - 2	3 - 5	6 - 10
Creencia 10	0 - 3	4 - 6	7 - 10

d. Propiedades Psicométricas: Validez y Confiabilidad

1. Validez de Contenido

En cuanto a la validez del instrumento, a nivel nacional no se han reportado aportes claros y sustanciales al respecto. Bocanegra (1990) en Lima, en

un grupo de adictos y un grupo control de no consumidores de sustancias psicoactivas; determinó que el registro de opiniones de Ellis cuenta con validez de contenido a través del método de jueces, donde 19 de los 100 ítems fueron quitados por afectar la validez del mismo. Asimismo, Tang (2011) encontró la misma evidencia de validez, utilizó el coeficiente V de Aiken para su contrastación, donde los coeficientes se encontraron entre .80 y 1.00, lo cual confirma que la prueba posee validez de contenido. Si bien es cierto que dentro de los criterios metodológicos se indica que es recomendable utilizar instrumentos que cuenten con evidencias de validez a nivel de constructo, o por lo menos convergencia, tal como indica Navas (1998), el Registro de Opiniones de Albert Ellis cuenta con una amplia aceptación y aplicación dentro de la comunidad de psicólogos clínicos que realizan la práctica profesional empleando el encuadre teórico de la psicoterapia Racional Emotiva-Conductual en Estados Unidos, lo cual ratifica que el instrumento posee validez de contenido.

Para esta investigación se empleó la validez de contenido, la cual tiene como objetivo establecer si los ítems de un interrogatorio expresan apropiadamente el dominio que se desea cuantificar. Esta forma de validez hace uso de la evaluación de jueces competentes, quienes se encargarán de evaluar la concordancia de los reactivos con el objetivo de la prueba; por ello, esta técnica es denominada como “el criterio de jueces” (Escrura, 1988). Para ello, el método se basó en dar a conocer a un conjunto de cinco jueces (Escobar y Cuervo, 2008) el instrumento de evaluación, con el propósito de que examinen si las preguntas del estudio determinaban apropiadamente la idea irracional sostenida. Posterior a ello, se llevó a cabo el análisis respectivo empleando el coeficiente V de Aiken (Aiken,

2003). “Este factor puede alcanzar rangos entre 0 y 1, y a más alto valor, la validez también será mayor” (Escurra, 1988, p. 107). En el presente estudio, se encontró que todos los ítems poseen una validez entre 0.80 y 1, permitiendo apreciar que los ítems en su totalidad son significativos y válidos (ver anexo 6.).

2. Confiabilidad:

Respecto a la confiabilidad del instrumento, esta fue analizada por Bocanegra (1990), encontró un nivel de confiabilidad satisfactorio con valores del estadístico Kuder-Richardson 20 entre .63 y .78. De igual manera, Pacheco (1998) efectuó el análisis de confiabilidad por consistencia interna, obteniendo un alfa de cronbach de 0.78., Además, este resultado se asemejó al encontrado por Velásquez en el año 2002 en su estudio sobre las creencias irracionales y ansiedad en admitidos a la universidad nacional de ingeniería, al realizar la prueba de confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente alfa de cronbach donde alcanzó un valor de 0.74. Ambos productos permiten determinar que el test es fiable y sus calificaciones son estables.

Por su parte, Otero (2004), al utilizar el alfa de cronbach para hallar la confiabilidad obtuvo un alfa general del instrumento de 0.76 y en el análisis por cada creencia, alcanzó valores entre 0.56 a 0.72, dichos resultados indicaron que tanto el instrumento como cada dimensión poseen una adecuada confiabilidad. Asimismo, Aspillaga (2011), en una muestra de 40 usuarios que solicitaron atención en un proyecto de motivación y orientación en drogodependencias, analizó la confiabilidad por medio del coeficiente de consistencia interna alfa de cronbach, obteniendo valores entre 0.404 a 0.773 para cada una de las dimensiones (creencias) que conforman el inventario. Finalmente, Kuba (2017),

realizó un análisis de confiabilidad mediante el método por consistencia interna, usando el coeficiente alfa de cronbach, con un valor de 0.81.

Para esta investigación, se llevó a cabo un test piloto a un grupo de 30 personas (Corral, 2009) con las mismas características de la población de estudio, con la finalidad de verificar la confiabilidad del Registro de Opiniones de Albert Ellis, a través del índice de consistencia interna de Kuder-Richardson (KR-20), aplicado para determinar el coeficiente de confiabilidad en pruebas dicotómicas (Martínez, Hernández, M. y Hernández, J. 2014). Para ello, el procedimiento consistió en coordinar con el jefe de área para ubicar a todos los pacientes que participarían en el estudio. De manera que, se observó la fecha y hora de sus citas, ya sea con el médico psiquiatra o con el psicólogo encargado de su atención. Con la información brindada, se programó la evaluación de diez a quince pacientes por semana en el hospital, después de su terapia individual. Luego, se presentó el documento del consentimiento informado (ver Anexo 1), el cual fue revisado conjuntamente con el paciente para el conocimiento de sus derechos acerca de la investigación (objetivos, procedimiento, beneficios y riesgos) y después de la confirmación de su participación voluntaria en el estudio, se procedió a la firma del documento. Seguidamente, se administró el cuestionario a pacientes con diagnóstico de ansiedad y diagnóstico de depresión. Al concluir la recolección de los datos, se exportó la base de elementos para su respectivo estudio estadístico con el programa SPSS; donde se obtuvo un coeficiente de 0.760, cuyo valor es aceptado con respecto a la confiabilidad (Corral, 2009) (ver anexo 4).

4.3. Condición Diagnóstica

Para determinar si un paciente presenta trastorno de ansiedad o depresión, se tomó en cuenta el diagnóstico dado por el médico psiquiatra a cargo, registrado en su historia clínica y facilitado por la institución de salud mental.

5. PROCEDIMIENTO

Para empezar, se localizó el expediente clínico del usuario, eligiendo únicamente los casos de pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y aquellos diagnosticados con trastornos ansiosos.

Posterior a ello, se procedió a la toma de las pruebas pertenecientes a la muestra, la que incluyó la presentación de la investigadora con cada participante y la firma del documento del consentimiento informado.

Es importante recalcar que en cuanto a la administración del instrumento, esta se realizó en un espacio de carácter privado, a los analizados se les comunicó que a través del registro de opinión no se buscaba calcular desempeño, ingenio o habilidad, ni patología. Se remarcó que con el llenado del formulario solamente se solicitaba su criterio, además del mantenimiento de la confidencialidad de sus datos. Se les proporcionaron las instrucciones respecto al empleo del registro: debían completar todos los ítems, no debían elegir más de una respuesta y en caso de cualquier duda (mientras respondían a las preguntas) estaba permitido consultar.

Para ello, en primer lugar, cada uno de los participantes respondieron por escrito de forma anónima e individual a un registro sociodemográfico destinado a la recolección de referencias de los colaboradores: sexo, edad, ocupación, estado

civil, nivel educativo, lugar de procedencia, entre otros; en segundo lugar, se aplicó el registro de opiniones por un tiempo promedio de 30 minutos.

Luego de haber recolectado los datos, se elaboró la base de datos en el software Excel. Seguidamente, se exportó para ser tratada en el programa estadístico SPSS. Finalmente, se trabajó en la elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este apartado tiene la finalidad de explicar que en la presente investigación se protegieron los derechos, el bienestar y la privacidad de las personas que participaron en este estudio.

Para ello se acataron todas las recomendaciones dadas por parte del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, cabe resaltar que en el presente estudio se respetaron los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y respeto a la autonomía, los cuales están mencionados en el *“Manual de procedimientos del Comité Institucional de Ética para Humanos en Investigación”* (CIE, 2015).

Para lograr el principio de no maleficencia, se proporcionó un ambiente tranquilo para que los participantes respondan de forma adecuada a cada pregunta del cuestionario, además se permaneció a una distancia prudente para que no se sientan observados. Asimismo, se les indicó que la evaluación era de carácter anónimo, por lo que en la recolección de datos no se los identificó con su nombre, sino que fueron identificados únicamente por un código; respetando de esta manera la confidencialidad de los datos.

Respecto al principio de beneficencia, se les indicó a cada participante la conveniencia de llevar a cabo el estudio, considerando el obtener un mayor conocimiento sobre la patología estudiada (depresión o ansiedad), el mejorar su proceso de evaluación e intervención dirigido al trastorno que padece, lo que generará un potencial beneficio para su persona a futuro.

Además, con la finalidad de respetar el principio de justicia, a todos los participantes se les proporcionó el mismo trato, sin importar su edad, sexo, nivel socioeconómico, discapacidad o cualquier característica similar; esto anuló cualquier tipo de discriminación posible, por lo que la información que proporcionó cada participante fue igual de relevante para el estudio.

Finalmente, se consideró el principio de respeto a la autonomía, de modo que se les explicó a los participantes de manera comprensible y detallada el propósito y proceso de las estimaciones, además se les indicó que poseen total libertad de aceptar o abandonar su participación en la investigación, en caso así lo deseen.

7. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se transfirieron a una base previamente elaborada utilizando el programa Microsoft Excel 2016. Una vez llenada la matriz se procedió a la identificación de irregularidades de algún valor en la misma. Luego, se llevó a cabo la calificación del instrumento de evaluación (cálculo de puntuaciones para cada dimensión, precisión de categorías, puntuaciones totales, etc.). Para ello se utilizó un libro de códigos mediante el cual se procedió a la codificación de las variables categóricas y, finalmente, los resultados se trasladaron al sistema estadístico SPSS para su respectiva interpretación.

Posteriormente, se procedió a la especificación de la muestra investigada de acuerdo con los datos sociodemográficos tomados en cuenta en el estudio. Para ello, se realizaron cuadros expositivos conforme al tipo de variable. Por un lado, las variables categóricas (sexo, zona de residencia, estado civil, actividad laboral y consulta psicológica) fueron descritas usando tablas de frecuencia en las que se hizo uso de sus respectivos porcentajes. Por otro lado, las variables cuantitativas (edad, número de hijos y duración de la terapia) fueron descritas empleando una medida de tendencia central (promedio) y una medida de dispersión (desviación estándar).

Seguidamente, se realizó el contraste de normalidad. Para ello, se utilizó el estadístico Shapiro Wilk. Posterior a la administración de la prueba estadística se determinó la “normalidad” de los resultados en relación al nivel de significancia (ver anexo 7). Al respecto, se consideró que para las distribuciones que muestren una significancia mayor a 0.05 poseen una distribución que se parezca a una curva normal; en tanto que aquellas distribuciones con una significancia menor a dicho valor se diferencian de esta distribución. Después se analizó la confiabilidad del instrumento psicológico, para tal propósito, se empleó el coeficiente KR-20 de Kuder y Richardson (ver anexo 4). Se optó por usar esta prueba estadística debido a la naturaleza dicotómica del instrumento, dado que el Registro de Opiniones de Ellis presenta dos alternativas de respuesta: “Sí” o “NO”. Posteriormente se elaboraron tablas descriptivas, donde se muestran los resultados para el instrumento seleccionado.

También, se realizaron las tablas de estadística descriptiva concernientes a los productos obtenidos después de la administración del instrumento, se procedió

a la categorización de dichos resultados, clasificando cada una de las creencias en las categorías de “Bajo”, “Medio” y “Alto” (ver anexo 8).

Finalmente, se realizó el análisis estadístico inferencial. Así, se empezó por el primer objetivo del estudio, mediante el cual se llevó a cabo un análisis descriptivo comparativo. Cabe mencionar que para la elección de la prueba estadística más apropiada, se consideraron las puntuaciones del análisis de normalidad. Para los datos que presentaron una distribución normal ($p > .05$) se consideró el uso de estadísticos paramétricos: la prueba T de Student, en el caso de que la variable categórica presente dos categorías, o la prueba ANOVA de un factor, siempre que presente más de dos categorías. Mientras que en el caso que los datos no presenten una distribución normal ($p < .05$) se consideró el uso de pruebas estadísticas no paramétricas: la prueba U de Mann-Whitney, si la variable categórica presenta dos categorías, o la prueba Kruskal-Wallis, si presenta más de dos categorías.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados de la investigación conforme al objetivo general y a los objetivos específicos planteados al inicio.

En lo que se refiere al objetivo general, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y aquellos diagnosticados con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental en Lima”, los resultados se presentan en la Tabla 7.

En la Tabla 7, se observó que, entre ambos grupos de pacientes, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales, a excepción de la creencia 9 que señala que “el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”. En efecto, se confirmaron diferencias estadísticamente significativas ($U = -2.076$; $p = 0.043$), que señalan que los pacientes con trastorno depresivo ($M = 5.10$; $DE = 2.02$) son quienes presentaron mayores puntajes en esta creencia que los pacientes con trastorno ansioso ($M = 3.91$; $DE = 2.04$).

Tabla 7.

Creencias Irracionales según diagnóstico de ansiedad o depresión

Creencias irracionales	Diagnóstico	Estadísticos descriptivos						Contraste de hipótesis	
		M	DS	Mín.	Máx.	Asimetría	Curtosis	Estadístico	Sig.
Creencia 01	Ansiedad	4.79	2.40	1	10	0.076	-0.846	0.481 ^a	0.632
	Depresión	4.45	2.76	1	10	0.559	-0.881		
Creencia 02	Ansiedad	5.21	1.82	1	9	-0.388	-0.130	-1.381 ^a	0.173
	Depresión	5.90	1.71	3	9	-0.247	-0.757		
Creencia 03	Ansiedad	4.79	1.70	1	9	0.146	0.379	0.782 ^a	0.438
	Depresión	4.40	1.93	1	9	0.632	0.837		
Creencia 04	Ansiedad	4.38	1.92	1	9	0.367	-0.414	262.500 ^b	0.160
	Depresión	5.00	1.69	1	7	-0.513	-0.159		

Creencia 05	Ansiedad	3.44	1.62	1	8	0.865	0.941	296.500 ^b	0.425
	Depresión	3.65	1.69	1	6	-0.323	-0.884		
Creencia 06	Ansiedad	6.24	1.71	3	9	-0.157	-0.856	1.258 ^a	0.214
	Depresión	5.60	1.93	1	9	-0.291	0.624		
Creencia 07	Ansiedad	5.65	1.91	3	9	0.150	-1.219	335.500 ^b	0.935
	Depresión	5.65	1.69	3	8	0.326	-1.378		
Creencia 08	Ansiedad	4.44	1.26	2	7	0.044	-0.643	309.000 ^b	0.563
	Depresión	4.20	0.95	2	6	-0.440	0.253		
Creencia 09	Ansiedad	3.91	2.04	0	9	0.310	-0.060	-2.076 ^a	0.043*
	Depresión	5.10	2.02	1	9	-0.108	-0.250		
Creencia 10	Ansiedad	5.56	1.93	2	10	0.378	-0.310	0.485 ^a	0.630
	Depresión	5.30	1.84	2	10	0.637	1.155		

^a T de Student. ^b U de Mann-Whitney.

* p < .05.

Los resultados que se exponen en seguida pertenecen a los objetivos específicos propuestos.

Respecto al objetivo específico 1, “identificar las creencias irracionales de los pacientes con trastornos depresivos que asisten a un servicio de salud mental en Lima”, los resultados se presentan en la Tabla 8.

En la Tabla 8, se manifiestan los estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos y las proporciones en los niveles de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo. Se observó que en los pacientes con trastorno depresivo, las creencias que presentan mayores puntuaciones fueron la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” (M = 5.90; DE = 1.71), seguida por la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (M = 5.65; DE = 1.69); mientras que aquellas creencias que obtuvieron puntuaciones más bajas fueron la creencia 5: “los acontecimientos externos son la causa de la

mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones” (M = 3.65; DE = 1.69), seguida por la creencia 8: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” (M = 4.20; DE = 0.95). Además, al analizar las proporciones en los niveles de cada creencia se encontró que, en todos los casos, la mayoría de pacientes se ubicó en el nivel Medio, en un intervalo del 40% al 70% de pacientes; cabe resaltar que el nivel Alto, en casi todos los casos, es el que alberga la segunda mayor cantidad de pacientes, en un intervalo de 20% a 45%, a excepción de la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, siendo en este caso el nivel Bajo el que tiene la segunda mayor cantidad de pacientes, con un 30%.

Tabla 8.

Creencias Irracionales de los pacientes con trastornos depresivos

Creencias	Estadísticos descriptivos						Categorías					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	Asimetría	Curtosis	Bajo		Medio		Alto	
							f	%	F	%	f	%
Creencia 1	4.45	2.76	1	10	0.559	-0.881	2	10%	12	60%	6	30%
Creencia 2	5.90	1.71	3	9	-0.247	-0.757	2	10%	10	50%	8	40%
Creencia 3	4.40	1.93	1	9	0.632	0.837	6	30%	10	50%	4	20%
Creencia 4	5.00	1.69	1	7	-0.513	-0.159	1	5%	10	50%	9	45%
Creencia 5	3.65	1.69	1	6	-0.323	-0.884	4	20%	9	45%	7	35%
Creencia 6	5.60	1.93	1	9	-0.291	0.624	5	25%	8	40%	7	35%
Creencia 7	5.65	1.69	3	8	0.326	-1.378	1	5%	14	70%	5	25%
Creencia 8	4.20	0.95	2	6	-0.440	0.253	4	20%	8	40%	8	40%
Creencia 9	5.10	2.02	1	9	-0.108	-0.250	2	10%	9	45%	9	45%
Creencia 10	5.30	1.84	2	10	0.637	1.155	3	15%	13	65%	4	20%

La Tabla 9 presenta los resultados del objetivo específico 2: “identificar las creencias irracionales de los pacientes con trastornos ansiosos que asisten a un servicio de salud mental en Lima”. Se encontró que, en los pacientes con trastornos ansiosos, las creencias que presentan mayores puntuaciones fueron la creencia 6: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” (M = 6.24; DE = 1.71), seguida por la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (M = 5.65; DE = 1.91); mientras que aquellas que obtuvieron puntuaciones más bajas fueron la creencia 5: “los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones” (M = 3.44; DE = 1.62), seguida por la creencia 9: “el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente” (M = 3.91; DE = 2.04). Asimismo, al analizar las proporciones en los niveles de cada creencia, se encontró que, en casi todos los casos, la mayoría de pacientes se ubicó en el **nivel medio**, en un intervalo del 35% al 65% de pacientes. Cabe resaltar que el **nivel alto**, en casi todos los casos, es el que alberga la segunda mayor cantidad de pacientes, en un intervalo de 20% a 48%, a excepción de la creencia 5 y la creencia 9, en las cuales el **nivel bajo** es el que tiene la segunda mayor cantidad de pacientes, con un 27%, en ambos casos.

Tabla 9.

Creencias Irracionales de los pacientes con trastornos ansiosos

Creencias	Estadísticos descriptivos						Niveles					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máy.</i>	Asimetría	Curtosis	Bajo		Medio		Alto	
							f	%	F	%	f	%
Creencia 1	4.79	2.40	1	10	0.076	-0.846	3	8.82	22	64.71	9	26.47
Creencia 2	5.21	1.82	1	9	-0.388	-0.130	7	20.59	19	55.88	8	23.53
Creencia 3	4.79	1.70	1	9	0.146	0.379	6	17.65	16	47.06	12	35.29

Creencia 4	4.38	1.92	1	9	0.367	-0.414	6	17.65	18	52.94	10	29.41
Creencia 5	3.44	1.62	1	8	0.865	0.941	9	26.47	17	50.00	8	23.53
Creencia 6	6.24	1.71	3	9	-0.157	-0.856	6	17.65	12	35.29	16	47.06
Creencia 7	5.65	1.91	3	9	0.150	-1.219	5	14.71	21	61.76	8	23.53
Creencia 8	4.44	1.26	2	7	0.044	-0.643	7	20.59	13	38.24	14	41.18
Creencia 9	3.91	2.04	0	9	0.310	-0.060	9	26.47	18	52.94	7	20.59
Creencia 10	5.56	1.93	2	10	0.378	-0.310	5	14.71	18	52.94	11	32.35

Respecto al objetivo específico 3, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según la edad”, los resultados están señalados en la Tabla 10.

En la Tabla 10, se encontró que entre los grupos por edades no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales que presentan, a excepción de la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” ($K-W = 5.639$; $p = 0.008$) en pacientes entre 32 y 42 años de edad ($M = 7.43$; $DE = 0.98$). Ellos presentaron mayores puntajes en esta creencia y de igual manera en la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” ($K-W = 3.765$; $p = 0.032$), en pacientes entre 32 a 42 años de edad ($M = 6.00$; $DE = 1.91$).

Tabla 10.

Creencias Irracionales según edad en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos

Creencias Irracionales	Edad	Estadísticos descriptivos				Prueba de Kruskal Wallis	
		M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	De 18 a 21 años	2.67	1.15	2	4	2.251 ^a	0.122
	De 22 a 31 años	4.50	2.89	1	8		
	De 32 a 42 años	6.29	2.93	2	10		
	De 43 a más años	3.17	2.14	1	7		
Creencia 02	De 18 a 21 años	4.33	1.53	3	6	5.639 ^a	0.008**
	De 22 a 31 años	5.75	1.89	3	7		
	De 32 a 42 años	7.43	0.98	6	9		

	De 43 a más años	5.00	1.10	4	6		
Creencia 03	De 18 a 21 años	3.00	2.00	1	5	3.765 ^a	0.032*
	De 22 a 31 años	4.00	1.41	2	5		
	De 32 a 42 años	6.00	1.91	4	9		
	De 43 a más años	3.50	1.05	2	5		
Creencia 04	De 18 a 21 años	2.67	1.53	1	4	3.084 ^a	0.062
	De 22 a 31 años	5.50	0.58	5	6		
	De 32 a 42 años	5.57	1.51	4	7		
	De 43 a más años	5.17	1.72	3	7		
Creencia 05	De 18 a 21 años	4.67	1.53	3	6	0.868 ^a	0.478
	De 22 a 31 años	4.25	1.50	3	6		
	De 32 a 42 años	3.00	1.53	1	5		
	De 43 a más años	3.50	2.07	1	6		
Creencia 06	De 18 a 21 años	4.00	3.00	1	7	0.888 ^a	0.478
	De 22 a 31 años	5.50	1.29	4	7		
	De 32 a 42 años	6.14	1.68	4	9		
	De 43 a más años	5.83	2.04	3	9		
Creencia 07	De 18 a 21 años	5.00	1.73	4	7	0.513 ^a	0.679
	De 22 a 31 años	5.50	1.73	4	8		
	De 32 a 42 años	6.29	2.06	3	8		
	De 43 a más años	5.33	1.37	4	8		
Creencia 08	De 18 a 21 años	3.67	1.15	3	5	2.068 ^b	0.558
	De 22 a 31 años	4.50	1.00	3	5		
	De 32 a 42 años	4.00	1.00	2	5		
	De 43 a más años	4.50	0.84	4	6		
Creencia 09	De 18 a 21 años	3.33	2.08	1	5	1.057 ^a	0.395
	De 22 a 31 años	6.00	0.82	5	7		
	De 32 a 42 años	5.29	1.98	3	9		
	De 43 a más años	5.17	2.48	2	8		
Creencia 10	De 18 a 21 años	5.67	0.58	5	6	0.156 ^a	0.925
	De 22 a 31 años	5.00	1.83	3	7		
	De 32 a 42 años	5.57	2.64	2	10		
	De 43 a más años	5.00	1.41	3	7		

^a ANOVA de un factor. ^b Prueba de Kruskal Wallis.

* $p < .05$.

En relación al objetivo específico 4, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos según la edad”, los resultados se reportan en la Tabla 11.

La Tabla 11 permite apreciar que entre los grupos por edades, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales que presentan los pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos.

Tabla 11.

Creencias Irracionales según edad en pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos

Creencias Irracionales	Edad	Estadísticos descriptivos				Contraste de hipótesis	
		M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	De 18 a 21 años	5.75	2.22	3	8	0.988 ^a	0.412
	De 22 a 31 años	5.12	2.52	1	10		
	De 32 a 42 años	3.67	2.06	1	7		
	De 43 a más años	5.00	2.71	1	7		
Creencia 02	De 18 a 21 años	6.75	0.96	6	8	1.409 ^a	0.260
	De 22 a 31 años	5.24	1.56	3	7		
	De 32 a 42 años	4.56	1.59	2	6		
	De 43 a más años	5.00	3.37	1	9		
Creencia 03	De 18 a 21 años	5.00	0.82	4	6	0.660 ^a	0.583
	De 22 a 31 años	5.00	1.46	2	8		
	De 32 a 42 años	4.11	2.03	1	7		
	De 43 a más años	5.25	2.63	3	9		
Creencia 04	De 18 a 21 años	4.75	1.26	3	6	1.737 ^a	0.181
	De 22 a 31 años	5.00	2.18	2	9		
	De 32 a 42 años	3.44	1.67	1	6		
	De 43 a más años	3.50	0.58	3	4		
Creencia 05	De 18 a 21 años	2.50	1.91	1	5	0.599 ^a	0.621
	De 22 a 31 años	3.71	1.93	1	8		
	De 32 a 42 años	3.44	0.88	2	5		
	De 43 a más años	3.25	1.26	2	5		
Creencia 06	De 18 a 21 años	5.25	0.50	5	6	1.024 ^a	0.396
	De 22 a 31 años	6.35	1.77	3	9		
	De 32 a 42 años	6.78	1.56	4	9		
	De 43 a más años	5.50	2.38	3	8		
Creencia 07	De 18 a 21 años	5.50	2.89	3	8	0.981 ^a	0.415
	De 22 a 31 años	6.12	1.76	3	9		

	De 32 a 42 años	4.78	1.20	3	6		
	De 43 a más años	5.75	2.75	3	9		
Creencia 08	De 18 a 21 años	4.75	1.71	3	7	4.377 ^b	0.224
	De 22 a 31 años	4.53	1.28	2	6		
	De 32 a 42 años	3.78	0.97	2	5		
	De 43 a más años	5.25	0.96	4	6		
Creencia 09	De 18 a 21 años	4.75	0.96	4	6	1.450 ^a	0.248
	De 22 a 31 años	3.41	1.94	0	7		
	De 32 a 42 años	3.78	2.44	1	9		
	De 43 a más años	5.50	1.73	4	7		
Creencia 10	De 18 a 21 años	4.25	2.22	2	7	0.710 ^a	0.554
	De 22 a 31 años	5.65	1.90	3	9		
	De 32 a 42 años	5.89	1.36	4	8		
	De 43 a más años	5.75	2.99	3	10		

^a ANOVA de un factor. ^b Prueba de Kruskal Wallis.

* $p < .05$.

En base al objetivo específico 5, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según el sexo”, los resultados se expresan en la Tabla 12.

En la Tabla 12, se encontró que, entre ambos sexos, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales que se presentan, a excepción de la creencia 10: “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido” ($U = -2.717$; $p = 0.014$), las pacientes mujeres con trastorno depresivo ($M = 5.71$; $DE = 1.65$) presentaron mayores puntajes en esta creencia que los pacientes varones con trastorno depresivo ($M = 3.00$; $DE = 1.00$).

Tabla 12.

Creencias Irracionales según sexo en pacientes diagnosticados con trastornos depresivos

Creencias Irracionales	Sexo	Estadísticos descriptivos				Contraste de hipótesis	
		M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	Masculino	2.67	1.53	1	4	-1.229 ^a	0.235
	Femenino	4.76	2.84	1	10		
Creencia 02	Masculino	5.00	1.73	3	6	-0.986 ^a	0.337
	Femenino	6.06	1.71	3	9		
Creencia 03	Masculino	4.00	1.73	2	5	-0.380 ^a	0.708
	Femenino	4.47	2.00	1	9		
Creencia 04	Masculino	5.00	1.00	4	6	0.000 ^a	1.000
	Femenino	5.00	1.80	1	7		
Creencia 05	Masculino	4.00	1.00	3	5	0.379 ^a	0.709
	Femenino	3.59	1.80	1	6		
Creencia 06	Masculino	4.67	1.15	4	6	-0.904 ^a	0.378
	Femenino	5.76	2.02	1	9		
Creencia 07	Masculino	4.00	1.00	3	5	8.500 ^b	0.064
	Femenino	5.94	1.64	4	8		
Creencia 08	Masculino	3.33	1.53	2	5	-1.811 ^a	0.087
	Femenino	4.35	0.79	3	6		
Creencia 09	Masculino	4.67	1.53	3	6	-0.393 ^a	0.699
	Femenino	5.18	2.13	1	9		
Creencia 10	Masculino	3.00	1.00	2	4	-2.717 ^a	0.014*
	Femenino	5.71	1.65	3	10		

^a T de Student. ^b U de Mann-Whitney.

* $p < .05$.

En referencia al objetivo específico 6, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso según el sexo”, los resultados se presentan en la Tabla 13.

En la Tabla 13, se halló que, entre ambos sexos, no existen diferencias significativas respecto a las creencias irracionales que presentan, a excepción de la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” ($U = 54.000$; $p = 0.003$), y en la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” ($U = 59.500$; $p = 0.005$) donde se confirmaron diferencias estadísticamente significativas. En ambos casos, los pacientes varones con trastorno ansioso (creencia 2: $M = 5.95$; $DE = 1.47$; creencia 3: $M = 5.38$; $DE = 1.77$) fueron quienes presentaron mayores puntajes en esta creencia a diferencia de las pacientes mujeres con trastorno ansioso (creencia 2: $M = 4.00$; $DE = 1.73$; creencia 3: $M = 3.85$; $DE = 1.07$).

Tabla 13.

Creencias Irracionales según sexo en pacientes diagnosticados con trastornos ansiosos

Creencias Irracionales	Sexo	Estadísticos descriptivos				Contraste de hipótesis	
		M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	Masculino	5.24	2.30	1	10	1.392 ^a	0.173
	Femenino	4.08	2.47	1	8		
Creencia 02	Masculino	5.95	1.47	2	9	54.000 ^b	0.003**
	Femenino	4.00	1.73	1	7		
Creencia 03	Masculino	5.38	1.77	1	9	59.500 ^b	0.005**
	Femenino	3.85	1.07	2	5		
Creencia 04	Masculino	4.48	1.66	2	8	0.357 ^a	0.724
	Femenino	4.23	2.35	1	9		
Creencia 05	Masculino	3.29	1.74	1	8	-0.707 ^a	0.485
	Femenino	3.69	1.44	2	7		
Creencia 06	Masculino	6.38	1.63	4	9	122.000 ^b	0.602
	Femenino	6.00	1.87	3	9		
Creencia 07	Masculino	5.76	1.81	3	8	0.441 ^a	0.662
	Femenino	5.46	2.11	3	9		

Creencia 08	Masculino	4.43	1.25	2	7	-0.073 ^a	0.942
	Femenino	4.46	1.33	2	6		
Creencia 09	Masculino	3.90	1.61	1	7	-0.025 ^a	-0.980
	Femenino	3.92	2.66	0	9		
Creencia 10	Masculino	5.71	2.12	2	10	0.592 ^a	0.558
	Femenino	5.31	1.60	3	8		

^a T de Student. ^b U de Mann-Whitney.

** p < .01.

Respecto al objetivo específico 7, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales según el tipo de trastorno depresivo”, en la Tabla 14 se señalan los resultados.

En la Tabla 14, se encontró que, entre los grupos por tipo de trastorno depresivo, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales.

Tabla 14.

Creencias Irracionales según diagnóstico de depresión

Creencia	Diagnóstico	Estadísticos descriptivos					Prueba de Kruskal Wallis	
		n	M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	F32.1	10	4.10	2.92	1	10	4.952	0.292
	F33.1	5	3.20	2.17	2	7		
	F32.2	3	6.67	2.52	4	9		
	F33.2	1	4.00	---	4	4		
	F34.1	1	8.00	---	8	8		
Creencia 02	F32.1	10	5.80	1.87	3	8	0.810	0.937
	F33.1	5	5.60	1.52	4	7		
	F32.2	3	6.33	2.52	4	9		
	F33.2	1	6.00	---	6	6		
	F34.1	1	7.00	---	7	7		
Creencia 03	F32.1	10	4.10	2.02	1	8	0.988	0.912

	F33.1	5	4.40	1.14	3	6		
	F32.2	3	5.00	3.61	2	9		
	F33.2	1	5.00	---	5	5		
	F34.1	1	5.00	---	5	5		
Creencia 04	F32.1	10	4.20	1.62	1	7	4.695	0.320
	F33.1	5	5.80	1.64	3	7		
	F32.2	3	6.00	1.73	4	7		
	F33.2	1	5.00	---	5	5		
	F34.1	1	6.00	---	6	6		
Creencia 05	F32.1	10	3.90	1.45	1	6	3.770	0.438
	F33.1	5	2.80	1.79	1	5		
	F32.2	3	3.67	2.52	1	6		
	F33.2	1	3.00	---	3	3		
	F34.1	1	6.00	---	6	6		

Tabla 14 (continuación)

Creencias Irracionales según diagnóstico de depresión

Creencia	Diagnóstico	Estadísticos descriptivos					Prueba de Kruskal Wallis	
		n	M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 06	F32.1	10	5.30	2.06	1	7	0.630	0.960
	F33.1	5	6.20	1.64	5	9		
	F32.2	3	5.67	3.06	3	9		
	F33.2	1	6.00	---	6	6		
	F34.1	1	5.00	---	5	5		
Creencia 07	F32.1	10	5.30	1.64	3	8	2.503	0.644
	F33.1	5	6.00	1.87	4	8		
	F32.2	3	5.67	2.08	4	8		
	F33.2	1	5.00	---	5	5		
	F34.1	1	8.00	---	8	8		
Creencia 08	F32.1	10	3.70	0.95	2	5	6.598	0.159
	F33.1	5	4.40	0.55	4	5		
	F32.2	3	5.00	1.00	4	6		
	F33.2	1	5.00	---	5	5		
	F34.1	1	5.00	---	5	5		
Creencia 09	F32.1	10	5.40	2.27	1	9	1.443	0.837
	F33.1	5	4.40	2.19	2	8		
	F32.2	3	5.00	2.00	3	7		
	F33.2	1	5.00	---	5	5		

	F34.1	1	6.00	---	6	6		
Creencia 10	F32.1	10	5.80	2.30	2	10	3.488	0.480
	F33.1	5	5.00	1.22	4	7		
	F32.2	3	4.33	1.15	3	5		
	F33.2	1	4.00	---	4	4		
	F34.1	1	6.00	---	6	6		

Finalmente, en relación al objetivo específico 8, “determinar si existen diferencias significativas entre las creencias irracionales según el tipo de trastorno ansioso”, los resultados están señalados en la Tabla 15.

En la Tabla 15, se halló que, entre los grupos por tipo de trastorno ansioso, no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) respecto a las creencias irracionales.

Tabla 15.

Creencias Irracionales según diagnóstico de ansiedad

Creencia	Diagnóstico	Estadísticos descriptivos					Prueba de Kruskal Wallis	
		n	M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 01	F42.2	4	4.75	0.50	4	5	8.592	0.476
	F42.1	2	2.00	1.41	1	3		
	F40.1	5	6.80	2.17	5	10		
	F41.1	11	4.55	2.50	1	8		
	F41.9	2	5.00	4.24	2	8		
	F41.0	4	3.75	2.22	2	7		
	F43.1	2	4.50	3.54	2	7		
	F42.0	2	4.00	2.83	2	6		
	F43.1 / F40.0	1	7.00	---	7	7		
	F40.1 / F42.1	1	7.00	---	7	7		
Creencia 02	F42.2	4	5.50	1.00	5	7	5.565	0.783
	F42.1	2	5.50	0.71	5	6		
	F40.1	5	6.40	1.14	5	8		
	F41.1	11	4.91	2.63	1	9		
	F41.9	2	5.00	2.83	3	7		
	F41.0	4	4.25	1.26	3	6		
	F43.1	2	4.00	1.41	3	5		
	F42.0	2	5.50	0.71	5	6		
	F43.1 / F40.0	1	6.00	---	6	6		
	F40.1 / F42.1	1	6.00	---	6	6		

Creencia 03	F42.2	4	5.50	1.29	4	7	10.577	0.306
	F42.1	2	6.00	2.83	4	8		
	F40.1	5	5.00	1.41	3	6		
	F41.1	11	5.27	1.68	3	9		
	F41.9	2	5.50	0.71	5	6		
	F41.0	4	2.75	1.50	1	4		
	F43.1	2	3.00	1.41	2	4		
	F42.0	2	4.50	2.12	3	6		
	F43.1 / F40.0	1	4.00	---	4	4		
	F40.1 / F42.1	1	5.00	---	5	5		
Creencia 04	F42.2	4	3.75	0.96	3	5	12.752	0.174
	F42.1	2	3.50	2.12	2	5		
	F40.1	5	5.80	0.84	5	7		
	F41.1	11	4.45	1.92	2	8		
	F41.9	2	4.00	2.83	2	6		
	F41.0	4	3.00	1.63	1	5		
	F43.1	2	8.00	1.41	7	9		
	F42.0	2	3.50	2.12	2	5		
	F43.1 / F40.0	1	3.00	---	3	3		
	F40.1 / F42.1	1	3.00	---	3	3		
Creencia 05	F42.2	4	3.50	1.73	2	6	10.537	0.309
	F42.1	2	3.50	2.12	2	5		
	F40.1	5	2.80	1.30	1	4		
	F41.1	11	3.09	1.04	2	5		
	F41.9	2	6.50	2.12	5	8		
	F41.0	4	4.00	0.82	3	5		
	F43.1	2	5.00	2.83	3	7		
	F42.0	2	2.50	2.12	1	4		
	F43.1 / F40.0	1	3.00	---	3	3		
	F40.1 / F42.1	1	1.00	---	1	1		

Tabla 15 (continuación).

Creencias Irracionales según diagnóstico de ansiedad

Creencia	Diagnóstico	Estadísticos descriptivos					Prueba de Kruskal Wallis	
		n	M	DS	Mín.	Máx.	Estadístico	Sig.
Creencia 06	F42.2	4	7.00	2.16	4	9	5.584	0.781
	F42.1	2	5.50	0.71	5	6		
	F40.1	5	6.20	1.30	5	8		
	F41.1	11	5.73	1.90	3	8		
	F41.9	2	7.50	2.12	6	9		
	F41.0	4	6.50	2.08	4	9		
	F43.1	2	7.50	0.71	7	8		
	F42.0	2	5.50	2.12	4	7		

	F43.1 / F40.0	1	7.00	---	7	7		
	F40.1 / F42.1	1	5.00	---	5	5		
Creencia 07	F42.2	4	6.00	1.63	4	8	9.152	0.423
	F42.1	2	4.00	1.41	3	5		
	F40.1	5	7.20	2.39	3	9		
	F41.1	11	5.45	2.02	3	9		
	F41.9	2	5.50	2.12	4	7		
	F41.0	4	5.00	1.41	4	7		
	F43.1	2	6.00	0.00	6	6		
	F42.0	2	5.00	1.41	4	6		
	F43.1 / F40.0	1	3.00	---	3	3		
	F40.1 / F42.1	1	8.00	---	8	8		
Creencia 08	F42.2	4	4.50	1.00	4	6	5.375	0.800
	F42.1	2	4.50	0.71	4	5		
	F40.1	5	5.20	1.64	3	7		
	F41.1	11	4.18	1.33	2	6		
	F41.9	2	4.50	0.71	4	5		
	F41.0	4	4.00	0.82	3	5		
	F43.1	2	4.50	2.12	3	6		
	F42.0	2	4.50	2.12	3	6		
	F43.1 / F40.0	1	6.00	---	6	6		
	F40.1 / F42.1	1	3.00	---	3	3		
Creencia 09	F42.2	4	4.00	0.82	3	5	4.030	0.909
	F42.1	2	3.50	0.71	3	4		
	F40.1	5	4.40	2.30	2	7		
	F41.1	11	4.27	2.87	0	9		
	F41.9	2	3.00	2.83	1	5		
	F41.0	4	3.00	1.41	2	5		
	F43.1	2	5.00	1.41	4	6		
	F42.0	2	2.50	0.71	2	3		
	F43.1 / F40.0	1	4.00	---	4	4		
	F40.1 / F42.1	1	4.00	---	4	4		
Creencia 10	F42.2	4	7.25	1.26	6	9	14.321	0.111
	F42.1	2	3.00	1.41	2	4		
	F40.1	5	6.40	1.67	5	9		
	F41.1	11	5.91	1.97	3	10		
	F41.9	2	6.00	2.83	4	8		
	F41.0	4	5.00	0.82	4	6		
	F43.1	2	4.00	1.41	3	5		
	F42.0	2	5.50	2.12	4	7		
	F43.1 / F40.0	1	3.00	---	3	3		
	F40.1 / F42.1	1	3.00	---	3	3		

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El análisis de los resultados permitió determinar que no existen diferencias significativas en las creencias irracionales entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y de aquellos con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental en Lima, por lo que se decidió no aceptar la hipótesis general de esta investigación. Este hallazgo respalda lo encontrado por Nieuwenhuijsen et al. (2010), quienes no evidenciaron ningún tipo de creencia irracional específica predominante en un determinado diagnóstico, es decir, en empleados holandeses que presentaban trastorno ansioso y trastorno depresivo, y señalando que los grupos de pacientes con diferentes diagnósticos difieren más en el nivel de irracionalidad que respecto a los tipos de creencias irracionales. Una posible explicación a este hallazgo puede estar referida a la estructuración de las creencias irracionales en ambos trastornos (David, 2003), donde ansiedad y depresión comparten la creencia irracional nuclear de exigencia (DEM), y tanto la ansiedad relacionada al yo como la depresión cuentan con el pensamiento de autodepreciación (SD) dentro de su estructura, generando que, a pesar que el contenido y dinámica de la creencia irracional pueda variar, no se presenten diferencias relevantes; a esta explicación se le debe agregar el hecho de que el Registro de Opiniones, si bien se enfoca en evaluar las creencias irracionales planteadas por Albert Ellis, no tiene la capacidad de evaluar los componentes que influyen en el desarrollo y estructura de dichas creencias (exigencia, autodepreciación, etc).

No obstante, solamente se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la creencia 9, resaltando que para los pacientes diagnosticados con

depresión el pasado tiene una marcada influencia en todo lo que acontece en su presente, a comparación del grupo con ansiedad. Al respecto, Beck et al, (2010) indican que las estructuras cognitivas que se desarrollan desde etapas tempranas del individuo son influenciadas por factores ambientales, culturales y biológicos, y se manifiestan a través de deseos, preferencias o mediante pensamientos dogmáticos y absolutistas (Ellis, 1981). Esto se presenta con características similares en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo o ansioso; sin embargo, en los pacientes diagnosticados con depresión, la historia del pasado tiende a presentar una mayor influencia en sus conductas actuales, y esto podría deberse a que, en la depresión, el paciente realiza una interpretación catastrófica de los acontecimientos ya ocurridos, en contraste con los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, los cuales interpretan como amenazantes a las diversas situaciones que podrían presentarse en el futuro, sea a corto, mediano o largo plazo.

Esto es coherente con los resultados de la investigación de Villashagñay y Vizuite (2016), quienes encontraron que el 95% de los pacientes internados con depresión consideraban que “los eventos pasados explican su comportamiento presente de los sujetos, y que algún evento que le aconteció seguirá perjudicándolos indefinidamente” (creencia 9). La explicación a este hallazgo ha sido manifestado por Lega et al (2009), quienes mencionan que las ideas relacionadas con el miedo al fracaso están presentes en las personas que padecen depresión y, basándose en la teoría cognitiva donde se señala que la evaluación cognitiva respecto a una situación antecede e influye sobre la respuesta comportamental (emoción y/o conducta), explican que las personas con depresión

evitan enfrentarse a los cambios en el presente, ya que sus pensamientos consideran de manera anticipada que fracasarán basándose en experiencias previas, y , de este modo, exageran la importancia del pasado en sus experiencias actuales. En ese sentido, Ellis y Bernard (1990) señalan que las ideas de “incompetencia” y “sobregeneralización” son las causantes de los trastornos depresivos, ya que estarían reforzando la idea de no afrontar nuevos sucesos y, por ende quedarse anclado en situaciones adversas del pasado. Asimismo, otra explicación es que la depresión se encuentra asociada a los pensamientos negativos sobre el mundo y sobre uno mismo, que van de la mano con la poca tolerancia a la frustración (David et al, 2002). Este tipo de pensamientos infunden un estado de indefensión ante los cambios que deparan los acontecimientos futuros, por lo que la persona no acepta que no es posible conseguir todo lo que uno desea y que no siempre se va a evitar el malestar o sufrimiento ante una determinada situación (David et al, 2010).

En relación a la primera y segunda hipótesis específica, los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados, ni en el caso de pacientes con trastorno depresivo ni en aquellos con trastorno ansioso, según la edad, coincidiendo con lo obtenido en el estudio de Guzmán (2012) realizado en Lima, donde se encontró que la variable edad no se encuentra vinculada con la mayor o menor ocurrencia de ideas ilógicas. Esto podría explicarse debido a que, por lo general, la edad no es un factor determinante en la estructura o la intensidad de las creencias irracionales, sino que influyen más factores ambientales en base a las experiencias del paciente, así como de la estructura de su personalidad, sus

estrategias de afrontamiento al estrés y su repertorio básico de conductas. Además, según los criterios diagnósticos propuestos en el CIE-10 (OMS, 1994), no se señala que la edad sea un factor determinante en la alteración de la dinámica de ninguno de los dos trastornos.

Sin embargo, únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las creencias irracionales de los pacientes con trastorno depresivo según la edad, en la creencia 2: “se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos” y la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, donde el grupo de entre 32 y 42 años obtuvo los puntajes más elevados. Por tanto, estos resultados están en línea con lo reportado por Chávez (2015), en una muestra de pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas, que determina que el grupo de 36 a 45 años presenta una mayor proporción de creencias irracionales; asimismo, coincide con el hecho de que “se debe ser altamente competente en todo lo que uno emprende” (creencia 2); también “es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas” (creencia 1) y “necesitamos de algo o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos” (creencia 8) en un grupo cuyas edades oscilaban entre 46 años a más.

De la misma manera, Hernández y Badel (2011) encontraron en un grupo de adultos jóvenes (20 a 34 años) la idea de “autoexigencia” que guarda relación con la creencia 2. La explicación de los resultados radica en la alta preocupación que manifiestan los pacientes sobre las consecuencias de su conducta, la cual es activada por la creencia irracional primaria de exigencia (DEM), lo cual genera miedo e insatisfacción ante los pensamientos de autodepreciación (SD), y además

se percibe una tendencia a culpabilizar, lo que estaría demostrando que los individuos mayores se inclinan a creer que las personas son dignas de ser acusadas y sancionadas por sus faltas. Esto se podría corroborar al analizar si, en los pacientes con trastornos depresivos o ansiosos, la exigencia (DEM) aumenta con el transcurrir de los años.

En lo que respecta a la tercera y cuarta hipótesis específica, se determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados, ni con trastorno depresivo ni con trastorno ansioso, según el sexo, lo que lleva a no aceptar estas hipótesis planteadas. Estos descubrimientos son semejantes a los encontrados por Coppari et al (2010), en pacientes paraguayos diagnosticados de depresión, y por Nieuwenhuijsen et al (2010), en pacientes holandeses diagnosticados de trastornos de ansiedad y trastornos de depresión, donde en ninguna de estas investigaciones se detectaron diferencias significativas en las creencias según el sexo; además, si bien Guzmán (2012), encontró diferencias significativas según el sexo en el nivel de creencias irracionales, esto solo se presentó en base al puntaje total de la prueba aplicada, mientras que no ocurrió lo mismo en el análisis de cada creencia irracional por separado, donde no se encontraron diferencias significativas. Es posible que estos hallazgos se sustenten bajo los mismos criterios empleados al analizar las creencias irracionales según la edad, donde las variables referidas al ambiente y a la personalidad tienen mayor influencia respecto a la dinámica de dichas evaluaciones cognitivas erróneas.

No obstante, los resultados indicaron que en los pacientes con trastorno depresivo existen diferencias significativas según el sexo en la creencia 10: “la

felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”, siendo las mujeres quienes presentan un puntaje más alto que los hombres. Los resultados permiten explicar que las pacientes mujeres diagnosticadas con depresión tienden a creer en mayor nivel que su felicidad depende de las cosas placenteras que ellas realizan o al mostrar mayor inactividad.

También, es similar a lo encontrado por Sue et al. (2010), quienes exponen que de acuerdo al nivel cultural la depresión es más común en mujeres que en varones. De igual manera, ocurrió algo similar en los pacientes con trastorno ansioso, estableciéndose diferencias significativas según el sexo en la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende”, y la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, donde los varones fueron quienes presentaron mayores puntajes respecto a estas creencias. En respuesta al planteamiento anterior, los resultados explican los altos niveles de preocupación o ansiedad que experimentan los pacientes ante acontecimientos o problemas de la vida cotidiana, ya que buscan ejecutar de manera intachable cualquier situación crítica, además de culpabilizar los comportamientos de los demás y buscar que estas conductas sean castigadas. Tanto lo encontrado en pacientes depresivos como en pacientes ansiosos podría darse, en parte, debido a factores socioculturales y a fundamentos planteados en sociedades en las que la comodidad, el practicismo y el éxito son sobrevalorados y relacionados con un estado de bienestar y satisfacción, estimulando las creencias irracionales de exigencia (DEM) y predisponiendo a las personas a padecer alguna alteración psicológica, lo cual sería interesante analizar en futuras investigaciones.

Con referencia a la quinta y sexta hipótesis específica, en el estudio se determinó que no existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes según el tipo de trastorno, ni en el caso de pacientes con trastorno depresivo ni en aquellos con trastorno ansioso, por lo cual no se aceptan estas hipótesis. Al respecto, cabe acotar que las estructuras cognitivas, que se desarrollan desde etapas tempranas del individuo que son influenciadas por factores ambientales, culturales y biológicos, se manifiestan a través de deseos, preferencias o mediante manifestaciones dogmáticas y absolutistas (Ellis y Bernard, 1990), y sobre todo que presentan características similares entre los diferentes tipos de trastornos, tanto depresivos como ansiosos. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Nieuwenhuijsen et al (2010), y mencionado líneas arriba, donde no encontraron ningún tipo de creencia irracional específica predominante en un determinado diagnóstico. Además, en la investigación de Londoño y Ramírez (2005) no se evidenciaron diferencias significativas al realizar un análisis en un grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor y en otro con distimia. La explicación puede basarse en el hecho de que, tanto en el caso de los trastornos depresivos como en el de los trastornos ansiosos, según la teoría de la TREC, existe una creencia irracional primaria en común que es la exigencia (DEM), que tendría mucha influencia en el desarrollo y dinámica de los trastornos, y que en según el estímulo, sea externo o interno, se presentarían las creencias irracionales secundarias (SD (autodepreciación), LFT (baja tolerancia a la frustración), AWF (terrible/catastrófico), GE (evaluación global negativa de la valía del ser humano), LD (decaimiento de la vida), etc). Por lo tanto, al tener estos trastornos un factor tan preponderante en común es entendible que no se

presenten diferencias estadísticamente significativas al realizar un análisis entre los diferentes tipos de trastornos, incluso entre los que pertenecen a una misma clase.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados alcanzados en la investigación actual se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En relación al objetivo general, se determinó que no existen diferencias significativas entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y aquellos con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental en Lima. Sin embargo, con respecto a la creencia 9, que sostiene que el pasado ejerce influencia en todo lo que acontece en el presente, se observó que los pacientes con trastornos depresivos son los que obtuvieron puntuaciones más altas.
2. Referente al objetivo específico 1, se identificó que los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo presentan la creencia 2: “se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que uno emprende” como la más prevalente.
3. En cuanto al objetivo específico 2, se halló que en los pacientes con trastorno ansioso, la creencia que presenta mayores puntuaciones fue la creencia 6: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”.
4. En referencia al objetivo específico 3, se determinó que no existen diferencias significativas entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según la edad. No obstante, solamente se percibieron diferencias estadísticamente significativas en referencia a la creencia 2: “la necesidad de ser altamente competente en todo lo que uno emprende” y la

creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, en las cuales los pacientes que presentaron mayores puntajes fueron los de 32 a 42 años de edad.

5. Para el objetivo específico 4, se determinó que no existen diferencias significativas en las creencias irracionales entre los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso según la edad; es decir, las creencias no están asociadas a la edad del paciente.
6. En el objetivo específico 5, se determinó que no existen diferencias significativas en las creencias irracionales entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo según el sexo. Aunque cabe mencionar que en el único caso que se presentaron diferencias significativas fue en relación a la creencia 10: “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”, donde las pacientes mujeres con trastorno depresivo son las que obtuvieron mayores puntuaciones.
7. Con respecto al objetivo específico 6, el desarrollo de los resultados permitió determinar que no existen diferencias entre las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso según el sexo. Sin embargo, en los casos particulares de la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”, y la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”, sí existen diferencias estadísticamente significativas, donde para ambos casos, los pacientes varones con trastorno ansioso son los que obtuvieron mayores puntuaciones.

8. En cuanto al objetivo específico 7, se concluyó que no existen diferencias significativas entre las creencias irracionales según el tipo de trastorno depresivo; es decir, las creencias que presentan los pacientes depresivos no están estructuradas de manera específica a un determinado tipo de trastorno.
9. Por último, en cuanto al objetivo específico 8, se determinó que no existen diferencias significativas entre las creencias irracionales según el tipo de trastorno ansioso; es decir, las creencias que presentan los pacientes ansiosos no son exclusivas para un determinado tipo de trastorno.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos se proponen las sucesivas recomendaciones:

1. Se sugieren a los establecimientos de salud mental de Lima Metropolitana, realizar programas de intervención y terapias individuales mediante el enfoque de la TREC, con la finalidad de disminuir la presencia de ideas irracionales en los pacientes diagnosticados con ansiedad. Esto se explica porque en el estudio se identificó que estos presentan un nivel medio (35% - 65%) con tendencia a alto (20% - 48%).
2. Del mismo modo, se sugiere a las instituciones de salud mental de Lima Metropolitana, desarrollar programas de intervención y terapias individuales mediante el enfoque de la TREC, con el objetivo de disminuir la presencia de ideas irracionales en los pacientes diagnosticados con depresión. Para ello, se deberán centrar específicamente en la creencia irracional 2: “debe ser

indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”, debido a que los pacientes depresivos lo presentan en un mayor nivel.

3. Elaborar estudios en el Perú que incluyan la variable creencia irracional, a partir de una muestra clínica, por haber sido poco estudiada.
4. Desarrollar estudios sobre creencias irracionales con un diseño predictivo, que permita identificar qué creencia irracional influye en determinado trastorno depresivo o ansioso.
5. En futuras investigaciones sobre creencias irracionales, analizar la estructura y dinámica de las mismas en los diferentes trastornos, con la finalidad de comprender su funcionamiento y realizar predicciones acertadas a favor de los pacientes con trastornos psicológicos.
6. Replicar la presente investigación en instituciones de salud mental. Para ello, se deberá ampliar el tamaño de la muestra o utilizar determinado tipo de muestreo probabilístico que lleve a extender los resultados a una mayor cantidad de personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. (2003). *Test Psicológicos y Evaluación* (11a ed). México: Pearson Educación.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6a ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Agudelo, D.; Buela-Casal, G. y Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230205>
- Álvarez, L. (2013). *Estructura y secuencia del razonamiento emocional en la depresión*. *Psicoespacios*, 7 (10), 44-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/386505>
- Álvarez, L. (2011). Conceptos irracionales prototípicos de la depresión. Una articulación con las creencias irracionales de la REBT. Un estudio de casos y controles. *Revista de Psicología*, 3 (2), 39-51. Universidad de Antioquía. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11367/10644>
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica*. (6a ed). Caracas: Editorial Episteme, C.A.

- Aspillaga, M. (2011). Creencias irracionales y estilo atribucional en un grupo de jóvenes abusadores de marihuana. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Beck, J. (2009). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. y Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a ed). España: Desclée de Brouwer.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=es
- Bocanegra, C. (1990). Las Creencias Irracionales: Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de pasta básica de cocaína y un grupo de sujetos no consumidores de drogas: Un estudio racional emotivo. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

- Bridges, K. y Harnish, R. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Scientific Research*, 2 (8), 862-877. doi: 10.4236/health.2010.28130
- Caballo, V., Salazar, I. y Carroble, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos Psicológicos* (3a ed.). España: Ediciones Pirámide.
- Cabezas, H. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109. doi: 10.15517/revedu.v30i2.2232
- 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16715203>
- Caro, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4199727>
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. modelos y técnicas principales*. España: Desclée de Brouwer.
- Ciarrochi, J. (2004). Relationships Between Dysfunctional Beliefs and Positive and Negative Indices of Well-Being: A Critical Evaluation of the Common Beliefs Survey-III. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(3), 171-188. doi: 10.1023/B:JORE.0000047306.55720.4e

- Cisneros, S. y Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos*. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- Coppari, N., Benítez, S., Calvo, S., Concolino, C., Galeano, S., Gamarra, R., Garcete, L. y Benítez, S. (2010). Relación entre creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios. *Eureka*, 7(2), 32-52. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-2-10-10.pdf>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 228-247. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Comité Institucional de Ética para Humanos (2015). Manual de procedimientos del Comité Institucional de Ética para Humanos en Investigación (CIE). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 04 de febrero del 2018, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duict/comites/comite-institucional-de-etica-para-humanos>
- Cutrona, C., Russell, D., Brown, P., Clark, L., Hessling, R. y Gardner, K. (2005). Neighborhood Context, Personality, and Stressful Life Events as Predictors of Depression Among African American Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 3-5. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.3
- Chávez, M. (2015). Correlación entre las creencias irracionales y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes de un centro de

- rehabilitación de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica Herediana*, 10 (1-2), 1-15. doi: 10.20453/rph.v10i1-2.3019
- Chelminski, I. y Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 533-546. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00246-3
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: Wiley.
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Craske, M. (2003). *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why More Women than Men?* Estados Unidos: Elsevier.
- David, D., Lynn, S. y Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs. Implications for research, theory, and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- David, D. (2003). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): The view of a cognitive psychologist. En W. Dryden (Ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: Theoretical developments (Advancing Theory in Therapy)* (pp.1-270). Londres: Routledge.

- David, D., Schnur, J., y Belloiu, A. (2002). Another search for the “hot” cognitions: appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20(2), 93-131. doi: 10.1023/A:1019876601693
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Washington: Norton.
- Dryden, W. (2012). *Understanding Emotional Problems: The REBT perspective*. Nueva York: Routledge.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2010). *A Primer on Rational Emotive Behavior Therapy* (3a ed.). Champaign: Research Press.
- Dryden, W., David, D. y Ellis, A. (2009). Rational emotive behavior therapy. En K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3a ed., 1-481). Nueva York: The Guilford Press.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- Ellis, A. (2015). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance: A rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*. (2a ed). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A (2003). *Razón y Emoción en Psicoterapia* (6a ed.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Ellis, A. (1981). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172. doi: 10.1007/BF01061227
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32(2), 145-168.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The Rational-Emotive Approach*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Dryden, W. (2007). *The practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. (2a ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36. Recuperado de: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo_3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología de la PUCP*, 6 (2), 103-111. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
- Emmelkamp, P. (2012). *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*. Nueva York: Plenum Press.
- Fergus, T. (2013). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 248- 259. doi: 10.1002/jclp.22012

- Fresco, D., Sampson, W., Craighead, L. y Koons, A. (2001). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(1), 17-31. Recuperado de <https://www.questia.com/library/p61764/journal-of-cognitive-psychotherapy>
- Gallarday, D. (2016). *Nivel de ansiedad en adultos con hipertensión arterial controlada y no controlada en el primer nivel de atención*. (Tesis de grado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2172>
- García, S. (2014). Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de medicina de una universidad nacional. (Tesis de maestría). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.
- Garnesfski, N. y Kraaij, V. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotive regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 30 (8) ,1-8. doi: 10.1080/02699931.2016.1232698
- Gavin, A., Scott, H. y Wayne, H. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 145- 153. doi: 10.1192/bjp.178.2.145
- González, C.; De Greiff, E. y Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: Evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Revista Psicología. Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114006>

- Guzman, P. (2012). Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio. (Tesis de maestría). UNMSM, Lima, Perú.
- Hauck, P. y McKeegan, P. (2000). Aplicación de la REBT al tratamiento de la depresión. En J. Yankura y W. Dryden (Eds.), *Terapia conductual racional emotiva (REBT). Casos Ilustrativos*. (1-324) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hernández, G. y Badel, M. (2011). Creencias irracionales que poseen los estudiantes del programa de psicología de la corporación universitaria del Caribe CECAR, de la ciudad de Sincelejo, Colombia. *Revista Escenarios CECAR*, 1(11), 49-70. Recuperado de <http://revistas.cecar.edu.co/escenarios/article/view/252>
- Hospital Hermilio Valdizán (2016). Perfil de pacientes que se atienden en consulta externa y en emergencia (atenciones médicas psiquiátricas). Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas.html>
- Hospital Víctor Larco Herrera (2017). Sala Situacional. Recuperado de <http://larcoherrera.gob.pe/estadisticas/estadistica/433-2017/sala-situacional.html>
- Hyland, P.; Shevlin, M.; Adamson, G. y Boduszek, D. (2014). The moderating role of rational beliefs in the relationship between irrational beliefs and posttraumatic stress symptomology. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (3), 312-326. doi: 10.1017/S1352465813000064.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2016). *Compendio estadístico 2016, oficina de estadística e informática*.

Recuperado el 05 de enero del 2018, de:

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2013).

Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 29 (1), 1-392.

Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Iturralde, K. y Arévalo, M. (2009). La depresión como factor de riesgo para un

inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 34(1), 8-14. Recuperado de

http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/310

Jurado y Rascón (2011). Ideas irracionales y padecimientos psicológicos: análisis

en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11(s/n), 83-99. Recuperado de

<http://masterforense.com/pdf/2011/2011art5.pdf>

Kendall, P.; Haaga, D.; Ellis, A.; Bernard, M.; Di Giuseppe, R. y Kassinove, H.

(1995). Rational-emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review*, 15(3),

169-185. doi: 10.1016/0272-7358(95)00008-D

Kessler, R.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K. y Walters, E.

(2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of*

General Psychiatry, 62(6), 593- 602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12646294>
- Kuba, C. (2017). Relación entre creencias irracionales y ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana. (Tesis de grado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Kucuk, L.; Gur, K.; Sener, N.; Elcin, N y Cetindag, Z. (2016). Correlation between Irrational Beliefs and the Depressive Symptom Levels of Secondary School Children. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 99-110. Recuperado de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/10_Kuckuk_original_9_1.pdf
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 351(10), 951- 953.doi: 10.1056/NEJMp048078
- Lega, L.; Caballo, V. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2a ed.) Madrid: Siglo XXI.
- Levinson, D. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.08.024
- Londoño, C. y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/. ACP.2016.19.2.13
- Londoño, N. y Ramírez, M. (2005). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo depresivos en una

muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 95-105. Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/articulo/view/21/60>

Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychoterapies*, 5 (1), 73- 81. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.475.9314&rep=rep1&type=pdf>

McDermut, J.; Haaga, D. y Bilek, L. (1997). Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 21(4), 459-476. doi: 10.1023/A:1021936427625

Martínez, M., Hernández, M y Hernández, M.J (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.

Martínez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la facultad de educación. *Ensayo. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78. Recuperado de: <https://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/384>

Matitti, M. y Tipismana, O. (2016). Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 2(2), 171-187. doi: 10.24016/2016.v2n2.35.

Melis, F.; Feixas, G.; Vartotta, N.; Gonzáles, L.; Ventosa, A.; Krebs, M. y Montesano, A. (2011). Conflictos Cognitivos (dilemas) en pacientes

- diagnosticados con trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 41-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807003>
- Myers, D. (2006). *Psicología* (7a ed). México: Médica Panamericana.
- Merlo, L. (2015). *Eficacia de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el tratamiento de la ansiedad en personas drogodependientes*. (Tesis de grado). Universidad Central de Ecuador, Quito. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7130>
- Ministerio de Salud (2017). Un 20% de la población del país requiere atención en salud mental. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22383>
- Ministerio de Salud (2014). Informe de Gestión. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=601#>
- Ministerio de Salud (2008). *Informe sobre los servicios de Salud Mental*. Recuperado el 20 de enero del 2018, de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_salud_mental_minsa2008.pdf
- Montorio, I; Nuevo, R.; Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Revista Mapfre Medicina*, 12(1), 19-26. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>
- Morales, C (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23(2), 136-138. Recuperado de <https://scielosp.org/toc/rcsp/2017.v43n2/>

- Moreno, P. (2008). *Superar la ansiedad y el miedo: un programa paso a paso*. España: Desclée de Brouwer.
- National Institute of Mental Health (2017). Prevalence of Major Depressive Episode Among Adults. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml>
- Navas, J. (1998). *Proceso e innovaciones de la terapia racional-emotiva conductual (TREC): una visión conductual- cognoscitiva*. Santurce: PSYPRO.
- Nieuwenhuijsen, K.; Verbeek, J.; de Boer, A.; Blonk, R. y Van Dijk, F. (2010). Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57-72. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/44576302_Irrational_Beliefs_in_Employees_with_an_Adjustment_a_Depressive_or_an_Anxiety_Disorder_a_Prospective_Cohort_Study
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in depression. En T. Oltmanns y R. Emery (Eds.), *Current directions in abnormal psychology* (49-55). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.
- Ordoñez, R. y Guillen, J. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú*. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado el 02 de marzo de 2018 de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Forma.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=587:la-depresion-enfermedad-frecuente-personas-que-padecen-necesitan-apoyo-tratamiento&Itemid=245
- Otero, E. (2004). Creencias irracionales y afrontamiento en pacientes seleccionados para la terapia cognitivo conductual. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- Pacheco, C. (1998). Ansiedad estado-rasgo y creencias irracionales en estudiantes pre-universitarios. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- Palomero, G. (2016). *La Ansiedad en la Experiencia Odontopediátrica*. Recuperado el 5 de marzo de 2018, del sitio Web del *Departamento de Medicina* de la Universidad de Salamanca: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/128492>
- Papalia, D. y Wendkos, S. (2004). *Psicología*. México D.F: McGraw-Hill.

- Pérez, E.; Cervantes, V.; Hijuelos, N.; Pineda, J. y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. Recuperado de <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557>
- Rasco, L. y Suárez, V. (2017). *Creencias Irracionales y ansiedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias de una Universidad Privada de Lima Este, 2016*. (Tesis de grado). Universidad Peruana Unión, Lima. Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/417>
- Rinck, M. y Becker, E. (2006). Spider fearful individuals attend to threat, then quickly avoid it: Evidence from eye movements. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 231–238. doi: 10.1037/0021-843X.115.2.231
- Rieker, P. y Bird, C. (2005). Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *Journal of Gerontology*, 60(2), 40-47. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251589>
- Rodas, M. (2018). *Ideas irracionales y depresión*. (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/publijrcifuentes/TESIS/2018/05/22/Rodas-Martha.pdf>
- Rodríguez, R. y Vetere, G. (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en Psicología*, 7(1), 8-15. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5113888>

- Romero, K. y Doménech, E. (2012). La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez: ¿un nuevo trastorno?. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-181. Recuperado de: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(2\)_12.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(2)_12.pdf)
- Rueda, M.; Díaz, L. y Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000200002&lng=e&tlng=es
- Rubini, C. (2016). *Ansiedad y regulación emocional en personal de enfermería psiquiátrica*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada* (11a ed). México: Pearson Educación.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf
- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense Madrid. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/2995/>
- Soto, A. (2016). *Ansiedad y depresión en pacientes con lesiones físicas*. (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Soto-Amparo.pdf>

- Sue, D.; Wing, D. y Sue, S. (2010). *Psicopatología: comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning.
- Schulz, S.; Alpers, G. y Hofmann, S. (2008). Negative self-focused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 438- 449. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.008
- Starcevic, V. y Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(2), 51-61. doi: 10.1002/da.20145
- Strickland, B. (1992). Women and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 1(4), 132–135. doi: 10.1111/1467-8721.ep10769766
- Tang, J. (2011). Creencias irracionales en Adolescentes infractores privados de libertad por delito sexual de un Centro juvenil de varones de Lima. (Tesis de grado). Universidad César Vallejo. Lima, Perú.
- Teachman, B., Marker, C. y Clerkin, E. (2010). Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 964-973. doi: 10.1037/a0021067
- Velásquez, J. (2002). Creencias irracionales y ansiedad en ingresantes de la Universidad Nacional de Ingeniería. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- 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 grado).

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador. Recuperado de
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3388>

Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia conductual racional emotiva (REBT). Casos ilustrativos*. Bilbao, España: Desclée De Brower

Zarragoíta, I (2011). *Depresión, Generalidades y Particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

ANEXOS

ANEXO 2:

Código:

N° H.C:

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

A continuación, le pedimos datos de carácter socio-demográfico, necesarios para el desarrollo de la presente investigación. Por favor responder los indicadores, según corresponda. Además, es importante recalcar que la información proporcionada en esta ficha se mantendrá confidencial.

1. Edad: _____

2. Sexo: (Indique lo que corresponda con una **X**)

Masculino: ()

Femenino: ()

3. Lugar de Nacimiento: (indicar departamento - provincia) _____

4. Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Sup. Técnica () Sup. Universitaria () Post-grado ()

5. Ocupación: _____

6. Estado Civil:

Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Viudo/a () Divorciado/a ()

(continúa)

Otro ()

7. Reside en Lima: Sí () No ()

¿En qué distrito vive? : _____

8. ¿Tiene hijos?: Sí () No () (si marcó “No” pasar en seguida a ítem N° 9)

9. Número de hijos: _____

10. Actualmente, ¿se encuentra laborando? Sí () No ()

11. Con quienes vive:

Cónyuge: Sí () No ()

Hijos: Sí () No ()

Otros: _____

12. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo terapia psicológica?

1- 4 semanas () 1-3 meses () 4-6 meses () 7-12 meses () 12 meses a más ()

13. ¿Qué personas, familiares u otros, le apoyan para superar su estado psicológico actual?

_____, _____, _____

ANEXO 3:

REGISTRO DE OPINIONES

Nombre: Edad: Fecha:

Instrucciones: En seguida, responda con un **SI**, si está de acuerdo con el ítem propuesto y con un **NO**, si está en desacuerdo. No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Apunte rápidamente su respuesta y pase a la siguiente. Asegúrese de contestar **lo que Ud. realmente piensa**, no lo que cree que debería pensar.

	SI	NO
. 1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.		
. 2. Odio equivocarme en algo.		
. 3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece.		
.. 4. Generalmente, acepto los acontecimientos con tranquilidad.		
.. 5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi toda circunstancia.		
. 6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.		
. 7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.		
. 8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.		
. 9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".		
. 10. Prefiero por sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.		
.. 11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque manifestar respeto por nadie.		
. 12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.		
. 13. Hay demasiadas personas que actúan mal y escapan de las consecuencias negativas.		
.. 14. Las frustraciones no me distorsionan.		
.. 15. A la gente no le trastornan las cosas o hechos, sino lo que piensan de ellos.		
.. 16. No me preocupan los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.		
.. 17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.		
. 18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.		

. 19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.		
.. 20. Me gusta disponer de muchos recursos.		
. 21. Quiero gustar a todo el mundo.		
.. 22. No me gusta competir en aquellas actividades en que los demás son mejores que yo.		
. 23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.		
. 24. Las cosas deberían ser distintas a como son.		
.. 25. Yo provoco mi propio malhumor.		
. 26. A menudo, no puedo quitarme un asunto de la cabeza.		
. 27. Evito enfrentarme a los problemas.		
. 28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.		
.. 29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.		
.. 30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.		
.. 31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no le guste a los demás.		
.. 32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.		
. 33. La inmoralidad debería castigarse severamente.		
. 34. A menudo me siento trastornado(a) por situaciones que no me gustan.		
.. 35. Las personas desgraciadas, normalmente, deben este estado a sí mismas.		
.. 36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.		
.. 37. Normalmente, mis decisiones son inmediatas.		
. 38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.		
.. 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.		
.. 40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.		
.. 41. Sino le gusto a los demás es su problema, no el mío.		
. 42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.		
.. 43. Pocas veces culpo a la gente de sus errores.		
.. 44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.		
.. 45. Nadie está mucho tiempo de malhumor o enfadado, a menos que quiera estarlo.		
. 46. No puedo soportar correr riesgos.		
. 47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno(a) no le gustan.		
.. 48. Me gusta valerme por mí mismo(a).		
. 49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.		
. 50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.		

(continúa)

. 51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.		
.. 52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean ellas.		
. 53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.		
.. 54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.		
. 55. Cuantos más problemas, menos felicidad.		
.. 56. Raramente me siento ansioso(a) al pensar en el futuro.		
.. 57. Raramente, aplazo las cosas.		
.. 58. Yo soy el/ la único(a) que realmente puede entender y solucionar mis problemas.		
.. 59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.		
.. 60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.		
.. 61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ellos.		
. 62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.		
. 63. Todo el mundo es, esencialmente bueno.		
.. 64. Hago lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.		
.. 65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.		
. 66. Me preocupa mucho determinadas cosas del futuro.		
. 67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.		
.. 68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.		
. 69. Somos esclavos de nuestro pasado.		
. 70. A veces desearía, poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa sin hacer nada más.		
. 71. Me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.		
. 72. Me trastorna cometer errores.		
. 73. No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.		
.. 74. Yo disfruto honestamente de la vida.		
. 75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.		
. 76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.		
.. 77. Una vida fácil, resulta poco compensadora.		
. 78. Pienso que es fácil buscar ayuda.		
. 79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.		
. 80. Me encanta estar tumbado(a).		
. 81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.		
. 82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		

(continúa)

.. 83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.		
. 84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.		
.. 85. Nunca hay razón para permanecer afligido(a) mucho tiempo.		
.. 86. Raramente, pienso en cosas como la muerte.		
.. 87. No me gustan las responsabilidades.		
.. 88. No me gusta depender de los demás.		
. 89. La gente, generalmente nunca cambia.		
. 90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.		
.. 91. Ser criticado(a) es algo fastidioso, pero no perturbador.		
.. 92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.		
.. 93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.		
.. 94. Raramente, me importunan los errores de los demás.		
.. 95. El hombre construye su propio infierno interior.		
. 96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en situaciones de peligro.		
.. 97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.		
.. 98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.		
. 99. No miro atrás con resentimiento.		
. 100. No me siento realmente contento (a) hasta que no estoy relajado (a) y sin hacer nada.		

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 4: Análisis de la confiabilidad del instrumento para la prueba piloto y para la muestra de estudio

Tabla 1.

Confiabilidad de la prueba piloto utilizando el estadístico Kuder-Richardson 20.

<i>KR-20</i>	N de elementos
0.760	100

En la Tabla 1, se puede apreciar los valores alcanzados en la prueba piloto, donde se obtuvo un coeficiente de 0.760, cuyo valor es aceptado con respecto a la confiabilidad.

Tabla 2.

Confiabilidad de la prueba en la muestra de estudio utilizando el estadístico KR-20.

<i>KR-20</i>	N de elementos
0.712	100

En la Tabla 2, se aprecian los valores alcanzados para la muestra total del estudio, a partir de los cuales se observa un índice general de 0.712. De este modo, se puede concluir que el Registro de Opiniones presenta un muy alto nivel de confiabilidad (Corral, 2009).

ANEXO 5:

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

Distinguido juez, usted ha sido escogido para analizar el registro de opiniones de Ellis que es parte del estudio de pre grado titulado: “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”.

Como es de su conocimiento la valoración de los instrumentos es de suma importancia para conseguir que sean útiles y que los resultados alcanzados de éste sean empleados competentemente, contribuyendo, tanto al campo teórico de la psicología como práctico. Por eso le agradecemos su preciada contribución.

DATOS DEL JUEZ

Nombres y apellidos del juez:

Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Tiempo:

Cargo actual:

Institución:

FIRMA

C.P.S.P. : _____

FORMATO PARA EVALUAR CREENCIAS IRRACIONALES

Con bondad nos referimos al **nivel de eficiencia** que exhibe un **ítem** para **cumplir** con el **propósito** de un campo de medición de un instrumento. Para ello, se empleó la siguiente interrogante: “¿Qué tan oportuno es éste reactivo para lograr la finalidad de éste dominio?”, y su respuesta puede establecerla trazando una equis (x) conforme a la siguiente escala de bondad:

SI	NO
Si el ítem es representativo del área	Si el ítem no es representativo del área

Objetivo General de la Prueba: Medir 10 creencias irracionales en:

Creencia Irracional I.- Necesidad de afecto, se basa en sentir el cariño necesario, así como la aprobación de sus semejantes (amigos y familia).

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			
11	Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque manifestar respeto por nadie.			
21	Quiero gustar a todo el mundo.			
31	Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no les guste a los demás.			
41	Sino le gusto a los demás es su problema, no el mío.			
51	Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			
61	Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo la necesidad real de ellos.			
71	Me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			
81	Tengo considerable preocupación por lo			

	que la gente piensa de mí.			
91	Ser criticado es algo fastidioso, pero no perturbador.			

Creencia irracional II.- Afán de perfeccionismo; no sentirse víctima de críticas, buscando sentirse competente, y logrando alcanzar metas.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2	Odio equivocarme en algo.			
12	Evito las cosas que no puedo hacer bien.			
22	No me gusta competir en aquellas actividades en que los demás son mejores que yo.			
32	Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			
42	Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.			
52	Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sean.			
62	Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			
72	Me trastorna cometer errores.			
82	Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			
92	No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.			

Creencia irracional III.- Fantasía de maldad: Las personas malas deben recibir un castigo igual o mayor al ocasionado.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
3	La gente que se equivoca logra lo que se merece.			

13	Hay demasiadas personas que actúan mal y escapan de las consecuencias negativas.			
23	Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.			
33	La inmoralidad debería castigarse severamente.			
43	Pocas veces culpo a la gente de sus errores.			
53	El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			
63	Todo el mundo es, esencialmente bueno.			
73	No es equitativo que “llueva igual sobre el justo que sobre el injusto”.			
83	Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.			
93	Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.			

Creencia irracional IV.- Idea de catástrofe: Cuando sienten que algo no se da como se esperaba, se empieza a imaginar consecuencias negativas que tal vez no sucedan.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
4	Generalmente, acepto los acontecimientos con tranquilidad.			
14	Las frustraciones no me distorsionan.			
24	Las cosas deberían ser distintas a como son.			
34	A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			
44	Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.			
54	Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.			

64	Hago lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.			
74	Yo disfruto honestamente de la vida.			
84	La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.			
94	Raramente, me importunan los errores de los demás.			

Creencia irracional V.- Determinismo de los hechos: Es una sensación de dirigir el origen de los problemas en acontecimientos humanos, los cuales generan desgracias.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
5	Si una persona quiere, puede ser feliz en casi toda circunstancia.			
15	A la gente no le trastornan las cosas o hechos, sino lo que piensan de ellos.			
25	Yo provoqué mi propio malhumor.			
35	Las personas desgraciadas, normalmente, deben este estado a sí mismas.			
45	Nadie está mucho tiempo de malhumor o enfadado, a menos que quiera estarlo.			
55	Cuantos más problemas, menos felicidad.			
65	Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.			
75	Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			
85	Nunca hay razón para permanecer afligido (a) mucho tiempo.			
95	El hombre construye su propio infierno interior.			

Creencia Irracional VI.- Temor a lo incierto: Experimentar ansiedad y desasosiego ante cualquier suceso oculto, arriesgado o poco fiable.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
6	Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			
16	No me preocupan los peligros inesperados o los acontecimientos futuros			
26	A menudo, no puedo quitarme un asunto de la cabeza.			
36	No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.			
46	No puedo soportar correr riesgos.			
56	Raramente me siento ansioso(a) al pensar en el futuro.			
66	Me preocupa mucho determinadas cosas del futuro.			
76	Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.			
86	Raramente, pienso en cosas como la muerte.			
96	Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en situaciones de peligro.			

Creencia irracional VII.- Evasión de conflictos: Elección casi natural de evitar los problemas y responsabilidades, existiendo dificultad para hacerle frente.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
7	Normalmente, aplazo las decisiones importantes.			
17	Trato de afrontar los trabajos fastidiosos hacerlos cuanto antes.			
27	Evito enfrentarme a los problemas.			

37	Normalmente, mis decisiones son inmediatas.			
47	La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno (a) no le gustan			
57	Raramente, aplazo las cosas.			
67	Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.			
77	Una vida fácil, resulta poco compensadora.			
87	No me gustan las responsabilidades.			
97	Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.			

Creencia irracional VIII.- Deseo de protección: Es la sensación de sentirse desprotegido, lo cual requiere que la persona tenga a alguien más fuerte, para sentirse protegido.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
8	Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.			
18	En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			
28	Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.			
38	Hay determinadas personas de las que dependo mucho.			
48	Me gusta valerme por mí mismo.			
58	Yo soy el/la único(a) que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			
68	Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.			
78	Pienso que es fácil buscar ayuda.			
88	No me gusta depender de los demás.			

98	He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.			
----	---	--	--	--

Creencia irracional IX.- Determinismo del pasado: Influencia del pasado sobre lo que sucede en el presente, sea bueno o malo.

N°	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
9	“Una cebra no puede cambiar sus rayas”.			
19	Es casi imposible superar la influencia del pasado.			
29	Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.			
39	La gente sobrevalora la influencia del pasado.			
49	Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.			
59	Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			
69	Somos esclavos de nuestro pasado.			
79	Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.			
89	La gente, generalmente nunca cambia.			
99	No miro atrás con resentimiento.			

Creencia irracional X.- Ocio indefinido: La felicidad se incrementa al estar inactivo, pasivo y realizar el ocio que más lo atrae.

N°	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
10	Prefiero por sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			

20	Me gusta disponer de muchos recursos.			
30	Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			
40	Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.			
50	Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			
60	Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.			
70	A veces desearía, poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa sin hacer nada más.			
80	Me encanta estar tumbado(a).			
90	La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.			
100	No me siento realmente contento(a) hasta que no estoy relajado(a) y sin hacer nada.			

ANEXO 6:**Tabla 3.***Resultado del coeficiente de validez de V de Aiken. Decisión por jueces*

ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	SUMA	V AIKEN
1	1	1	1	1	1	5	1.00
2	1	1	1	1	1	5	1.00
3	1	1	1	1	1	5	1.00
4	1	1	1	1	1	5	1.00
5	1	1	1	1	1	5	1.00
6	1	1	1	1	1	5	1.00
7	1	1	1	1	1	5	1.00
8	1	1	1	1	1	5	1.00
9	0	1	1	1	1	4	0.80
10	1	1	1	1	1	5	1.00
11	0	1	1	1	1	4	0.80
12	1	1	1	1	1	5	1.00
13	1	1	1	1	1	5	1.00
14	1	1	1	1	1	5	1.00
15	1	1	1	1	1	5	1.00
16	1	1	1	1	1	5	1.00
17	1	1	1	1	1	5	1.00
18	1	1	1	1	1	5	1.00
19	1	1	1	1	1	5	1.00
20	1	1	1	1	1	5	1.00
21	1	0	1	0	1	3	0.60
22	1	1	1	1	1	5	1.00
23	1	1	1	1	1	5	1.00
24	1	1	1	1	1	5	1.00
25	1	1	1	1	1	5	1.00
26	1	1	1	1	1	5	1.00
27	1	1	1	1	1	5	1.00
28	1	1	1	1	1	5	1.00
29	1	1	1	1	1	5	1.00

30	1	1	1	1	1	5	1.00
31	1	1	1	1	1	5	1.00
32	1	1	1	1	1	5	1.00
33	1	1	1	1	1	5	1.00
34	1	1	1	1	1	5	1.00
35	1	1	1	1	1	5	1.00
36	1	1	1	1	1	5	1.00
37	1	1	1	1	1	5	1.00
38	1	1	1	1	1	5	1.00
39	1	1	1	1	1	5	1.00
40	1	1	1	1	1	5	1.00
41	1	1	1	1	1	5	1.00
42	1	1	1	1	1	5	1.00
43	1	1	1	1	1	5	1.00
44	1	1	1	1	1	5	1.00
45	1	1	1	1	1	5	1.00
46	1	1	1	1	1	5	1.00
47	1	1	1	1	1	5	1.00
48	1	1	1	1	1	5	1.00
49	1	1	1	1	1	5	1.00
50	1	1	1	1	1	5	1.00
51	1	0	1	1	1	4	0.80
52	1	1	1	1	1	5	1.00
53	1	1	1	1	1	5	1.00
54	1	1	1	1	1	5	1.00
55	1	1	1	1	1	5	1.00
56	1	1	1	1	1	5	1.00
57	1	1	1	1	1	5	1.00
58	1	1	1	1	1	5	1.00
59	1	1	1	1	1	5	1.00
60	1	1	1	1	1	5	1.00
61	1	1	1	1	1	5	1.00
62	1	1	1	1	1	5	1.00
63	1	1	1	1	1	5	1.00

64	1	1	1	1	1	5	1.00
65	1	1	1	1	1	5	1.00
66	1	1	1	1	1	5	1.00
67	1	1	1	1	1	5	1.00
68	1	1	1	1	1	5	1.00
69	1	1	1	1	1	5	1.00
70	1	1	1	1	1	5	1.00
71	1	0	1	1	1	4	0.80
72	1	1	1	1	1	5	1.00
73	1	1	1	1	1	5	1.00
74	1	0	1	1	1	4	0.80
75	1	1	1	1	1	5	1.00
76	1	1	1	1	1	5	1.00
77	1	1	1	1	1	5	1.00
78	1	1	1	1	1	5	1.00
79	1	1	1	1	1	5	1.00
80	1	0	1	1	1	4	0.80
81	1	1	1	1	1	5	1.00
82	0	1	1	1	1	4	0.80
83	1	1	1	1	1	5	1.00
84	1	1	1	1	1	5	1.00
85	1	1	1	1	1	5	1.00
86	1	1	1	1	1	5	1.00
87	1	1	1	1	1	5	1.00
88	1	1	1	1	1	5	1.00
89	1	1	1	1	1	5	1.00
90	1	1	1	1	1	5	1.00
91	1	1	1	1	1	5	1.00
92	1	0	1	1	1	4	0.80
93	1	1	1	1	1	5	1.00
94	1	1	1	1	1	5	1.00
95	1	1	1	1	1	5	1.00
96	1	1	1	1	1	5	1.00
97	1	1	1	1	1	5	1.00

98	1	1	1	1	1	5	1.00
99	1	1	1	1	1	5	1.00
100	1	1	1	1	1	5	1.00

S: Sumatoria; n=número de jueces (5 jueces); c=número de valores=2 V: Coeficiente de validez de Aiken, $p < .05$

En la Tabla 3, se presentan los resultados del coeficiente de V de Aiken, a un nivel de significancia de 0.05. Esto demuestra que los coeficientes de validez están dentro del rango aceptado, de acuerdo a lo mencionado por Escurra (1988), quien afirmó que para que un ítem se considere válido, es necesario un nivel de significancia mayor a 0.05; este resultado hace posible manifestar que para los jueces que calificaron los ítems formulados son congruentes y concuerdan con la variable que se desea evaluar (creencias irracionales).

ANEXO 7:

Tabla 4

Prueba de bondad de ajuste de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y los diagnosticados con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental de Lima, según el diagnóstico, utilizando la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Creencias Irracionales	Ansiedad			Depresión		
	S-W	gl	p	S-W	gl	p
Creencia 1	0.956	34	0.185	0.914	20	0.077
Creencia 2	0.955	34	0.175	0.923	20	0.112
Creencia 3	0.962	34	0.287	0.946	20	0.312
Creencia 4	0.951	34	0.130	0.902	20	0.044*
Creencia 5	0.918	34	0.014*	0.900	20	0.042*
Creencia 6	0.948	34	0.109	0.953	20	0.410
Creencia 7	0.913	34	0.011*	0.862	20	0.009*
Creencia 8	0.919	34	0.015*	0.902	20	0.046*
Creencia 9	0.971	34	0.494	0.981	20	0.941
Creencia 10	0.960	34	0.247	0.953	20	0.409

Nota. S-W = Estadístico Shapiro-Wilk.

* $p < 0.05$.

En la Tabla 4, se expone la prueba de bondad de ajuste con el estadístico Shapiro-Wilk, empleada para evaluar la normalidad de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales obtenidos de los pacientes que asisten a un servicio de salud mental diagnosticados con trastorno depresivo y aquellos diagnosticados con trastorno ansioso, donde se encontró que los puntajes presentados por ambos tipos de pacientes presentan una distribución normal en casi todas las creencias, a excepción de la creencia 5: “los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones” (trastorno ansioso: S-W = 0.918; $p = 0.014$; trastorno depresivo: S-W

= 0.900; $p = 0.042$), la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (trastorno ansioso: $S-W = 0.913$; $p = 0.011$; trastorno depresivo: $S-W = 0.862$; $p = 0.009$), y la creencia 8: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” (trastorno ansioso: $S-W = 0.919$; $p = 0.015$; trastorno depresivo: $S-W = 0.902$; $p = 0.046$); cabe mencionar que los puntajes directos obtenidos en la creencia 4, referida a: “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”, tampoco presentaron una distribución normal, pero únicamente en el caso de los pacientes con trastorno depresivo ($S-W = 0.902$; $p = 0.044$).

Tabla 5.

Prueba de bondad de ajuste de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental de Lima, según la edad, utilizando la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Grupo de edad	Creencias Irracionales	Ansiedad		
		<i>S-W</i>	gl	<i>p</i>
De 18 a 21 años	Creencia 1	0.963	4	0.798
	Creencia 2	0.863	4	0.272
	Creencia 3	0.945	4	0.683
	Creencia 4	0.895	4	0.406
	Creencia 5	0.863	4	0.272
	Creencia 6	0.630	4	0.001*
	Creencia 7	0.729	4	0.024*
	Creencia 8	0.971	4	0.850
	Creencia 9	0.863	4	0.272
	Creencia 10	0.963	4	0.798
De 22 a 31 años	Creencia 1	0.969	17	0.793
	Creencia 2	0.856	17	0.013*
	Creencia 3	0.915	17	0.120
	Creencia 4	0.929	17	0.213
	Creencia 5	0.912	17	0.106
	Creencia 6	0.956	17	0.558
	Creencia 7	0.943	17	0.361
	Creencia 8	0.852	17	0.011*
	Creencia 9	0.957	17	0.582

	Creencia 10	0.923	17	0.165
De 32 a 42 años	Creencia 1	0.927	9	0.453
	Creencia 2	0.810	9	0.027*
	Creencia 3	0.936	9	0.545
	Creencia 4	0.955	9	0.740
	Creencia 5	0.913	9	0.338
	Creencia 6	0.951	9	0.701
	Creencia 7	0.779	9	0.012*
	Creencia 8	0.903	9	0.273
	Creencia 9	0.888	9	0.190
	Creencia 10	0.931	9	0.494
De 43 a más años	Creencia 1	0.773	4	0.062
	Creencia 2	1.000	4	1.000
	Creencia 3	0.887	4	0.369
	Creencia 4	0.729	4	0.024*
	Creencia 5	0.895	4	0.406
	Creencia 6	0.911	4	0.488
	Creencia 7	0.939	4	0.650
	Creencia 8	0.863	4	0.272
	Creencia 9	0.729	4	0.024*
	Creencia 10	0.865	4	0.279

Nota. *S-W* = Estadístico Shapiro-Wilk.

* $p < 0.05$.

En la Tabla 5, se muestra la prueba de bondad de ajuste con el estadístico Shapiro-Wilk, se halló que, en algunas creencias, los grupos según las edades no presentaban una distribución normalizada entre sus puntajes directos, como es el caso de la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” (grupo de 22 a 31 años: $S-W = 0.902$; $p = 0.044$; grupo de 32 a 42 años: $S-W = 0.810$; $p = 0.027$), la creencia 4: “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran” (grupo de 43 a más años: $S-W = 0.729$; $p = 0.024$), la creencia 6: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” (grupo de 18 a 21 años: $S-W = 0.630$; $p = 0.001$), la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y

responsabilidades de la vida que hacerles frente” (grupo de 18 a 21 años: S-W = 0.729; p = 0.024; grupo de 32 a 42 años: S-W = 0.779; p = 0.012), la creencia 8: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” (grupo de 22 a 31 años: S-W = 0.852; p = 0.011), y la creencia 9: “el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente” (grupo de 43 a más años: S-W = 0.729; p = 0.024); mientras que, en las creencias restantes, los grupos según las edades sí presentaron una distribución normalizada en sus puntajes directos.

Tabla 6.

Prueba de bondad de ajuste de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo que asisten a un servicio de salud mental de Lima, según la edad, utilizando la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Grupo de edad	Creencias Irracionales	Depresión		
		S-W	gl	p
De 18 a 21 años	Creencia 1	0.750	3	0.001*
	Creencia 2	0.964	3	0.637
	Creencia 3	1.000	3	1.000
	Creencia 4	0.964	3	0.637
	Creencia 5	0.964	3	0.637
	Creencia 6	1.000	3	1.000
	Creencia 7	0.750	3	0.001*
	Creencia 8	0.750	3	0.001*
	Creencia 9	0.923	3	0.463
	Creencia 10	0.750	3	0.001*
De 22 a 31 años	Creencia 1	0.991	4	0.962
	Creencia 2	0.791	4	0.086
	Creencia 3	0.827	4	0.161
	Creencia 4	0.729	4	0.024*
	Creencia 5	0.849	4	0.224
	Creencia 6	0.993	4	0.972
	Creencia 7	0.840	4	0.195
	Creencia 8	0.630	4	0.001*
	Creencia 9	0.945	4	0.683
	Creencia 10	0.950	4	0.714

De 32 a 42 años	Creencia 1	0.938	7	0.617
	Creencia 2	0.937	7	0.609
	Creencia 3	0.908	7	0.380
	Creencia 4	0.747	7	0.012*
	Creencia 5	0.896	7	0.310
	Creencia 6	0.951	7	0.739
	Creencia 7	0.836	7	0.091
	Creencia 8	0.787	7	0.030*
	Creencia 9	0.914	7	0.423
	Creencia 10	0.921	7	0.474
De 43 a más años	Creencia 1	0.890	6	0.317
	Creencia 2	0.683	6	0.004*
	Creencia 3	0.960	6	0.820
	Creencia 4	0.869	6	0.223
	Creencia 5	0.875	6	0.248
	Creencia 6	0.975	6	0.926
	Creencia 7	0.709	6	0.008*
	Creencia 8	0.701	6	0.006*
	Creencia 9	0.892	6	0.331
	Creencia 10	0.982	6	0.960

Nota. *S-W* = Estadístico Shapiro-Wilk.

* $p < 0.05$.

En la Tabla 6, se presenta la prueba de bondad de ajuste con el estadístico Shapiro-Wilk, se encontró que en determinadas creencias, los grupos según las edades no presentaban una distribución normalizada entre sus puntajes directos, como es el caso de la creencia 1: “para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos” (grupo de 18 a 21 años: $S-W=0.750$; $p=0.001$), la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” (grupo de 43 a más años: $S-W = 0.683$; $p = 0.004$), la creencia 4: “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran” (grupo de 22 a 31 años: $S-W = 0.729$; $p = 0.024$; grupo de 32 a 42 años: $S-W = 0.747$; $p = 0.012$), la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (grupo de 18 a 21 años: $S-W =$

0.750; $p = 0.001$; grupo de 43 a más años: $S-W = 0.709$; $p = 0.008$), la creencia 8: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” (grupo de 18 a 21 años: $S-W = 0.750$; $p = 0.001$; grupo de 22 a 31 años: $S-W = 0.630$; $p = 0.001$; grupo de 32 a 42 años: $S-W = 0.787$; $p = 0.030$; grupo de 43 a más años: $S-W = 0.701$; $p = 0.006$), y la creencia 10: “la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido” (grupo de 18 a 21 años: $S-W = 0,750$; $p = 0.001$); mientras que, en el caso de las demás creencias, los grupos según las edades sí presentaron una distribución normalizada en sus puntajes directos.

Tabla 7.

Prueba de bondad de ajuste de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno ansioso que asisten a un servicio de salud mental de Lima, según el sexo, utilizando la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Sexo	Creencia Irracional	Ansiedad		
		S-W	gl	p
Masculino	Creencia 1	0.975	21	0.842
	Creencia 2	0.929	21	0.129
	Creencia 3	0.942	21	0.236
	Creencia 4	0.937	21	0.192
	Creencia 5	0.917	21	0.077
	Creencia 6	0.918	21	0.081
	Creencia 7	0.887	21	0.020*
	Creencia 8	0.923	21	0.100
	Creencia 9	0.952	21	0.371
	Creencia 10	0.961	21	0.528
Femenino	Creencia 1	0.906	13	0.162
	Creencia 2	0.962	13	0.780
	Creencia 3	0.859	13	0.037*
	Creencia 4	0.920	13	0.250
	Creencia 5	0.858	13	0.036*
	Creencia 6	0.943	13	0.497
	Creencia 7	0.880	13	0.071

Creencia 8	0.899	13	0.131
Creencia 9	0.962	13	0.777
Creencia 10	0.891	13	0.100

Nota. S-W = Estadístico Shapiro-Wilk.

* $p < 0.05$.

En la Tabla 7, se expone la prueba de bondad de ajuste con el estadístico Shapiro-Wilk, se observó que, en los pacientes varones, generalmente, las puntuaciones directas recabadas de las creencias irracionales muestran una distribución normal, a excepción de la creencia 7: “es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (S-W = 0.887; $p = 0.020$). En el caso de las pacientes mujeres ocurre de manera similar, donde las creencias irracionales presentan puntajes directos con una distribución normalizada, a excepción de la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” (S-W = 0.859; $p = 0.037$), y la creencia 5: “los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones” (S-W = 0.858; $p = 0.036$).

Tabla 8.

Prueba de bondad de ajuste de la distribución de los puntajes directos de las creencias irracionales de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo que asisten a un servicio de salud mental de Lima, según el sexo, utilizando la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Sexo	Creencia Irracional	Depresión		
		S-W	gl	p
Masculino	Creencia 1	0.964	3	0.637
	Creencia 2	0.750	3	0.001*
	Creencia 3	0.750	3	0.001*
	Creencia 4	1.000	3	1.000

	Creencia 5	1.000	3	1.000
	Creencia 6	0.750	3	0.001*
	Creencia 7	1.000	3	1.000
	Creencia 8	0.964	3	0.637
	Creencia 9	0.964	3	0.637
	Creencia 10	1.000	3	1.000
	Creencia 1	0.912	17	0.109
	Creencia 2	0.922	17	0.158
	Creencia 3	0.944	17	0.363
	Creencia 4	0.889	17	0.044*
Femenino	Creencia 5	0.892	17	0.051
	Creencia 6	0.937	17	0.281
	Creencia 7	0.829	17	0.005*
	Creencia 8	0.871	17	0.023*
	Creencia 9	0.976	17	0.914
	Creencia 10	0.917	17	0.131

Nota. *S-W* = Estadístico Shapiro-Wilk.

* $p < 0.05$.

En la Tabla 8, se expone la prueba de bondad de ajuste con el estadístico Shapiro-Wilk, se observó que, en la mayoría de las creencias, los puntajes directos de los pacientes varones muestran una distribución normalizada, a excepción de la creencia 2: “debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende” ($S-W = 0.750$; $p = 0.001$), la creencia 3: “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” ($S-W = 0.750$; $p = 0.001$), y la creencia 6: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” ($S-W = 0.750$; $p = 0.001$). Del mismo modo, en el caso de las pacientes mujeres, en su mayoría los puntajes directos obtenidos presentaron una distribución normal, a excepción de la creencia 4: “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran” ($S-W = 0.889$; $p = 0.001$), la creencia 7: ($S-W = 0.889$; $p = 0.044$), la creencia 7: “es más fácil evitar los

problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente” (S-W = 0.829; p = 0.005), y la creencia 8: “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” (S-W = 0.871; p = 0.023).

ANEXO 8:

Tabla 9.

Percentiles 25 y 75 de las Creencias Irracionales

Percentiles	Creencia 01	Creencia 02	Creencia 03	Creencia 04	Creencia 05	Creencia 06	Creencia 07	Creencia 08	Creencia 09	Creencia 10
25	2.00	4.00	4.00	3.00	2.75	5.00	4.00	4.00	3.00	4.00
75	7.00	7.00	6.00	6.00	5.00	7.00	7.25	5.00	6.00	7.00