



**FUSIÓN COGNITIVA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presentado por:

Bach. Axel Andrew Novoa Bazán

ASESORA:

Mg. Carmen Segura Márquez

Lima – Perú

2019

Agradecimientos

A mis abuelos, por el apoyo recibido a lo largo de mi vida y este proceso.

A los alumnos y profesores quienes se mostraron dispuestos a colaborar con mi investigación.

A Lando Guillén, quien me inició en el camino del estudio de las terapias contextuales.

A mi asesora, Carmen Segura por su ayuda y apoyo en mi camino de investigación.

Dedicatoria

A César y Alberta, quienes me acompañaron en todo mi proceso de crecimiento, tanto en mis buenos como en mis malos momentos y de quienes aprendí todos los valores que, con humildad muestro día a día.

Introducción

El mundo está bajo un cambio constante y acelerado. Es una coyuntura que nos afecta a todos debido a que son cada vez mayores las demandas que tenemos en todo sentido: académico, laboral, personal, etc. Esto apoya las proyecciones que colocan a la depresión como la segunda condición clínica más frecuente. Dada esta realidad, innegable, es importante que se estudie, una vez más, el contexto en que se pueda dar, qué es lo que la pueda provocar o incluso mantener. Se menciona muchas veces que es cuestión meramente personal el sobresalir a esta condición, pero casi nunca se mira hacia atrás lo suficiente.

Para los psicólogos resulta bastante importante el comportamiento depresivo, así como los pensamientos que se puedan tener al respecto. Sin embargo rara vez es vista desde una óptica contextual: la del contextualismo funcional.

Para todo tenemos un pensamiento, y todo pensamiento guía nuestro comportamiento. La fusión cognitiva es un fenómeno de literalidad, de racionalidad que bien puede ser adaptativo o perjudicial para nosotros. Siendo este el caso, la fusión nos puede causar un nivel muy grande de malestar, el cual no nos permitirá conectar con fuentes de estímulos agradables, por lo cual conlleva un reto para los profesionales de la psicología en medida de qué tanto uno puede predecir el otro.

La presente investigación consta de 6 capítulos. El primero de ellos trata sobre el planteamiento del estudio, el cual contiene a su vez, el problema de investigación y los objetivos. Por otra parte se expone la importancia, justificación del presente estudio y las limitaciones que se hayan tenido al momento de realizarla.

En el segundo capítulo se hace desarrollo del marco teórico. Esto incluye los distintos enfoques antecedentes a la fusión cognitiva y sintomatología depresiva, incluyendo también algunas investigaciones que se relacionan a esta misma. Concluyendo este capítulo se hace énfasis en las teorías que funcionan como base para la investigación.

El tercer capítulo contiene los supuestos científicos básicos del estudio, las hipótesis que han sido formuladas en esta investigación y las variables que se están tomando en cuenta para la misma.

En el cuarto capítulo se detalla el método que se usó en esta investigación. Primeramente se habla sobre el diseño de investigación, seguido de la población de estudio, la muestra de investigación, los procedimientos utilizados para la recolección de los datos y finalmente las técnicas que se usan en su procesamiento y análisis.

El capítulo cinco consiste en señalar los resultados de acuerdo a los objetivos generales y específicos. Además de ello se muestran tales resultados en tablas y se analizan dichos datos. Para terminar esta sección se realizan el análisis y discusión de los resultados obtenidos.

Por último, en el capítulo seis se presentan las conclusiones generales y específicas de la investigación, además de una serie de recomendaciones para trabajos futuros y el resumen de la investigación con sus palabras clave.

ÍNDICE

TÍTULO	I
AUTOR	II
Capítulo I: Planteamiento del estudio.....	1
1.1. Formulación del problema	1
1.2. Objetivos	3
1.2.1. General	3
1.2.2. Específicos	3
1.3. Importancia y justificación del estudio	4
1.4. Limitaciones del estudio	6
Capítulo II: Marco teórico conceptual.....	7
2.1. Marco histórico	7
2.1.1. Fusión cognitiva.....	7
2.1.1.1. Rumiación	8
2.1.1.2. Hiperreflexividad	13
2.1.2. Sintomatología depresiva.....	14
2.1.2.1. Depresión en el Perú	17
2.1.2.2. Pronóstico de la depresión	18
2.1.2.3. Tratamiento de la depresión.....	19
2.1.2.3.1. Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión.....	19
2.1.2.3.2. Activación conductual	20
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema	20
2.2.1. Nacionales.....	20
2.2.2. Internacionales	21
2.3. Bases teórico-científicas del estudio	30

2.3.1. Teoría de los marcos relacionales (TMR).....	30
a. Coordinación.....	32
b. Oposición.....	32
c. Distinción.....	32
d. Comparación.....	32
e. Jerarquía.....	33
f. Relaciones temporales.....	33
g. Relaciones espaciales.....	33
h. Condicionalidad y causalidad.....	33
i. Relaciones deícticas o de perspectiva.....	33
I. Contexto verbal de literalidad o fusión.....	34
II. Contexto verbal de las valoraciones.....	35
III. Contexto de las explicaciones o dar razones.....	35
IV. Contexto de la regulación verbal.....	35
2.3.2. Modelo cognitivo de la depresión.....	39
2.3.2.1. Esquemas.....	40
2.3.2.2. Errores cognitivos.....	40
2.3.2.2.1. Inferencia arbitraria.....	41
2.3.2.2.2. Abstracción selectiva.....	41
2.3.2.2.3. Generalización excesiva.....	41
2.3.2.2.4. Maximización y minimización.....	41
2.3.2.2.5. Personalización.....	42
2.3.2.2.6. Pensamiento absolutista/dicotómico.....	42
2.3.2.3. Triada cognitiva.....	42
2.4. Definición de términos básicos.....	45

2.4.1. Fusión cognitiva.....	45
2.4.2. Sintomatología depresiva.....	45
2.4.3. Estudiantes universitarios	46
Capítulo III: Hipótesis y variables	47
3.1. Supuestos científicos básicos.....	47
3.2. Hipótesis	47
3.2.1. General.....	47
3.2.2. Específicas	47
3.3. Variables de estudio.....	48
Capítulo IV: Método.....	49
4.1. Población, muestra o participantes	49
4.2. Tipo y diseño de investigación	50
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
4.4. Procedimientos y técnicas de procesamiento de datos	54
Capítulo V: Resultados.....	56
5.1. Presentación de datos.....	56
5.2. Análisis de datos	58
5.2.1. Análisis estadístico referido al objetivo principal.....	58
5.2.1.1. Prueba de bondad de ajuste.....	58
5.2.1.2. Resultado de la correlación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva	59
5.2.2. Análisis estadístico referido a los objetivos específicos.....	60
5.2.2.1. Resultado de la comparación de la fusión cognitiva según el sexo	60
5.2.2.2. Resultado de la comparación de la sintomatología depresiva según el sexo.....	60
5.2.2.3. Resultado de la comparación de la fusión cognitiva según el nivel de estudio	61

5.2.2.4. Resultado de la comparación de la sintomatología depresiva según el nivel de estudio	62
5.3. Análisis y discusión de resultados	62
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones	66
6.1. Conclusiones generales y específicas	66
6.2. Recomendaciones	67
6.3. Resumen. Términos clave	68
6.4. Abstract. Key words.....	69
Referencias.....	70
Anexos	
Anexo A. Consentimiento informado	78
Anexo B. Cognitive Fusion Questionnaire	79
Anexo C. Beck's Depression Inventory.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos de los participantes catalogados por sexo.....	49
Tabla 2. Datos de los participantes catalogados por ciclo académico	49
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los puntajes de fusión cognitiva.....	56
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los puntajes de sintomatología depresiva	57
Tabla 5. Distribución de la muestra según las categorías de fusión cognitiva.....	57
Tabla 6. Distribución de la muestra según las categorías de sintomatología depresiva	58
Tabla 7. Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov del cuestionario de fusión cognitiva y el inventario de sintomatología depresiva.....	59
Tabla 8. Correlación de los puntajes de fusión cognitiva y sintomatología depresiva utilizando el coeficiente de correlación Spearman - Brown	60
Tabla 9. Diferencias en la fusión cognitiva, según el sexo; utilizando la prueba U de Mann Whitney.....	60
Tabla 10. Diferencias en la sintomatología depresiva, según el sexo; utilizando la prueba U de Mann Whitney	61
Tabla 11. Diferencias en la fusión cognitiva, según el semestre de estudios, utilizando la prueba de Kruskal – Wallis	61

Tabla 12.	
Diferencias en la sintomatología depresiva, según el semestre de estudios, utilizando la prueba de Kruskal – Wallis.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	
Modelo de psicopatología para la ACT de S. Hayes	38
Figura 2.	
Modelo cognitivo de la depresión de A. Beck	39

Capítulo I

Planteamiento del estudio

1.1. Formulación del problema

Actualmente, la humanidad vive en constante movimiento y auge del desarrollo tecnológico, queriendo buscar que la comunicación entre nosotros y con el mundo se facilite y muchas veces se simplifique. Puede resultar paradójico que en los nuevos tiempos se haya querido mejorar la vida de la gente, pero que como resultado se haya hecho más complejo y menos placentero en perspectiva. La depresión resulta un problema muy complejo y creciente entre las personas de forma que cuando se considera la cantidad de ellas que sufren esta enfermedad, sus estadísticas resultan preocupantes. Tan solo hablando de contexto peruano, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” reportan a la depresión como el trastorno con prevalencias de 7% en adolescentes y 6,2% en adultos de Lima y Callao (INSM, 2012). Como consideran Segal, Williams y Teasdale (2008), las personas que se han deprimido saben que el trastorno no cuenta con una sola cara, por lo que ninguna característica particular dará cuenta de toda la historia. Por ello, el aumento de la depresión como diagnóstico y de los síntomas depresivos a nivel mundial es un producto de muchos cambios en nuestros entornos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estima que la depresión es un problema que afecta a por lo menos 350 millones de personas alrededor del mundo, representando una de las principales causas de discapacidad. Muchos ya no tienen interacciones de calidad con sus seres queridos o sus familias, ya que constantemente están preocupados por algo. Es que producto de todos estos cambios buscamos inmediatez en más cosas, lo que nos puede generar

preocupación y posteriormente frustración y dolor emocional y que pensemos mal sobre nosotros mismos. Beck (1967) menciona que las creencias negativas sobre uno mismo no solo forman parte de los síntomas de la depresión, sino también tienen influencia sobre la probabilidad de que una persona se enferme de depresión y continúe enferma en un futuro muy distante. Además de ello hay una ausencia de actividad, como proponen Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2013), ya que las personas con depresión no cuentan con reforzadores positivos que mantendrán y/o aumentarán el número de actividades adicionales con función antidepresiva.

Es en este contexto en donde resulta importante hablar sobre la depresión, que es definida por Rojas (1984) como una reacción emocional, cambios drásticos en el estado de humor, baja autoestima acompañada de un concepto de autonegación, síntomas físicos y emocionales y de una sensación de inutilidad y de necesitar ayuda. Todo ello puede traer una serie de consecuencias negativas tanto familiares, como personales, sociales y laborales (Saranson y Saranson, 2006). Pero el problema más allá de no acabar ahí, los pensamientos negativos adquieren un alto nivel de credibilidad, es decir que los acontecimientos que se interpretan como negativos resultan literalmente como negativos para uno mismo, lo que agrava los síntomas. Un grupo muy vulnerable de esta creciente tendencia a la depresión son los adolescentes y jóvenes ya que, según el instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM, 2000), cuentan con un mayor riesgo a sufrir un episodio depresivo mayor. La cantidad de sucesos que los adolescentes y jóvenes puedan pasar resulta en una serie de pensamientos estresantes que a la larga tienen una probabilidad de volverse negativos y tomarse con literalidad.

Esta visión de literalidad de pensamientos va en la línea de la fusión cognitiva, que es definida como una serie de contextos en los que las personas se ven retenidas en el contenido de sus pensamientos que domina sobre otras fuentes de la regulación de la conducta (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Por ejemplo, pensamientos como “no soy capaz de pasar el curso debido a una nota baja en un examen” pueden experimentarse como intensificados y por lo tanto, verdaderos sobre la identidad personal, pudiendo traer como consecuencia mucho dolor y angustia emocional (Kerr, 2010). Es por ello que, siguiendo esta línea, el problema de esta investigación se plantea de dos formas:

- ¿Existe relación significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana?
- ¿Existen diferencias significativas entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, considerando el sexo y el semestre académico?

1.2. Objetivos

1.2.1. General

- Conocer si existe relación significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

1.2.2. Específicos

- Establecer las diferencias significativas en la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el sexo.
- Establecer las diferencias significativas en la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana considerando el semestre académico.
- Identificar los niveles de fusión cognitiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el sexo.
- Identificar los niveles de fusión cognitiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el semestre académico.
- Identificar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el sexo.
- Identificar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el semestre académico.

1.3. Importancia y justificación del estudio

Se comienza a decir con más frecuencia que vivimos en una sociedad patológica. Las personas están creyendo con más fuerza que el Perú no es un país en el que se pueda vivir bien, se puedan conseguir las mismas oportunidades para desarrollarse que los demás o en el que puedan sentirse seguros. El bienestar biopsicosocial de los peruanos comienza a verse cada vez más afectado debido a los hechos coyunturales de nuestra realidad. Por ello es que muchos puedan verse limitados, impotentes, indignados o experimentar algunos estados pasajeros de tristeza o preocupación. Si a todo esto le sumamos

los problemas diarios que se producen a nivel personal, familiar, social, económico o laboral, se tiene como resultado un cambio en el estado anímico más sostenido en el tiempo que puede interferir con nuestra vida diaria. También puede generar que hagamos una serie de evaluaciones sobre nosotros mismos o el entorno, generalmente negativas. La Organización Panamericana de la Salud (2012) señala que la depresión es la enfermedad mental que actualmente cuenta con mayor prevalencia a nivel mundial en los adultos, lo que funciona como un predictor de que los síntomas depresivos y la depresión misma van en aumento a nivel mundial, incluyendo al Perú.

Por otra parte, al hacer una evaluación, se es consciente en cierta medida de que lo hacemos de una manera subjetiva. En cierta medida porque no en todos los casos es así. Las personas evaluamos nuestro contexto por medio del lenguaje, por lo que vamos generando evaluaciones y descripciones acerca de él y de nosotros mismos. Ya no diferencian entre su evaluación personal (influenciada por el contexto) y sus características reales; lo primero y lo segundo se fusionan, dando como resultado que sus capacidades individuales para enfrentar y solucionar sus problemas de la vida diaria se vean mermadas. Según Vargas y Corio (2017) la fusión cognitiva puede identificarse cuando las evaluaciones que las personas tienen de sí mismas se presentan como hechos y no como lo que son, evaluaciones o más bien valoraciones subjetivas que muchas veces carecen de evidencia real y consistente. Esto puede funcionar como causa y reforzador para los síntomas depresivos.

Por ello es importante que se desarrollen temáticas de investigación como la presente. Al no contar, a nivel nacional, con suficiente investigación precedente y relacionada al tema, esta misma puede cumplir la función de base,

o incluso complemento, para otras tesis con carácter similar que puedan aportar al amplio campo de la psicología clínica y de la salud.

1.4. Limitaciones del estudio

Entre las posibles limitaciones de la presente investigación se pueden presentar, en primer lugar, la simulación de respuestas por deseabilidad social, ya que en todos los ítems de los instrumentos utilizados hay opciones de respuesta que los evaluados reconocen como más aceptadas socialmente que otras; el marcar estas respuestas indica el que se quiera mostrar una máscara, una imagen esperada. En segundo lugar, la perseverancia de respuestas es otra probable limitación de la investigación; esto es, la generalización de las mismas ante factores como la disposición de responder los instrumentos o el tiempo que queda para responderlos en su totalidad; esta perseverancia se puede dar de forma que no se encuentren diferencias incluso entre una dimensión/área y otra de los instrumentos. Además, vale considerar la omisión de respuestas como un posible factor limitante por razones de no comprensión total del ítem, factor tiempo o la incomodidad que le pueda producir el responder. Por último, se considera como limitación del estudio el no poder generalizar los resultados, ya que si bien se cuenta con un enfoque cuantitativo que ofrece la bondad de la generalización, la muestra fue seleccionada de forma intencional, restringiendo toda posibilidad de cumplimiento de este criterio (Hernández, et al., 2014).

Capítulo II

Marco teórico conceptual

2.1. Marco histórico

2.1.1. Fusión cognitiva

Fusión cognitiva es un concepto que tiene su nombre producto del conductismo radical; sin embargo, no carece de antecedentes históricos.

En la antigüedad, René Descartes comienza a describir este fenómeno interno, afirmando que existe una conciencia reflexiva. Esto lo afirma con su famosa frase “pienso, luego existo” (Fernández, Cárdenas y Mesa, 2006). Él es el pionero dentro de los filósofos que piensan que la introspección es una fuente indudable de conocimientos, a comparación de otras.

Usando estas bases filosóficas, a partir de la segunda mitad del siglo XIX se comenzó a darle una visión psicológica a este proceso de autoanálisis, con el psicoanálisis. Según Cloninger (2003), Sigmund Freud añadió a la concepción filosófica de introspección el poder entender los motivos verdaderos, los cuales son conflictos de naturaleza inconsciente o latente. Esto representaría un primer cambio para el concepto original de introspección como fenómeno interno.

En cuanto al conductismo, Bunge y Ardilla (2002) sostienen que tantos los conductistas como los neoconductistas han criticado duramente el uso (y algunos la existencia) de la introspección como técnica psicológica. Además, estos autores aducen que la introspección no proporciona el acceso a la mente más objetivo, es decir, que tiene algunas limitaciones. Es importante profundizar en ellas ya que nos aclara que en cierta medida el profundizar y meditar sobre algunos pensamientos no resulta positivo:

“Primero, la introspección es un procedimiento, pero no un procedimiento sometido a reglas; no es un método propiamente dicho (...) Segundo, los datos de la introspección no son fiables. Por ejemplo, los informes acerca de los motivos de ciertos comportamientos son tan sospechosos como los recuerdos de episodios de un pasado remoto. Tercero, muchos datos psicológicamente pertinentes están fuera del alcance de la introspección, pues no son conscientes. Cuarto, la información sobre la propia experiencia subjetiva puede interferir con esta última (...) Quinto, el lenguaje no es un espejo fiel de la mente”. (p.81)

Por otra parte, el cognitivismo prestó especial atención a la introspección como fenómeno, pero en su profundo análisis se delimitaron ciertas características nuevas. Es aquí, a partir de los años 70 en que el concepto tiene un segundo cambio en su naturaleza. Para entender este cambio es necesario entender dos conceptos claves estudiados de forma paralela: la rumiación y la hiperreflexividad.

2.1.1.1. Rumiación

La génesis del estudio de este concepto se da en los años 70, en donde la teoría cognitiva buscaba comprender qué mecanismos operaban detrás de este proceso de pensamiento. Rippere (1977, citado en Papageorgiou & Wells, 2004) menciona que la rumiación es una respuesta común a los estados de ánimo negativos o depresivos, productos de pensamientos persistentes, cíclicos o depresivos. Pensamientos como “¿Por qué hago tan mal las cosas?”, “soy un

inútil”, “no soy lo suficientemente atractivo como para invitarla a salir” son algunos ejemplos de lo que abarca esta definición de rumiación.

Martin y Tesser (1996) van más allá, proponiendo que la rumiación es un término genérico que incluye varios tipos de pensamientos persistentes. En sus propias palabras:

“La rumiación es una clase de pensamientos conscientes que giran en torno a un tema instrumental común y que se repiten en ausencia de demandas ambientales inmediatas que requieren los pensamientos. Aunque la ocurrencia de estos pensamientos no depende de la indicación directa por parte del entorno externo, es probable que el entorno los advierta indirectamente dado el alto nivel de accesibilidad de los conceptos relacionados con los objetivos. Aunque el entorno externo puede mantener cualquier pensamiento mediante indicaciones repetidas, el mantenimiento de los pensamientos de meditación no depende de tales indicaciones”. (p.7)

A través de su Teoría de los estilos de respuesta en la depresión, Nolen-Hoeksema (1991) define a la rumiación como el concentrarse en pensamientos repetitivos y en las emociones productos de un evento problemático, ambos de naturaleza negativa. A partir de ello, se buscan las causas del problema y se anticipan a las consecuencias del evento, sin desempeñar un papel activo en su solución. Al pensar constantemente en las causas del problema, también explica que las personas con rumiación tienden a presentar también niveles altos de sintomatología ansiosa (Thomsen, 2006; citado en Hervás, 2008). En este sentido, Nolen-Hoeksema realizó un trabajo de seguimiento a un grupo de

personas que experimentaron algún evento traumático (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; citados en Inoñán, 2011), encontrando que aquellos sujetos que presentaban altos registros de pensamiento rumiativo, presentaban síntomas depresivos más graves a comparación de los sujetos que no registraban alto en pensamiento rumiativo. Para la investigadora y, con sus propias palabras, la rumiación supone “concentrarse repetitivamente en el hecho de que uno está deprimido; en los propios síntomas de depresión; y sobre las causas, significados y consecuencias de estos síntomas depresivos" (Nolen-Hoeksema, 1991).

Alloy et al. (2000; citados en Kerr, 2010) proponen algo similar, haciendo énfasis en la historia vital de acontecimientos estresantes de las personas. Para estos autores la rumiación funciona como un producto de inferencias negativas que se relacionan con esta historia de eventos estresantes o incluso traumáticos. Además, es un intento de adaptación, de procesamiento de información que nosotros hacemos, y que están relacionadas con estos eventos. A esto se le conoce como Modelo de Rumiación Reactiva al Estrés.

Conway et al. (2000) también investigaron más recientemente el tema. Esta investigación se dio en torno a la rumiación sobre los sentimientos de tristeza, definiéndola como pensamientos cíclicos o repetitivos sobre la angustia propia y las circunstancias que rodean a la misma dadas en el tiempo presente.

Martin et al. (2004) argumentan que la rumiación es un proceso autorregulador que se produce cuando hay una discrepancia de objetivos; esto significa, que el sujeto perciba que no está progresando óptimamente hacia sus objetivos específicos individualmente valiosos. La información con respecto a los objetivos incompletos persiste en la mente del individuo, dando lugar a la rumiación. Visto de esta forma, la rumiación hace que la información

relacionada con el objetivo se consolide en la memoria y cumpla una función de no-ayuda al objetivo. Por lo tanto, la rumiación es una estrategia que se adopta para el progreso de metas personales.

Entre todas estas concepciones que fundamentan la rumiación hay algo en común, y esto es su naturaleza tanto de proceso como de producto cognitivo. Haciendo hincapié en lo segundo, no es el único que hay. Otros productos cognitivos con los cuales se ha comparado a la rumiación son los pensamientos automáticos negativos, el autoenfoco depresivo, la autoconciencia privada y la preocupación (Papageorgiou y Wells, 2004). En el presente trabajo no se desarrollarán cada uno de estos productos cognitivos, pero si es importante distinguirlos de la rumiación.

La diferencia con los pensamientos automáticos negativos está en que estos últimos son característicos de la depresión. De acuerdo a la obra de Beck (1967), la depresión se tipifica por pensamientos que tienen como contenido pérdidas personales o fallas orientadas al pasado. Relacionado a este tema, Papageorgiou y Wells (2004) proponen que la rumiación consiste en un grupo de cadenas más largas de pensamientos cíclicos, negativos, persistentes, repetitivos y centrados en uno mismo que ocurren como respuesta ante los pensamientos iniciales que actúan como estímulo. De acuerdo con esta diferenciación, los estímulos serían los pensamientos automáticos negativos.

Por otra parte, Pyszczynsky y Geenberg (1987), diferencian entre el pensamiento rumiante y estilo de autoenfoco depresivo. La esencia del enfoque depresivo está en los estados ideales y reales sobre el fracaso personal (Pyszczynski, Greenberg, Hamilton y Nix, 1991), mientras que la rumiación se centra en las formas de afrontamiento de un problema, que no ocurren

necesariamente después del fracaso (Wells & Matthews, 1994). Por otra parte, la diferenciación con la autoconciencia privada está en que esta es una disposición para autoenfocarse y autoanalizarse de forma crónica, independientemente del estado de ánimo (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975).

El caso de la rumiación y la preocupación es distinto, ya que guardan una relación estrecha, de tal forma que la preocupación es una característica cognitiva propia de los trastornos de ansiedad, se advierte de su alto grado en personas que presentan depresión (Starcevic, 1995). Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree (1983) definen la preocupación como "una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas negativamente y relativamente incontrolables; representa un intento de involucrarse en la resolución de problemas mentales en un tema cuyo resultado es incierto pero que contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos" (p.10). Según estos autores es probable que el contenido de las cadenas de pensamientos preocupantes (o ansiosos) difiera de los pensamientos rumiantes (o depresivos) en que los primeros pueden estar caracterizados por temas de amenaza o peligro anticipados, mientras que, por otra parte, la rumiación puede involucrar temas de pérdida o fracaso personal del pasado (Beck, 1967).

Se debe considerar que la rumiación como proceso tiene consecuencias que, en instancias, aumentan los niveles de estrés de las personas y eso puede dificultar su adecuación. Así lo comprueban Siegle, Sagrati y Crawford (1999), quienes investigaron sobre los efectos de la rumiación en la recuperación de pacientes diagnosticados con depresión mayor y que llevan un proceso terapéutico cognitivo conductual. Concluyeron que la rumiación dificultó la recuperación de estos pacientes. Por otra parte, Martin y Tesser (1996)

mencionan que la rumiación tiene una función de reducción de la discrepancia; quiere decir que es instrumental para el logro de objetivos de orden superior. Para comprobar qué función cumplen los pensamientos rumiativos, Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema (1993) hicieron un estudio experimental en participantes disfóricos. Encontraron que los sujetos inducidos a rumiar creían que estaban obteniendo una idea de ellos mismos y de sus problemas cuando en realidad estaban produciendo soluciones relativamente pobres a estos problemas, concluyéndose que los pensamientos rumiativos son relativamente adaptativos.

2.1.1.2. Hiperreflexividad

Otro concepto igualmente amplio y que aborda fenómenos relacionados a la fusión cognitiva es el de la hiperreflexividad. Pérez-Álvarez (2012) la define como una “capacidad para volver la atención sobre nosotros mismos y así valorar y controlar nuestras vidas”. Esto puede representar, a su vez, algo paradójico, debido a que por un lado nos hace más lúcidos sobre nuestro pensar, sentir y actuar, pero por otra parte puede también tener consecuencias negativas, como el desvincularnos de nuestra manera común de relacionarnos con el mundo exterior. A partir de ello hace un profundo análisis de este tema, haciendo un énfasis tanto en su parte cotidiana, como en su parte histórica. También entendida como “reflexividad aumentada”, este autor postula que es posible encontrarla en una gran mayoría de los trastornos psicológicos hoy conocidos. Además, va más allá proponiendo que la hiperreflexión no sólo funciona como un consecuente, sino que es un factor causal que desencadena una serie de síntomas propios de las psicopatologías. Ante esto surge una cuestión muy importante, ya que, si tomamos en cuenta su naturaleza causal o

consecuente, ¿qué factor o factores la causan? Una explicación que da el autor es que la hiperreflexividad es consecuencia del individualismo y que ha sido agravada por el contexto cultural y social, ubicado históricamente en la época del renacimiento como una hiperreflexividad moderna. Por otro lado, el autor habla sobre diversas formas de autoconciencia en las psicopatologías, entre las cuales están la autoconciencia como fenómeno particular, la teoría de la auto-objetivación, el rol del espectador de sí mismo, la atención autofocalizada, la rumia, la preocupación, los pensamientos automáticos, la metacognición, los pensamientos repetitivos, la teoría del escape del yo, la trampa vital y la evitación experiencial/conductual. Estas formas muestran que la hiperreflexividad se involucra en una gran cantidad de trastornos psicológicos, entre los cuales destacan los trastornos de ansiedad y la depresión. En cuanto a este último, el autor hace hincapié en la hiperreflexividad en la depresión melancólica. Este tipo de depresión se desarrolla gracias a que el ser hiperreflexivos sin lugar a soluciones funcionales y eficientes da espacio a que haya consecuencias afectivas negativas como la frustración y posteriormente a la desesperación, siendo esta misma la base estructural para la depresión melancólica.

2.1.2. Sintomatología depresiva

En la antigua Grecia se buscaba definir a la personalidad por medio de la teoría de los humores, dentro del cual Empédocles (490-430 a.C.) habló sobre la “eutimia” o humor normal. Al respecto, Pérez-Álvarez (2012) nos menciona que el concepto de melancolía cuenta con dos trasfondos. El primero es uno médico, que se da principalmente con Hipócrates (460-377 a.C.) y su teoría de los cuatro

temperamentos. Él hizo una clasificación de las enfermedades según los humores que estuvieran alterados, teniendo como resultado una tipificación de cuatro temperamentos: Colérico, Flemático, Sanguíneo y Melancólico. A lo que hoy en día tomamos como depresión, se le compara con el temperamento melancólico en la antigua Grecia. Llegó a la conclusión de que este temperamento consistía en una alteración de la bilis negra a partir de la observación del vómito de algunos enfermos en ese entonces. Además, cabe mencionar que esta teoría de los humores tuvo bastante acogida hasta el siglo XVII. El segundo es un trasfondo filosófico, principalmente postulado por Aristóteles (384-322 a.C.). Él define a la melancolía como una disposición a la excepcionalidad, relacionada con la bilis negra, la cual ya empezaba a verse como algo relacionado a la melancolía. Se decía que esta bilis negra alude al mal presente en el hombre como también a una visión más allá de la luz del día. Al hablar de esta perspectiva filosófica, es importante aclarar que a la melancolía se le veía como algo más positivo, a diferencia de lo que podemos conocer como depresión hoy en día, ya que incluso se relacionaba a la melancolía de algunos héroes. Sobre esto, en su libro “Melancolía”, László Földényi (2008) decía:

“Los héroes no son melancólicos por ser locos ni por tener una fuerza y unas dotes excepcionales, sino por llevar ambas cosas de manera inseparable en su interior: la locura es debida a la excepcionalidad, y ésta, al hecho de llevar dentro la posibilidad de enloquecer. Y como la excepcionalidad de los héroes supera las dimensiones terrenales, su locura tampoco puede curarse mediante medicamentos terrenales; al contrario, la curación los aniquilaría totalmente”.

(p.30)

En la edad media ya se le empezó a dar a la melancolía una connotación nosológica, además de pecaminosa, justamente por ser una época en la que se da el auge de la religión. La excepcionalidad de Aristóteles tuvo poca acogida en esta época, porque sólo se aceptaba la excelencia personal brindada por “gracia divina”. Además de ello, a la melancolía se le fue dando poco a poco un sentido muy similar al de la acedia, un tipo de pecado en la antigüedad que tenía algunas características como aflicción, desánimo, dejadez, pereza y tristeza. Contra ella debían luchar las personas por medio de la devoción a la religión, ya que la acedia representaba un conjunto de vicios, depravaciones, y por lo tanto, un pecado capital. Ahora se empezaría a reconocer un aspecto comportamental de la melancolía con más fuerza que el aspecto subjetivo/emocional. Clásico de la edad media era que al categorizar un pecado, se le ponía asimismo una contraparte, una virtud. En este caso, la religión en la edad promovía a la diligencia como valor, ya que se buscaba que las personas sean cuidadosas, activas, responsables y disciplinadas (Jackson, 1989).

A partir del siglo XIX, la melancolía pasa por un proceso de doble reajuste: en el contexto literario adquiere una significación de aburrimiento, de inapetencia, de sopor, mientras que en un contexto clínico se transforma en lo que hoy conocemos como depresión, aunque aún estudiada de forma muy rudimentaria. Berríos (1996) menciona que el término depresión como tal proviene de la medicina cardiovascular, ya que era una forma muy común para referirse a una reducción funcional. Al comienzo se le llamó “depresión mental”, pero poco a poco pasó a sólo llamarse depresión, ya que comenzaba a conocerse como un estado bastante común en la gente. Además, este mismo autor hace un

especial énfasis en que el aburrimiento adquiere un sentido popular-literario y la depresión un sentido técnico-clínico y más amplio que el primero, por lo que se comienza a concluir que el aburrimiento puede funcionar como causalidad para la depresión. Es así que la depresión comienza a adquirir una naturaleza más amplia que la melancolía en sí, por lo que Savage (1886, citado en Pérez-Álvarez, 2012) la define como un “estado de depresión mental, en el que la tristeza no está justificada”. Es así que se comienza a reconocer a la melancolía como un subtipo de la depresión.

Basándose en las anteriores clasificaciones que se le dieron a la depresión años atrás, Emil Kraepelin, en la octava edición de su famoso *Psychiatrie*, la caracterizó como “Trastorno maniaco-depresivo”. Kraepelin ya comienza a considerar a la depresión como una entidad nosológica que cuenta con un conjunto de signos y síntomas, entre los cuales figuran la manía simple, locura constante, grandes intervalos de melancolía, además de otros síntomas como confusión, desorientación, alteraciones en la sensación y percepción e inquietud psicomotriz (agrupando estos últimos síntomas, Kraepelin los denominó “Amencia”). Esto da pie a que en la actualidad haya clasificaciones mundiales que constantemente están en plena evolución de criterios que puedan delimitar lo que es la depresión de otras psicopatologías. Además, con la finalidad de tener criterios unificados, la Organización Mundial de la Salud ha promovido la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); hoy CIE-10, mientras que la Asociación Americana de Psiquiatría cuenta con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); actualmente DSM-V. Ya habiendo clasificaciones nosológicas de la depresión es que se busca establecer

un modelo que explique tanto su casuística, su funcionamiento y por último su tratamiento.

2.1.2.1. Depresión en el Perú

Los niveles de depresión en el Perú cada año se tornan más crecientes y es que se debe a, en muchos casos, la ausencia de atención psicológica de calidad en los establecimientos de salud pública. Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM, 2012) la prevalencia de la depresión por año es de 6.2% tanto en Lima como en el Callao. Por otro lado, menciona que el 17.3% de los adultos entre 18 a 60 años han sufrido o sufrirán depresión dependiendo la edad que tengan en la actualidad. Al hablar de diferencias por género, se menciona que entre 10 al 25% de las mujeres han tenido depresión en cualquiera de sus niveles, mientras que entre 5 al 12% de los hombres han tenido depresión en algún momento de su historia individual. Esto resalta la importancia de la implementación de programas específicos que puedan atender problemáticas relacionadas a la depresión, tanto en a y de prevención tanto primaria, como secundaria y -teniendo en cuenta su cronicidad- terciaria.

2.1.2.2. Pronóstico de la depresión

Beck et al. (2002) mencionan que en la depresión, como en toda patología, se tiene un pronóstico al considerar la cantidad y la gravedad de los síntomas presentes en el individuo. Esto es medible a través de diversos métodos, como lo son la observación y la entrevista en cualquiera de sus tres formas (estructurada, semiestructurada, no estructurada). La evaluación

psicológica también cuenta con instrumentos psicométricos estandarizados que pueden aportar información sobre marcadores objetivos de la depresión. El más utilizado es el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), esto se puede complementar con los métodos de evaluación antes mencionados.

Otro procedimiento que nos arroja información sobre el posible pronóstico de los síntomas depresivos en un cliente es el cotejo con la lista de síntomas enlistados en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V). Si al considerar toda la información obtenida a través de la evaluación se llega a la conclusión de que el nivel de depresión es grave, se puede evaluar la posible presencia de ideación suicida y elaborar un plan de tratamiento en el que el riesgo del paciente es muy alto (Martel, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013). Por otra parte es importante ver si existe o no conductas suicidas, ya que esto puede incrementar el riesgo de un suicidio con un método mucho más inmediato. Sin duda esto depende a su vez de qué factores protectores están a favor de la persona, ya que el resultado de su interacción generará un nivel de bienestar que puede funcionar en contra de la depresión.

2.1.2.3. Tratamiento de la depresión

2.1.2.3.1. Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión

Beck et al. (2002) hacen énfasis en que la depresión deriva en una serie de síntomas (afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos) los cuales se desprenden de un eje triple o, triada cognitiva en palabras del autor. Esta triada consta de una visión negativa tanto de uno mismo, como del mundo y del futuro. Este tratamiento busca establecer las relaciones entre pensamientos, emociones y conducta, previamente registrados en el proceso de evaluación

psicológica. Una vez hecho esto se tiene como objetivo aclarar al usuario de la terapia cómo es que los pensamientos ejercen influencia sobre las emociones y a su vez, cómo es que éstas ejercen influencia en el comportamiento. Finalmente, al tener conciencia de cómo es que funcionan estos patrones de pensamiento-emoción-comportamiento, se buscará establecer influencia sobre los pensamientos para subsecuentemente se modifiquen las emociones y los comportamientos consecuentes.

2.1.2.3.2. Activación conductual

Martel, Dimidjian y Herman-Dunn (2013) proponen a la activación conductual como un tratamiento esencialmente dirigido a la reducción y eliminación de síntomas depresivos. Como bien menciona el nombre de este tratamiento, está basada en la teoría del conductismo radical, el cual recoge los principios del aprendizaje propuestos por Skinner. En el caso de la depresión es mantenida por evitación de estímulos que en un momento anterior de la historia personal resultaron aversivos; es decir la depresión se refuerza negativamente. La activación conductual consiste en ver qué consecuencias están manteniendo la conducta depresiva en los clientes y a través del análisis funcional – principalmente- conectarlo a potenciales refuerzos positivos y así disminuir los síntomas depresivos y las autoverbalizaciones que vienen con ellos. Esto se hace mediante el registro diario de actividades en la fase evaluativa del proceso terapéutico y luego se hace una jerarquía de tareas (comportamientos) que sean accesibles para la realización del usuario, considerando el nivel de sintomatología depresiva.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

2.2.1. Nacionales

A nivel peruano, Valencia y Falcón (2019) evaluaron las propiedades psicométricas del cuestionario de fusión cognitiva (CFQ) en un grupo de 450 estudiantes universitarios; entre ellas, su estructura factorial. Además se buscó establecer si esta misma estructura no variaba entre hombres y mujeres. Como resultados se obtuvieron una invarianza estricta, además de la unidimensionalidad del instrumento. Asimismo no se encontraron diferencias significativas en fusión cognitiva entre hombres y mujeres. Por otra parte se halló una confiabilidad alta ($\omega = .916$).

2.2.2. Internacionales

Ruiz et al. (2018) realizaron un estudio el cual analiza los efectos de un protocolo individual de dos sesiones de ACT (Terapia de aceptación y compromiso en sus siglas en inglés), centrados en pensamientos repetitivos negativos en el tratamiento de trastornos emocionales moderados. La muestra constó de 10 adultos que tenían desde sintomatología emocional moderada a grave. Se usaron los instrumentos DASS - 21 (Escala de depresión, ansiedad y estrés) y el GHQ - 12 (Cuestionario general de salud). Inicialmente se encontraron altos niveles de preocupación patológica, fusión cognitiva y evitación experiencial. Después del tercer mes de seguimiento los resultados cambiaron, de forma que, 9 de los 10 participantes tuvieron una mejora en los puntajes del DASS - 21 y 7 de los 10 participantes en el GHQ - 12.

Hapenny y Fergus (2017) buscaron identificar el efecto de la relación entre la fusión cognitiva y la evitación experiencial en la sensación de

pertenencia frustrada y carga percibida en un grupo de 352 adultos de diferentes partes de los Estados Unidos convocados a través de internet. Una vez reunidos, se aplicó a los participantes el INQ (Interpersonal Needs Questionnaire), BEAQ (Brief Experiential Avoidance Questionnaire), CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire), STHS-T (The State-Trait Hopelessness Scale-Trait Version) y el CES-DR (Center for Epidemiologic Studies-Depression Revised). Tras ello se halló que tanto la fusión cognitiva como la evitación experiencial actuaron en gran medida sobre la carga percibida en los participantes del estudio. Por otra parte, no se encontró evidencia de que esta interacción se relacione con la sensación de pertenencia frustrada, lo que sugiere que los efectos de la fusión cognitiva y la evitación experiencial no influyen de forma significativa en la sensación de pertenencia, contrario a la hipótesis que formularon los investigadores. Por último, se resaltó la necesidad de otros estudios relacionados al tema para corroborar lo formulado en la investigación.

Özkan et al. (2017) investigaron sobre la asociación existente entre la catastrofización del dolor y la fusión cognitiva relacionadas al dolor en un grupo de 110 pacientes (ambos sexos) de cirugía de manos y extremidades superiores. Para ello se utilizaron fichas sociodemográficas e instrumentos de intensidad de dolor, fusión cognitiva, pensamiento catastrófico del dolor y función física de las extremidades superiores. Posterior a ello se procedió a usar el estadístico ANCOVA para revelar la relación entre la fusión cognitiva y la catastrofización del dolor sobre la gravedad del dolor. Además de ello, los pacientes que obtuvieron mayores puntajes en las medidas de fusión cognitiva y catastrofización del dolor fueron los que también obtuvieron mayores niveles de dolor registrados a comparación de los pacientes que obtuvieron puntajes altos

en un solo instrumento. Esta relación de variables también se pudo corroborar al compararse con la función física de las extremidades superiores.

Reza y Narimari (2017) investigaron sobre la relación entre las creencias metacognitivas, la fusión cognitiva y las distorsiones cognitivas como factores predictores de la salud general en un grupo de 190 parejas (N=380) pertenecientes a la ciudad iraní de Ardabil. La selección de la muestra se realizó gracias a la disponibilidad y disposición de los participantes en diversos lugares públicos de la ciudad. Posterior a ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y la regresión lineal para analizar los datos disponibles. Se hallaron correlaciones significativas entre las creencias metacognitivas, fusión cognitiva y distorsiones cognitivas con la salud general de las 190 parejas. Todas estas correlaciones se hicieron con un nivel de confianza del 95%. A partir de ello se establece y concluye que a medida que haya mayores niveles de creencias metacognitivas, fusión y distorsiones, menor serán los índices de salud general en las parejas.

Ruiz et al. (2016) realizaron un estudio consistente en analizar el efecto del protocolo de una sesión de terapia de aceptación y compromiso (ACT) sobre la reducción de los pensamientos negativos repetitivos en forma de preocupaciones, al modificar las funciones discriminativas de un pensamiento más relevante para participar como antecedente de un pensamiento negativo repetitivo. La muestra estuvo compuesta por 11 adultos que, en los últimos 6 meses, habían tenido algunos pensamientos negativos repetitivos y en consecuencia su funcionamiento se veía interferido, además de mostrar síntomas emocionales. Para medir estos pensamientos se utilizaron autoregistros diarios, medidas de preocupación patológica, rumiación y frecuencia de pensamientos

negativos. Después de 6 semanas de seguimiento, 9 de los 11 participantes mostraron reducciones en mínimo 3 de las 4 formas de medición.

Bardeen y Fergus (2016) examinaron la relación de fusión cognitiva y la evitación experiencial con respecto a los niveles de ansiedad, depresión, estrés y estrés postraumático en una muestra de 955 adultos norteamericanos por medio de una convocatoria hecha en internet. Antes de examinar esta relación usaron instrumentos como el CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire), AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II), DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Item Versión), LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5) y PCL-5 (PTSD Checklist-5-Civilian Version). Como resultados, hallaron que los mayores niveles de fusión cognitiva y evitación experiencial se correlacionan con mayores niveles de síntomas de ansiedad, depresión, estrés y estrés postraumático. Esto finalmente da cuenta de que personas con altos niveles tanto de fusión cognitiva como evitación experiencial son más propensos a tener alguna psicopatología.

Cookson (2016) realizó un estudio transversal correlacional para determinar el papel que desempeñan la fusión cognitiva y la evitación experiencial con respecto a los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes (N=106) de la Universidad de Londres y una muestra clínica (N=57) del servicio IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) ubicado en la misma ciudad; ambas muestras integradas por participantes de ambos sexos. Con fines de este estudio se utilizaron el CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire) y el MEAQ (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire). Como resultados se halló que los niveles de fusión cognitiva varían en la muestra de estudiantes, mientras que en la muestra clínica se halló

que tanto los niveles de fusión cognitiva y evitación experiencial eran altos y guardaban una correlación directa, resaltando la necesidad de una investigación de tipo longitudinal para corroborar estos hallazgos.

Samadifard (2016) realizó un estudio con el objetivo de indagar la relación entre la fusión cognitiva, las creencias metacognitivas y la autocompasión con los afectos positivo y negativo de un grupo de 180 mujeres adolescentes de varias partes de la ciudad de Ardabil, Irán. Para esta investigación se utilizaron la Escala de creencias metacognitivas de Wells, el Cuestionario de fusión cognitiva de Gillanders, la escala de autocompasión de Reiss y el Inventario de afectos positivos y negativos de Watson y cols. Posteriormente se hizo un análisis por medio de la correlación de Pearson ($p < 0.01$), mostrando una correlación positiva significativa entre las creencias metacognitivas y el afecto positivo. De igual manera se halló una correlación positiva significativa entre la variable autocompasión con las escalas sentido común humano, atención plena y autocompasión total con afecto positivo. Por otra parte, se encontró una correlación negativa significativa entre la fusión cognitiva y el afecto positivo, además de juicio propio, aislamiento y autolimitación con el afecto positivo. Esto concluye que las variables estudiadas se relacionan significativamente en las adolescentes de Ardabil.

Akbari et al. (2016) realizaron una investigación en la ciudad de Teherán, Irán que consistía en esclarecer el rol intercesor que tenía la fusión cognitiva en la relación entre la desregulación emocional con la ansiedad y la depresión en una muestra de 543 estudiantes de ambos sexos de la Universidad de Teherán. Para ello se utilizaron como instrumentos el CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), BAI (Beck

Anxiety Inventory) y BDI-II (Beck Depression Inventory II). A continuación, se usaron los estadísticos correlación de Pearson y análisis jerárquico de regresión múltiple, hallándose en primer lugar una correlación alta significativa entre las variables estudiadas ($p < 0.01$). Por medio del análisis jerárquico de regresión múltiple se halló que la fusión cognitiva funciona como un intercesor total entre la desregulación emocional, la ansiedad y depresión sean sus niveles mayores o menores.

En su tesis doctoral, López de Uraldo (2015) realiza un estudio experimental de la defusión verbal en la terapia de aceptación y compromiso. El primero de ellos tiene el objetivo de estudiar el posible mecanismo de actuación del ejercicio llamado “leche, leche, leche”, propio de la terapia de aceptación y compromiso, utilizando un diseño factorial entre grupos, resultando en tres condiciones experimentales y uno control con medidas tanto pre como post. La muestra de este experimento constaba de 30 participantes en total, utilizando medidas autoinformes para ver si existía influencia de los ejercicios en los pensamientos. Como resultado se hallaron diferencias significativas entre los resultados pre y post por medio del análisis ANOVA. El segundo experimento tuvo el objetivo de analizar cuáles eran las condiciones psicológicas subyacentes a que el ejercicio “leche, leche, leche” tenga una alta eficacia en las personas. Igualmente se usó un diseño factorial entre grupos, dando lugar a tres condiciones experimentales y una de control. La muestra de este experimento constó de 75 participantes en total, encontrando por medio del análisis ANOVA que los participantes que realizaban el ejercicio tenían mayor implicancia emocional, mayor defusión verbal y menor evitación experiencial. Como resultados globales se halló que en algunos casos no hay evidencia en que la

repetición de las palabras “leche, leche, leche” disminuyan su valor emocional, a comparación de otras palabras, a las cuales la defusión cognitiva les disminuye sus valoraciones de ansiedad tanto en el grupo experimental (grupo defusión) como en el grupo control, por lo que no queda demostrado un efecto genuino de la defusión.

Romero-Moreno et al. (2015) analizaron la relación entre la rumiación y la fusión cognitiva en una muestra de 176 cuidadores de personas con demencia de distintos centros de salud y asistencia social ubicados en Madrid. Posteriormente los participantes fueron separados en 4 grupos: ARAF (alta rumiación con alta fusión cognitiva), ARBF (alta rumiación con baja fusión cognitiva), BRAF (baja rumiación con alta fusión cognitiva) y BRBF (baja rumiación con baja fusión cognitiva). Estos grupos se establecieron gracias a la aplicación del RSS-versión reducida (Cuestionario de estilos de respuesta a la tristeza-versión reducida), la versión española del CFQ (Cuestionario de fusión cognitiva), el índice de Barthel (que mide el estado funcional de los participantes), la versión española del Listado de Problemas de Memoria y de Conducta Revisado, además del LTS en su versión española (Escala de satisfacción con el ocio y tiempo libre), el AAQ en su versión traducido al castellano (Cuestionario aceptación y acción), la escala de satisfacción del Cuestionario de Valores en su versión española, el CES-D (Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos), el POMS (Perfil de estados de ánimo, versión estado) en su adaptación española y la Escala de satisfacción con la vida también en su adaptación española. Al delimitarse estos grupos se encontró que los integrantes del grupo ARAF mayores niveles de depresión, de ansiedad, de evitación experiencial, a la vez que un grado menor de satisfacción

con sus vidas y menor cantidad de actividades que les puedan resultar placenteras que los grupos ARBF, BRAF y BRBF.

Gillanders et al. (2015) analizaron 4 variables (cogniciones de enfermedad, fusión cognitiva, evitación y autocompasión) como posibles pronosticadores de distrés y calidad de vida en un grupo de 105 adultos que experimentaron cáncer con anterioridad sin discriminar el tipo. Para ello se utilizaron medidas de fusión cognitiva, estilos de afrontamiento, pensamientos sobre el cáncer, autocompasión, calidad de vida y distrés. Se halló que la fusión cognitiva puede predecir más certeramente los niveles de ansiedad. Por otra parte, el estilo de afrontamiento evitativo y los pensamientos sobre el cáncer guardaron mayor relación con los síntomas depresivos y la calidad de vida.

Dinis et al. (2015) investigaron sobre el papel que desempeñan la fusión cognitiva y la evitación experiencial en los recuerdos vergonzosos y los síntomas depresivos. Esta investigación se realizó en una muestra de 181 personas de la población general portuguesa, de los cuales 66 eran hombres y 115 mujeres. Para la obtención de los datos se utilizaron el Shame Experiences Scale, IES-R (Impact of Event Scale-Revised) en su adaptación a la realidad portuguesa, AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II) también en su versión portuguesa, CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire) y el DASS-42 (Depression, Anxiety and Stress Scale-42) en su adaptación portuguesa. Tras la aplicación de estos instrumentos se obtiene como resultados que los recuerdos vergonzosos y los síntomas depresivos ejercen gran impacto sobre la fusión cognitiva y la evitación experiencial. Por otra parte, cuando se trata de solamente recuerdos vergonzosos, no resultan ser dominantes para los participantes, caso

contrario ocurre en quienes, además de recuerdos vergonzosos, mostraron cierto nivel de experiencias internas aversivas y mucha disposición a controlar estas.

Trindale y Ferreira (2014) realizaron una investigación que buscó relacionar el impacto de la imagen corporal y la fusión cognitiva en la conducta alimenticia psicopatológica en una muestra de 342 estudiantes universitarias de sexo femenino de 13 a 25 años de diferentes instituciones, por lo cual, se guardó en reserva el nombre de los centros de educación superior y su ubicación. Para lograr este objetivo se utilizaron como instrumentos el FRS (Figure Rating Scale), SCRS (Social Comparison Rating Scale), SCPAS (Social Comparison through Physical Appearance Scale), CFQ-28 (Cognitive Fusion Questionnaire-28), CFQ-BI (Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image), MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) y EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire). Como resultados se obtuvo primeramente que hay una correlación positiva significativa entre los puntajes del CFQ-28 y el CFQ-BI y más alta que las medidas del EDE-Q. Por otra parte, se halló una correlación negativa entre los puntajes del CFQ-28 y CFQ-BI con las medidas obtenidas del MAAS, SCPAS y SCRS. Esto resalta la importancia de la defusión cognitiva como tratamiento para los trastornos alimenticios.

Kerr (2010) realizó una investigación descriptiva correlacional que buscaba ver cuál es la relación entre la depresión, la rumiación, las creencias metacognitivas y la fusión cognitiva. Se usó una muestra compuesta por adultos que en el momento que se realizó la investigación se encontraban deprimidos (n=26), adultos que en ese momento se encontraban recuperados (n=21) y adultos que nunca se encontraron deprimidos (n=27), teniendo un total de 74 personas adultas. Esta comparación entre grupos se hizo por medio de una

batería de instrumentos de autoinforme para sintomatología depresiva, rumiación, creencias positivas y la fusión cognitiva. En cuanto a la rumiación y a la fusión cognitiva, se utilizó para su análisis la prueba ANOVA. Se encontró que los tanto pacientes deprimidos como los pacientes recuperados de la depresión manifiestan mayor cantidad de rumiación y mantiene mayor número de creencias metacognitivas acerca de sus beneficios, a comparación de las personas que no tenían historia de depresión. Por otro lado, esta investigación sugiere que los estilos cognitivos predicen el inicio, la duración y la severidad de la depresión, por lo que una intervención temprana utilizando la Terapia de aceptación y compromiso puede resultar altamente beneficiosa. Asimismo, se propone que las personas que tienen una alta fusión cognitiva mantienen la rumiación y están impedidas de adoptar un comportamiento más adaptativo para ellas.

2.3. Bases teórico-científicas del estudio

2.3.1. Teoría de los marcos relacionales (TMR)

La teoría de los marcos relacionales (RFT en sus siglas en inglés) es un marco teórico que se usa para fundamentar principalmente la terapia de aceptación y compromiso (ACT en sus siglas en inglés). Además de funcionar como una base teórica para esta terapia, sustenta también el fenómeno de la fusión cognitiva. La teoría de los marcos relacionales tiene sus raíces en la filosofía del contextualismo funcional, la cual es una filosofía aplicada a la ciencia y menciona que la conducta solamente puede entenderse en su totalidad cuando se analiza su contexto actual e histórico, y para entender este comportamiento debe comprenderse su función particular (Kerr, 2010). Esto

quiere decir que analizar los comportamientos desadaptativos o los síntomas conductuales de cualquier paciente sin tener en cuenta todos los contextos que puedan formar parte en el evento nos aleja de la naturaleza real del problema y, por lo tanto, de una gama de soluciones potenciales (Hayes, 2004).

Por ello, la verdad vista desde la perspectiva del contextualismo funcional está determinada por la utilidad práctica del análisis en un objeto específico. Para comprender esta verdad no solamente basta conocer un comportamiento por medio del análisis topográfico (duración, frecuencia, intensidad), sino que hay que conocer también sus propiedades funcionales para que en consecuencia se pueda aplicar tratamientos de acuerdo a criterios científicos muy específicos.

Además de que la teoría de los marcos relacionales propone que los comportamientos se dan en contextos específicos, sugiere que estos contextos son de naturaleza socio-verbal, es decir que el lenguaje adquiere una naturaleza vital en la línea que los comportamientos adquieren su función psicológica gracias al lenguaje; la cognición y el lenguaje tienen un encuadre relacional. Por ejemplo, si un estudiante tiende a ser muy autocrítico porque no logra una serie de calificaciones perfectas en un curso, es necesario analizar el contexto en el que ocurren y cuál es el contenido de este lenguaje. Por ello se puede entender que en este caso particular la autocrítica ocurre en contextos académicos y no en otros ya que ha aprendido a utilizar esta comunicación dirigida a sí mismo en su interacción con el entorno académico. Otro de los aspectos muy importantes que propone esta teoría es que nosotros respondemos ante determinados estímulos basándonos en la relación con otros estímulos. Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) mencionan que inherente a este aprendizaje que se produce de forma

relacional hay tres propiedades. La vinculación mutua nos menciona que si, por ejemplo, un estímulo arbitrario “A” se relaciona con un estímulo “B” de una forma y en un contexto específico, aprendemos que existe una relación entre el estímulo B y el estímulo A en ese mismo contexto. Estos estímulos o eventos pueden compararse cada vez más unos con otros, lo que se entiende como vinculación combinatoria. En la teoría de marcos relacionales, la palabra “eventos” puede entenderse también como “palabras”, por lo que las personas derivan relaciones entre palabras-eventos, palabras-palabras y eventos-eventos (Kerr, 2010). Por otro lado, la transformación de funciones de estímulo tiene lugar cuando las funciones conductuales de uno de los estímulos modifican las funciones de otros estímulos, de forma en que esta función puede ser transferida (decir que A es como B, en una relación de equivalencia), o transformada (cuando la función se deriva por medio de marcos relacionales de un estímulo a otro sin ser equivalentes) (Wilson y Luciano, 2002). Si, por ejemplo, nosotros tenemos varios estímulos relacionados, como sirena-bomberos-incendio-amigo fallecido, la propiedad aversiva del incendio puede trasladarse a los otros, por lo que incluso el observar el camión de bomberos pasar u oír la sirena nos produciría ansiedad. Estos aprendizajes de características relacionales pueden darse de 9 formas (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Wilson y Luciano, 2002):

a. Coordinación

Es el establecer una semejanza conductual entre estímulos (A es igual a A).

b. Oposición

Se refiere a determinar las propiedades contrarias de los estímulos (A es lo contrario de B).

c. Distinción

Es el no poder comparar dos o más estímulos ya que no comparten propiedades en común (A es diferente de B).

d. Comparación

Clasifican los estímulos en categorías, siendo objeto de comparación con otras (A es mayor que B, C es menor que B).

e. Jerarquía

Es darles a las categorías estimulares un orden (A incluye a B).

f. Relaciones temporales

Consiste en ubicar en orden temporal los eventos o estímulos (A pasó antes que B).

g. Relaciones espaciales

Es darles una ubicación espacial a los eventos (A está delante de B y encima de C).

h. Condicionalidad y causalidad

Consiste en darle un significado sucesivo a un estímulo por ser condición de otro (Si pasa A, entonces luego pasa B).

i. Relaciones deícticas o de perspectiva

Consiste en establecer relaciones comparativas entre el yo y los otros que involucran la identidad (yo-tú, suyo-mío, nosotros-ellos).

Estas relaciones entre estímulos son completamente arbitrarias. Al respecto, López de Uralde (2015) menciona:

“Las relaciones aprendidas en esos marcos relacionales son completamente arbitrarias, están establecida por la comunidad verbal en que se incluyen, y por tanto no tienen que estar sujetas a las propiedades físicas de los estímulos. Por ejemplo, podemos decir que un billete de 50 euros tiene igual valor que 50 monedas de euro, pero también que estas últimas pesan más que el primero, y que se pueden distinguir de otras monedas de otros países aunque tengan parecido físico, también que el billete lo tengo en la cartera y las monedas en el bolsillo, o bien que es preferible un billete a las monedas sueltas, e incluso que yo tengo un billete de 50 euros y tú no, o sea que no te lo presto (función social). Todas estas relaciones estarían en diversos marcos relacionales que son artificiales, arbitrarias y establecidas por la comunidad verbal en la que se aprenden” (p.57).

En esta línea, la teoría de los marcos relacionales busca explicar cómo es que relacionamos pensamientos, sentimientos y acciones que puedan resultar un problema para nosotros y los demás. Por ello Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez (2006) nos hablan de cuatro contextos en los que esas relaciones múltiples de eventos se producirían de una forma problemática:

I. Contexto verbal de literalidad o fusión

López de Uralde (2015) menciona que este contexto implica que se responda a un evento en términos de cómo se relaciona con otro. Como por ejemplo responder a las palabras como si fueran las cosas de las que se habla realmente o hacer una valoración sobre alguna experiencia. En este sentido, el contexto verbal de literalidad resulta adaptativo, pues se pueden planificar acciones para el futuro. Por otra parte, también puede resultar desadaptativo para la persona, ya que, al evitar estas palabras, se evita la experiencia de relacionarse con ciertos eventos y por lo tanto, conectar con ellos.

II. Contexto verbal de las valoraciones

Por medio del aprendizaje conocemos qué es lo bueno y lo malo, lo normal y lo anormal, lo bonito y lo feo (además de otros aprendizajes) en un contexto determinado por reglas verbales; dicho de otro modo, aprendemos a valorar cada vivencia. Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez (2006) resaltan que el contexto social es quien se encarga de formar tanto el comportamiento público como el privado de cada persona, por lo que ellas han aprendido a valorar de forma negativa cada experiencia de sufrimiento psicológico. Al aprender esta

valoración negativa, se comienza a formar una regla que hace que finalmente evitemos cada experiencia relacionada con la original.

III. Contexto de las explicaciones o dar razones

Este contexto es explicado por López de Uralde (2015), quien se refiere a él como un producto de la sociedad occidental, ya que cada persona vive condicionada para explicar su comportamiento público en base a causas internas, por lo que podría resumirse en que para hacer algo se debe sentir o pensar en algo previo. Por ejemplo, una persona con depresión podría dar como razón del estar siempre en cama el sentirse triste, bajoneado o sin ganas de nada.

IV. Contexto de la regulación verbal

Tomando en cuenta que aprendemos a valorar negativamente algunas experiencias y sobregeneralizamos esta valoración, las personas toman decisiones. Una de ellas es evitar los pensamientos y sentimientos asociadas a estas experiencias “negativas”. Otra de ellas es, previo a la evitación, cambiar estos pensamientos y sentimientos por otros positivos y que por lo tanto resulten desadaptativos.

Esta teoría funciona como soporte para la fusión cognitiva, el cual es uno de los 6 ejes que determinan la inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 1999). Estos autores sostienen que la fusión cognitiva consiste en el embrollo desmesurado con pensamientos que nos sean complicados, resultando en que se los trata como si se trataran de la realidad. Por ejemplo, podemos tener el pensamiento “me va a ir mal en el examen de admisión si postulo” y vamos a

actuar consecuentemente a ello como si se tratara de un destino inevitable (deja de prepararse académicamente, de asistir a la academia, de ir a los grupos de estudio, etc). Por otra parte, Hayes et al. (2011) afirman que, al responder a nuestros pensamientos, como si se tratasen de eventos concretos de la realidad objetiva es la característica principal de la fusión cognitiva.

Gillanders et al. (2014) añaden que la fusión cognitiva es la dominancia de los pensamientos sobre la conducta, ya que se ha enredado de forma desmedida con sus pensamientos. Concretamente lo relaciona con las conductas de evitación, angustia y abre la posibilidad de que en consecuencia se sufran de una amplia variedad de psicopatologías y enfermedades físicas.

Ciarrochi et al. (2010) afirman que esto puede llevar a una complicación de lo que el lenguaje pueda realmente suponer, ya que se toman las operantes verbales como reglas absolutas, de modo que lo que se piensa es - para las personas en un contexto de fusión cognitiva- lo que realmente es, el cómo son y cómo deben ser las cosas en realidad. Además de ello, la fusión cognitiva puede llevar a las personas a ser menos receptivas a las consecuencias reales y directas de los eventos (Gillanders et al., 2014), ya que se encuentran dominados por su contexto racional (Hayes, 2004).

Este proceso de fusión, tal y como mencionan Hayes et al. (2006) y a la vez confirma Cookson (2016), forma parte de un modelo integral el cual es utilizado como base de la terapia de aceptación y compromiso (ACT en siglas en inglés). Este modelo habla de 6 procesos transdiagnósticos, los cuales caracterizan diferentes relaciones para nada útiles con nuestras propias experiencias. Cada uno de estos procesos están relacionados entre sí, pero los autores ya mencionados aclaran que cada proceso tiene una mayor relación con

uno en específico a diferencia de los demás. En el caso de la fusión cognitiva, se guarda una mayor relación con otro proceso conocido como la evitación experiencial, la cual consiste en evitar toda clase de emociones, sentimientos, recuerdos, pensamientos o incluso formas de comportamiento y buscar alterarlos, de manera que no se afrontan directamente por tener una función aversiva (Hayes et al., 1996). Esto se traduce a que a medida que nos involucramos con nuestros pensamientos de modo que los tomemos como si fueran la realidad objetiva e inalterable, vamos a tener un grado de evitación de todos los estímulos tanto exteroceptivos como propioceptivos que guarden relación con dichos pensamientos. Es de esta manera, que la fusión cognitiva, junto con otros fenómenos forman un modelo interrelacionado de psicopatología usado para la clínica con bases contextuales. Como se muestra en la figura 1, la relación conjunta de todos estos procesos entre sí y particular de cada uno con otro de ellos forman un patrón de inflexibilidad psicológica, el cual consiste en el dominio de las reacciones psicológicas de forma rígida y que prima sobre los propios valores personales (Bond et al., 2011).

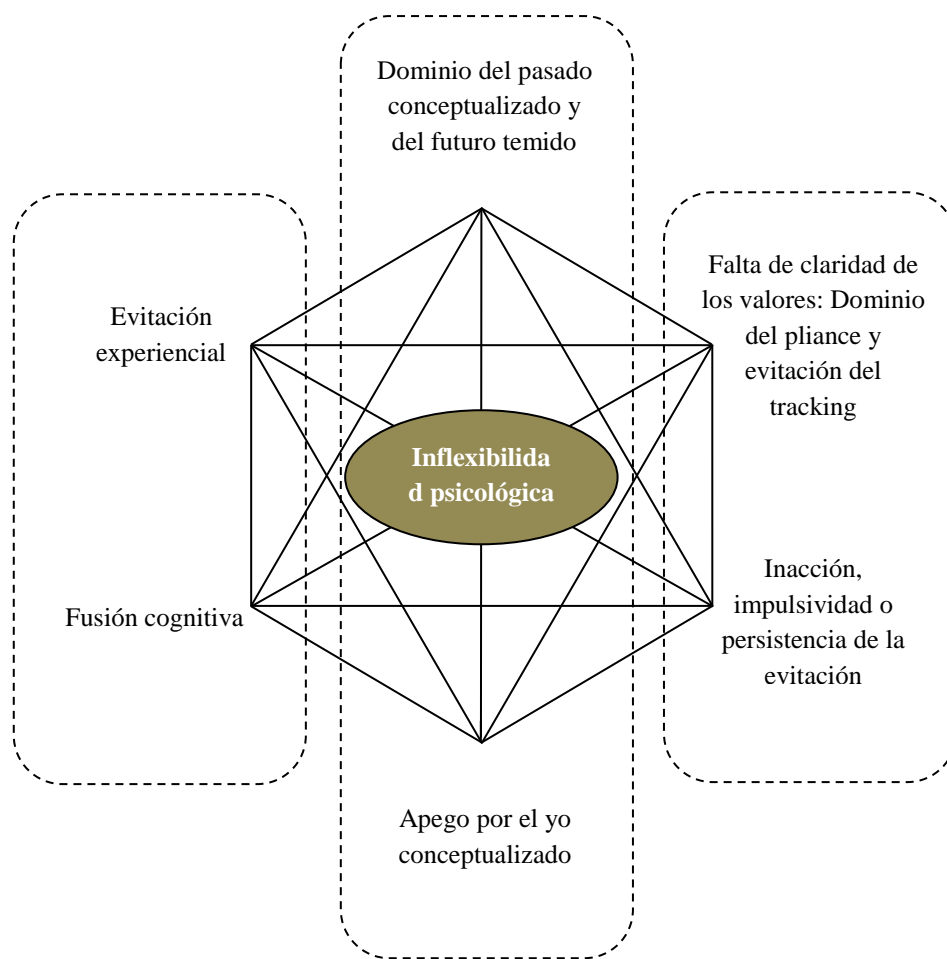


Figura 1. Modelo de psicopatología para la ACT (Hayes et al., 2006)

2.3.2. Modelo cognitivo de la depresión

Según Aaron Beck (1967), el modelo cognitivo de la depresión se ha ido formando producto de numerosas investigaciones de carácter experimental y también de observaciones que le han ido dando poco a poco el rigor del que actualmente goza. Lo que este modelo postula que la alteración principal que se encuentra en la depresión está situada en el procesamiento de información.

Según este autor, el modelo cognitivo postula tres conceptos fundamentales que relacionados explican la esencia de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery 2002). El primero de ellos es la triada cognitiva, el segundo está conformado por los esquemas y por último están los errores cognitivos.

Beck (1967, citado en Vázquez-Barquero, 2008) ubica a la depresión en un esquema del modelo cognitivo estándar, siendo los esquemas cognitivos, los errores o sesgos cognitivos y la triada cognitiva los determinantes de la depresión. Además de ello, les añade a estos tres elementos centrales algunos otros que funcionan como intermediarios, como lo son las experiencias tempranas y el grado de estrés que pueda estar teniendo la persona.

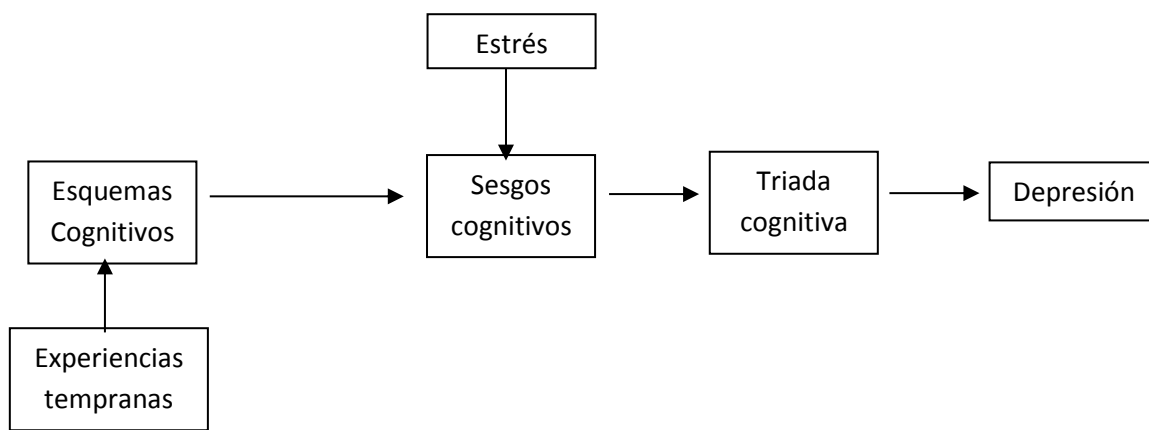


Figura 2. Modelo cognitivo de la depresión (Beck, 1967)

Según la figura 2, las experiencias tempranas influyen sobre los esquemas cognitivos, como por ejemplo los cumplidos o críticas constantes de los padres, las descalificaciones verbales, el abuso físico o sexual, etc. A continuación, se detallan los elementos cognitivos centrales del modelo cognitivo estándar.

2.3.2.1. Esquemas

Antes de ser desarrollado por el modelo cognitivo, el concepto de esquemas pasó por algunos cambios. Ya sea desde Barlett, pasando por Neisser y hasta por Piaget, los esquemas como unidad conceptual han pasado por varios

cambios; no es hasta Beck (2002) en donde empieza a reformularse. Él los define como patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Estos esquemas se utilizan para encontrar, codificar, distinguir, sintetizar y darle un conjunto de significaciones a la data que obtenemos del mundo. De esta forma, le podemos dar un sentido personal a esta información y consecuentemente identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento más adecuadas para cada experiencia vivida. Viéndose desde esta concepción, los esquemas pueden ser positivos o adaptativos si las personas establecen relaciones positivas y saludables con su medio. En el caso de la depresión son desadaptativos a partir de su uso rígido, automático y severo en cualquier experiencia, pudiendo dar lugar a esta o a otras patologías con diferentes grados de severidad.

2.3.2.2. Errores cognitivos

Beck también los llamó pensamientos distorsionados, y es que se dan debido a un procesamiento erróneo de la información. Estos pensamientos mantienen las creencias negativas sobre uno mismo, sobre su futuro y sobre el mundo en general pese a que pueda existir evidencia de lo contrario (Beck, 1967). Producto de la investigación de Beck se encontró seis tipos de errores en el procesamiento de información o errores cognitivos.

2.3.2.2.1. Inferencia arbitraria

Es un error en el procesamiento de información que se da relativo a la respuesta que damos a determinadas situaciones. Se define como dar por sentado

opiniones, conclusiones o hipótesis sin evidencias o cuando hay evidencias que no necesariamente las apoyan.

2.3.2.2.2. Abstracción selectiva

Este error cognitivo se produce en relación al estímulo, es decir, lo que desencadena nuestros comportamientos. Consiste en orientar nuestra atención a un detalle fuera de contexto, ignorando incluso otros que puedan ser más importantes y definir una vivencia en torno a él.

2.3.2.2.3. Generalización excesiva

Al igual que las inferencias arbitrarias, este tipo de error en el procesamiento de información se da en base a las respuestas, y es el concluir a partir de hechos no relacionados entre sí y después de ello crear unas normas generales que sirvan para estos hechos.

2.3.2.2.4. Maximización y minimización

También se produce en base a las respuestas. Estas distorsiones se producen cuando se exageran o se subvaloran características de las experiencias vividas o de uno mismo.

2.3.2.2.5. Personalización

Consiste en que las personas tienden a atribuirse las consecuencias de sucesos externos que no tienen que ver con ellas, aun habiendo evidencias que afirme esta desconexión. Este tipo de error en el procesamiento de información se realiza en base a la respuesta.

2.3.2.2.6. Pensamiento absolutista/dicotómico

Creándose en base a la respuesta, los pensamientos absolutistas y dicotómicos se definen como la tendencia a polarizar todas las experiencias personales de modo que solo existan dos categorías extremas. Por ejemplo, las personas con este tipo de errores cognitivos etiquetan a los demás como “buenos” ante determinadas situaciones, y si no actúan como tales, resultan ser “malas” personas. Se sabe que la conducta humana y todas sus vivencias son muy complejas y por lo tanto resulta imposible resumirla en dos polos.

2.3.2.3. Triada cognitiva

Como dice el mismo apartado, la triada cognitiva es un grupo de tres elementos relacionados entre sí, que contribuyen a que haya una visión negativa tanto de uno mismo, de sus experiencias –o del mundo- y del futuro (Beck et al., 2002). El primero de estos elementos consiste en que las personas con sintomatología depresiva se perciban con poco valor, poco atractivos, torpes; relacionando cada una de sus vivencias displacenteras con algo que ellos mismos consideran un defecto. A esto se le suma una visión de que les es imposible revertir estas vivencias o lograr nuevas vivencias positivas que le den valor a sus vidas.

Además, el autor menciona que la visión negativa de las experiencias propias es la interpretación errónea que las personas o pacientes con sintomatología depresiva les dan a sus vivencias, ya que para ellos el mundo les sobre exige, les pone obstáculos que no puede superar y por lo tanto no les permiten alcanzar sus metas.

El tercer de los elementos de la triada cognitiva consiste en que las personas o pacientes con sintomatología depresiva tienen una visión negativa de su propio futuro, es decir, de su porvenir tanto a un corto como a largo plazo. La persona afectada espera que, acompañado a posibles proyectos a largo plazo, haya dificultades que continuarán por un tiempo impreciso; todas las esperanzas que tenga sobre sus metas se verán muy reducidas.

A partir de ello, Beck buscó establecer algunos lineamientos para su terapia cognitiva, dentro de los cuales está, principalmente, determinar la lista de síntomas que puedan resultar menos incapacitantes para los pacientes y sean menos resistentes al tratamiento. Por ello los categorizó en 5 tipos (Beck et al., 2002):

- Síntomas afectivos: Dentro de este grupo de manifestaciones están incluidas la tristeza, la pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de afectos por otras personas, pérdida de la alegría y ansiedad.
- Síntomas motivacionales: Aquí se agrupan el deseo de escape (incluye suicidio), deseo de evitar problemas o, incluso, actividades cotidianas.
- Síntomas cognitivos: Dentro de estos síntomas se ubican la dificultad para concentrarse, los problemas de atención de memoria y las distorsiones cognitivas.
- Síntomas conductuales: Estos síntomas incluyen a la pasividad (por ejemplo el quedarse en el sofá o en la cama por gran cantidad de tiempo), la agitación psicomotriz o lo contrario, la lentitud.

- Síntomas fisiológicos o vegetativos: Aquí se encuentran las alteraciones del sueño o del apetito.

Además de ello, hay una serie de síntomas que están incluidos como base para el diagnóstico de la depresión en el BDI-II, cuya estructura se verá más adelante. En todo caso, este manual contribuye con la ampliación de lo que son los síntomas depresivos con la excepción de las dificultades para concentrarse y los cambios en el patrón de sueño y apetito que ya se vieron con anterioridad (Beck et al., 1996).

- Pesimismo
- Fracaso
- Falta de placer
- Culpa
- Sentimientos de castigo
- Autodesprecio
- Autocrítica
- Llanto
- Agitación psicomotriz
- Indecisión
- Falta de valor personal
- Falta de energía
- Cansancio/fatiga
- Falta de interés por el sexo

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. Fusión cognitiva

Es un proceso modelado por contingencias verbales que consiste en que los individuos se barajan o enredan en sus experiencias internas o, como diría Skinner (1953), eventos privados (pensamientos, juicios, sentimientos, recuerdos, etc) y actúan de acuerdo a la función de estos eventos privados, es decir, el comportamiento es gobernado por los eventos que suceden dentro de la piel y se eluden otras posibles fuentes de control de estímulo influyentes en el comportamiento (Törneke, 2016).

2.4.2. Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva está definida por un conjunto de esquemas producto del procesamiento distorsionado de la información y que reúne una serie de síntomas que están orientados principalmente a las dimensiones tanto personal y ambiental/contextual, dando como consecuencia una visión negativa de sí mismo, del mundo, del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery 2002). Además, está definida por un conjunto de comportamientos no adaptativos que pueden mantener esta visión negativa.

2.4.3. Estudiantes universitarios

Grupo mixto y generalmente compuesto por jóvenes que cursan estudios en una institución educativa superior (universidad).

Capítulo III

Hipótesis y variables

3.1. Supuestos científicos básicos

- La fusión cognitiva influye en la tendencia a desarrollar sintomatología depresiva en una proporción directa. (Kerr, 2010).
- La fusión cognitiva implica un conjunto de comportamientos moldeados por contingencias a lo largo de nuestra historia personal en forma de reglas verbales.
- El inicio de la vida universitaria o profesional puede hacer más proclives a jóvenes y adultos a enredarse con pensamientos negativos sobre el futuro profesional o el mundo laboral.
- La gravedad de síntomas depresivos y –a la vez- nuevas reglas verbales pueden aumentar debido a que posiblemente no se puedan concretar las metas académicas en el tiempo previsto.

3.2. Hipótesis

3.2.1. General

- Existe relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

3.2.2. Específicas

- Existen diferencias en la fusión cognitiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el sexo.
- Existen diferencias en la fusión cognitiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el semestre académico.

- Existen diferencias en la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el sexo.
- Existen diferencias en la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, considerando el semestre académico.

3.3. Variables de estudio

- Fusión cognitiva.
- Sintomatología depresiva.
- Sexo.
- Semestre académico.

Capítulo IV

Método

4.1. Población, muestra o participantes

La población de estudio incluye a los estudiantes del Programa de Estudios Básicos de una universidad privada de Lima Metropolitana (PEB), conformada por aproximadamente 3839 alumnos. La muestra está conformada por 229 estudiantes de ambos sexos y que se encuentran en los primeros 3 semestres académicos. El tipo de muestreo utilizado en el presente estudio es el no probabilístico intencional, ya que se cuenta con la disponibilidad de sujetos con fines de investigación.

Tabla 1

Distribución de la muestra considerando el sexo (N=229)

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	95	41.5
Femenino	134	58.5
Total	229	100.0

Tabla 2

Distribución de la muestra considerando el semestre académico (N=229)

Semestres	Frecuencia	Porcentaje
Primero	73	31.9
Segundo	87	38.0
Tercero	69	30.1
Total	229	100.0

4.2. Tipo y diseño de investigación

Según Sánchez y Reyes (2015), al considerarse la esencia del problema y los objetivos, la investigación es de tipo básico, ya que busca conocer una problemática, sin orientarse a sus aspectos prácticos posteriores. Además, estos mismos autores plantean que, al tenerse en cuenta como objetivo establecer en qué grado se relacionan dos o más variables, la presente investigación cuenta con un diseño descriptivo correlacional. Por otra parte Hernández, Fernández y Baptista (2014) agregan que la investigación corresponde a un diseño no experimental – transversal, fundamentándose en que no hubo manipulación de alguna de las variables (no experimental) y la información se recolectó en un solo momento (transversal).

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire) – Gillanders , D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L. & Remington, B. (2014)

La versión original del cuestionario de fusión cognitiva es un instrumento en idioma inglés dirigido a adultos, empleado para medir la fusión cognitiva en diversos contextos, dándole así un carácter de versatilidad a diferencia de otros instrumentos dirigidos a medir el constructo “fusión cognitiva”. Está conformado por 7 ítems con 7 opciones de respuestas que van desde 1 (never true) a 7 (always true). La interpretación de este cuestionario va de mayor puntaje, mayor grado de fusión cognitiva. Las puntuaciones de los evaluados no pertenecientes a la población no clínica están en un rango entre 20 a 24 puntos, mientras que los evaluados pertenecientes a la población clínica obtienen

puntuaciones superiores a 29. Se realizó a partir de una muestra compuesta por adultos del Reino Unido e incluye a estudiantes, profesionales que brindan cuidados a personas con demencia, trabajadores de servicio penitenciario y personas que cumplen con criterios para el diagnóstico de depresión.

Considerando la mayoría de estas muestras, se aporta evidencias de confiabilidad por consistencia interna ($0.90 < \alpha < 0.95$), manteniéndose en ese rango incluso al realizar adaptaciones a la realidad coreana (Kim y Cho, 2015) y española (Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders, & Fernández-Fernández, 2014). En el año 2017 Ruiz et al. (2017) buscaron analizar las propiedades psicométricas del CFQ (Cuestionario de fusión cognitiva, en español) en la realidad colombiana, arrojando como resultados un coeficiente de consistencia interna alto ($0.89 < \alpha < 0.93$), haciéndolo apto para su uso en dicho contexto.

Para comprobar si la adaptación colombiana del instrumento cumplía con las condiciones mínimas (validez y confiabilidad) para su aplicación a la realidad peruana sin algún inconveniente, Valencia y Falcón (2019) investigaron su estructura factorial en un grupo de 450 estudiantes universitarios (210 hombres y 240 mujeres) de una universidad pública de Lima Metropolitana. Se comprobó que los ítems fueran comprensibles para los participantes. El contacto con ellos se realizó en sus respectivos salones de clase, previa coordinación con los docentes de turno. Seguidamente se analizaron los datos utilizando estadísticos descriptivos univariados y el coeficiente de curtosis multivariada. Por medio del análisis tanto descriptivo como de la matriz de covarianzas/correlaciones de los reactivos de la prueba, se obtuvo que estos presentan una distribución normal ya que sus valores de asimetría y curtosis se

encontraron en un rango de -1 a +1, además de no haber diferencias significativas entre las medias obtenidas entre hombres y mujeres. Por lo tanto, el instrumento cumple con las condiciones de confiabilidad ($\alpha = 0.915$ / Nivel de confianza = 95%) para su aplicación en la realidad peruana.

Las categorías de esta prueba van desde “fusión no clínica” hasta “fusión clínica”, siendo el puntaje mínimo 7 y el máximo 49. Además, el punto de corte entre ambas categorías es de 29.

BDI-II (Beck's Depression Inventory) – Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006)

Este instrumento de tipo autoinforme permite evaluar los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes a partir de los 13 años y adultos, compuesto por 21 ítems orientados al pesimismo, la tristeza, autocrítica, cambios de humor, falta de interés, cambios en el apetito o hábitos de sueño, irritabilidad, fatiga, pensamiento o deseo de suicidio, entre otros. Para su aplicación se requiere normalmente entre 5 a 10 minutos, además de poder aplicarse tanto individual como grupalmente. El autoinforme cuenta con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 0 hasta 3, siendo el puntaje mínimo obtenible 0 y el máximo 63. La clasificación en base a la puntuación obtenida es la siguiente:

- * 0 – 13: Mínima depresión
- * 14 – 19: Depresión leve
- * 20 – 28: Depresión moderada
- * 29 – 63: Depresión grave

Para la presente investigación se utilizó la adaptación argentina (validada en nuestra realidad) del autoinforme realizada por Brenlla y Rodríguez (2006). Se validó el instrumento en una muestra de 797 personas, de las cuales 325 eran pacientes clínicos. Se aportaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna tanto para la población clínica ($\alpha = 0.88$) como para la no clínica ($\alpha = 0.86$). También se evidenció confiabilidad test-retest al aplicarse el autoinforme a 17 personas del grupo clínico ($\alpha = 0.90$) y 40 del grupo general ($\alpha = 0.86$) después de entre 7 a 10 días de la primera aplicación. Además presenta validez de contenido, ya que evalúa síntomas depresivos según criterios del DSM-IV. Por otra parte, posee validez de constructo. Se administraron 2 formas del BDI: el BDI-IA y el BDI-II a 191 pacientes, teniéndose una correlación entre ambos de 0.93 ($p < 0.001$).

Carranza (2013) realizó un estudio que tenía como objetivo el precisar las propiedades psicométricas del BDI-II en un grupo de 2005 estudiantes universitarios de universidades privadas y nacionales en Lima Metropolitana. Al estudiarse el instrumento exhaustivamente se obtuvo un alto coeficiente de consistencia interna ($\alpha = 0.878$), además de un coeficiente alto de correlación entre puntajes de test y retest ($r = 0.996 / p < 0.01$). Por el método de dos mitades, el Coeficiente Guttman se obtuvo una $r = 0.799$ a comparación del análisis del instrumento completo con este coeficiente, del cual se obtiene que el valor de $r = 0.888$. Esto hace que este inventario cuente con una alta confiabilidad. Además, el BDI-II cuenta con validez de contenido tras realizarse por criterio de jueces y su posterior cuantificación mediante el coeficiente V de Aiken ($p < 0.01$). También cuenta con validez de constructo, establecida por la técnica de análisis ítem-test ($p < 0.05$) y obtenida mediante correlaciones

producto momento de Pearson ($r > 0.30$). Esto hace posible la administración de la versión adaptada a la realidad argentina del BDI-II a la muestra de la presente investigación.

4.4. Procedimientos y técnicas de procesamiento de datos

A los participantes se les hizo entrega del consentimiento informado (ANEXO A), el cual pide al participante individualmente su aprobación para la recolección de información por medio de los instrumentos psicológicos usados en el presente estudio. Engrapados al consentimiento informado se entregaron protocolos del CFQ (ANEXO B) y BDI-II (ANEXO C). Seguido se procedió a la aplicación grupal de los protocolos según la disponibilidad de la muestra previa coordinación con los profesores encargados de las clases del programa de estudios básicos. Para ello se usó como consigna lo siguiente: “En las siguientes hojas que acaban de recibir vamos a colocar, primeramente, sus datos y su firma para aprobar que participan en este estudio de forma voluntaria. Posterior a ello vamos a responder los dos cuestionarios que se encuentran engrapados, siguiendo las indicaciones ubicadas en la parte superior de cada uno”. Finalmente, para asegurar la objetividad de los datos obtenidos de los protocolos, hubo la posibilidad de resolver las dudas que tuvieron los participantes con el fin de maximizar la validez de los protocolos respondidos.

Debido a la vigencia en el rubro del análisis y procesamiento de datos orientados a las ciencias sociales, se utilizó el programa SPSS v. 24 para encontrar si existen correlaciones o diferencias entre las variables estudiadas en esta investigación. Para determinar si los datos obtenidos tienen una distribución normal, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov. Al no

contar con una distribución normal y al tratarse de ver la relación de las variables considerando el sexo, se procedió con el uso de la prueba no paramétrica Rho de Spearman para establecer el nivel de correlación entre los puntajes obtenidos en ambas pruebas. Asimismo con objetivos de comprobar las siguientes hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para el análisis de los datos, ya que se trata de dos muestras independientes. Por otra parte, al considerarse el ciclo académico y que los datos no cumplen con una distribución normal, se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis, ya que se hablamos de varias muestras independientes. Ello sirvió para la corroboración o rechazo de las hipótesis propuestas. Finalmente cabe mencionar que se analizaron los datos con un nivel de significancia de 0.05.

Capítulo V

Resultados

5.1. Presentación de datos

La tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos obtenidos de los puntajes de fusión cognitiva. En esta tabla se observa que la media de los puntajes obtenidos del CFQ es de 24.28, es decir no se ubican en una categoría clínica de fusión. En promedio no hay una tendencia marcada de enredo entre las experiencias y la valía personal. Además se puede observar que el puntaje mínimo obtenido es de 7 (mínima fusión cognitiva) y el máximo es de 46 (fusión cognitiva clínica).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de los puntajes de la fusión cognitiva

Media	24.28
Desviación estándar	8.618
Mínimo	7
Máximo	46

Por otra parte, la tabla 4 indica los estadísticos descriptivos obtenidos de los puntajes de sintomatología depresiva. Aquí se puede observar que la media del puntaje de la sintomatología depresiva evaluada en el BDI-II es de 14.34, del cual se podría decir que en promedio existe un nivel de sintomatología depresiva leve. Asimismo el puntaje mínimo obtenido es de 0 (mínima depresión) y el máximo 39 (depresión grave).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de los puntajes de la sintomatología depresiva

Media	14.34
Desviación estándar	8.621
Mínimo	0
Máximo	39

La tabla 5 muestra las frecuencias obtenidas de la fusión cognitiva de la muestra estudiada. En esta tabla se puede ver que un 93.4% del total de los evaluados (214) tienen un nivel no clínico de fusión cognitiva, es decir que esta cantidad no muestra proclividad a implicarse con los propios pensamientos como si fueran la realidad objetiva e inalterable. En contraparte, un 6.6% del total de estudiantes (15) muestran niveles clínicos de fusión cognitiva, lo que nos habla de una alta tendencia a no deslindar los pensamientos evaluativos del contexto real.

Tabla 5

Distribución de la muestra según las categorías de fusión cognitiva

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No clínica	214	93.4
Clínica	15	6,6
Total	229	100.0

La tabla 6 presenta las frecuencias de la sintomatología depresiva de la muestra estudiada. En la tabla se puede evidenciar que un 55.5% de los evaluados (127) muestran un nivel mínimo de depresión, es decir que la cantidad de comportamientos o síntomas depresivos es nula o no son suficientes como para permitir un diagnóstico. Por otro lado un 18.8% del total de la muestra (43)

muestran un nivel leve de depresión; esto significa que hay presencia de algunos síntomas depresivos, pero que no interfieren en sus aspectos de la vida diaria. Al contrario, un 18.3% de los estudiantes (42) muestran niveles moderados de depresión, lo cual indica mayor número de síntomas depresivos que tienen efecto sobre algunas esferas del vivir diario. Por último, un 7.4% del total de estudiantes evaluados (17) muestran niveles graves de depresión, significando una mayor presencia de síntomas depresivos estables en el tiempo y que afectan el vivir de la muestra ubicada en esta categoría.

Tabla 6

Distribución de la muestra según las categorías de sintomatología depresiva

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	127	55.5
Depresión leve	43	18.8
Depresión moderada	42	18.3
Depresión grave	17	7.4
Total	229	100.0

5.2. Análisis de datos

5.2.1. Análisis estadístico referido al objetivo general

Se sometieron las observaciones obtenidas a la Prueba de Bondad de Ajuste Kolmogorov-Smirnov para determinar si la distribución de las puntuaciones obedece a una distribución normal. Luego se procedió con el análisis estadístico correspondiente para determinar la relación entre las variables estudiadas.

5.2.1.1. Prueba de bondad de ajuste

Como se observa en la Tabla 7, se utilizó la Prueba de Bondad de Ajuste Kolmogorov-Smirnov, para poder determinar si la distribución es normal o no. Para el caso del Cuestionario de Fusión Cognitiva el nivel de significación obtenida es de 0.002 y para el Inventario de Depresión es de 0.000. Los resultados de los puntajes totales alcanzados en los dos instrumentos en la muestra estudiada, nos indican que los datos no tienen una distribución normal, por tanto, se acepta la hipótesis nula, la cual indica que los datos si difieren de la distribución normal y en los análisis estadísticos se utilizaron pruebas no paramétricas.

Tabla 7

Prueba de Bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov del Cuestionario de Fusión Cognitiva y el Inventario de Depresión.

	Media	Desviación típica	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
Cuestionario de Fusión Cognitiva	24.28	8.618	0.770	0.002
Inventario de Depresión	14.34	8.621	0.114	0.000

5.2.1.2. Resultado de la correlación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva

Se realizó el análisis correlacional entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva, la Tabla 8 muestra el resultado correspondiente a la primera hipótesis, se observa que existe una correlación positiva altamente significativa entre las actitudes fusión cognitiva y la sintomatología depresiva ($r=.563$; $p<0.000$), se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Tabla 8

Correlación de los puntajes de Fusión Cognitiva y Sintomatología Depresiva utilizando el coeficiente de correlación Spearman-Brown.

		Sintomatología Depresiva
Rho de Spearman	Fusión Cognitiva	.563**
	Sig. (bilateral)	.000

p<0,01

5.2.2. Análisis estadístico referido a los objetivos específicos

5.2.2.1. Resultado de la comparación de la fusión cognitiva según el sexo

Se analizó la existencia de diferencias en la fusión cognitiva al tener en cuenta la variable sexo, no evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa al comparar la fusión cognitiva, para el análisis se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 9

Diferencias en la Fusión Cognitiva, según el sexo; utilizando la prueba U de Mann Whitney.

		Fusión Cognitiva
U de Mann-Whitney		5927.00
Sig. asintót. (bilateral)		.375
Rango promedio	Hombre	110.39
	Mujer	118.27

5.2.2.2. Resultado de la comparación de la sintomatología depresiva según el sexo

Se analizó la existencia de diferencias en la sintomatología depresiva al tener en cuenta la variable sexo. Se evidencia una diferencia significativa de la sintomatología depresiva entre mujeres y varones, con un nivel de significancia de .05, para el análisis se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 10

Diferencias en la Sintomatología Depresiva, según el sexo; utilizando la prueba U de Mann Whitney.

		Sintomatología Depresiva
U de Mann-Whitney		5158.500
Sig. asintót. (bilateral)		.014
Rango	Hombre	102,30
promedio	Mujer	124,00

5.2.2.3. Resultado de la comparación de la fusión cognitiva según el semestre de estudio

Se analizó la existencia de diferencias en la fusión cognitiva al tener en cuenta el semestre de estudio, en la Tabla 7 se observa que no se encontró diferencias significativas al comparar el semestre de estudio con la fusión cognitiva, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Tabla 11

Diferencias en la Fusión Cognitiva, según el semestre de estudios, utilizando la prueba Kruskal-Wallis

		Fusión Cognitiva
Chi-cuadrado		.002
Sig. asintót. (bilateral)		.999
Rangos	I	114.79

promedio de Nivel de Estudios	II	115.25
	III	114.91

5.2.2.4. Resultado de la comparación de la sintomatología depresiva según el semestre de estudio

Se analizó la existencia de diferencias de la sintomatología depresiva al tener en cuenta el semestre de estudio, en la Tabla 8 se observa que no se encontró diferencias significativas al comparar el semestre de estudio con la sintomatología, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Tabla 12
Diferencias en la Sintomatología Depresiva, según el semestre de estudios, utilizando la prueba Kruskal-Wallis

		Sintomatología Depresiva
Chi-cuadrado		1.053
Sig. asintót. (bilateral)		.591
Rangos promedio de Nivel de Estudios	I	121.03
	II	110.26
	III	114.59

5.3. Análisis y discusión de resultados

El objetivo general de la presente investigación fue determinar si existe relación entre la fusión cognitiva y sintomatología depresiva en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Mucho se confunde la relación de dos eventos con la posible causalidad de uno sobre otro, no quedando clara ya que se genera una ilusión causal. Por ello existen investigadores que intentan

identificar las implicancias de la fusión cognitiva en el comportamiento humano tales como Nolen-Hoeksema (1991). Alloy et al. (2000; citados en Kerr, 2010), Conway et al. (2000) y Martin et al. 2004) quienes hacen énfasis en que este fenómeno tiene que ver con ciclos repetitivos de pensamientos naturalmente negativos, hablan de que son producto de una historia de acontecimientos vitales estresantes y son de naturaleza puramente psicológica. Es debido a esto que hay un creciente interés en averiguar la evolución de este fenómeno y de qué manera se puede relacionar con conductas depresivas.

En relación al objetivo general se acepta la primera hipótesis (ver Tabla 8), la cual indica que sí existe relación altamente significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Estos resultados se relacionan con lo encontrado por Kerr (2010) en su investigación, quien indica que tanto pacientes deprimidos como pacientes recuperados de esta condición cuentan con un mayor nivel de fusión cognitiva en comparación de las personas evaluadas sin historial de depresión; además de usar también variables como las creencias metacognitivas y la rumiación. En este sentido, el estudio hecho por este autor guarda relación con lo hallado en esta investigación.

Por otra parte, en relación a los objetivos específicos se rechaza la segunda hipótesis, la cual señala que hay diferencias en la fusión cognitiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana según el sexo de los participantes en el estudio (ver Tabla 9). Esto de alguna manera se relaciona con lo investigado por Reza y Narimari (2017), los cuales hallaron relaciones significativas entre fusión cognitiva, distorsiones cognitivas y creencias metacognitivas en una muestra de parejas. Este estudio indicó que no hay mayor

proclividad a tener fusión cognitiva en un sexo o en otro, abriendo esto a la posibilidad de atribuirle causalidad a la fusión a otras variables que se encuentren en la historia de los individuos. De alguna manera, esto se sustenta bajo la teoría de los marcos relacionales (Törneke, 2016), ya que al no contar con un acceso a refuerzos positivos potenciales o el estar expuestos a estímulos con una función punitiva en un momento inicial, genera que, por relaciones derivadas de estímulo y la transformación de funciones, además de la generalización conductual, se moldeen con el tiempo comportamientos que son gobernados por reglas verbales. Esa inflexibilidad conlleva con el paso del tiempo, la presencia y gradiente de sintomatología depresiva. Por ello se encuentra sustento en tratamientos terapéuticos de tercera ola, los cuales permiten analizar los principios científicos que hacen que aprendamos ciertos comportamientos y a la vez conectar con estímulos que puedan resultar potenciales reforzadores de nuevos comportamientos más adaptativos. Ello también tomando en cuenta los pensamientos como fenómeno conductual y verbal que funcionan como generadores y mantenedores de la conducta humana. Además de ello, Nolen-Hoeksema (1991) mencionaba ya en sus estudios sobre la rumiación que diferencias por género comenzaban a ser más notorias a partir de los primeros años de la adolescencia y se mantenían a lo largo de la adultez.

Siguiendo con los objetivos específicos, se acepta la tercera hipótesis, por lo cual hay diferencias significativas en la sintomatología depresiva al considerarse la variable sexo de los estudiantes universitarios (ver Tabla 10). Aquello guarda relación con lo señalado por Vásquez-Barquero (2008), en el que la sintomatología depresiva está sujeta al tipo de experiencias tempranas y la gradiente de estrés que pueda estar teniendo la persona, además de los esquemas,

los errores cognitivos y la triada cognitiva. Asimismo es necesario señalar que en el presente caso las mujeres tienen mayores niveles de síntomas depresivos que los hombres. En confirmación a esto se ha concluido que la tendencia de rumiación es mayor en el sexo femenino, por lo que es muy posible su cronificación a un trastorno de la afectividad (Zahn-Waxler et al., 2006).

Al cotejar los niveles de fusión cognitiva según el semestre de estudios, se encontró que no existen diferencias significativas, por lo que se rechaza la cuarta hipótesis (ver Tabla 11). La bibliografía consultada menciona que los niveles de fusión cognitiva pueden ser más o menos severos dependiendo de la capacidad de la persona para formar reglas verbales y a partir de ellas regir su comportamiento. El semestre de estudios no hace que esta capacidad difiera significativamente, ya que este repertorio se adquiere antes y se consolida a medida que se crece. Esto es, la fusión cognitiva puede tener efectos muy negativos para todos considerando el qué tanto nos dejamos guiar por eventos verbales.

Continuando con los objetivos específicos, se rechaza la quinta hipótesis, la cual menciona que existe diferencia en la sintomatología depresiva teniendo en cuenta el ciclo académico de los estudiantes (ver Tabla 12). Una explicación que se puede dar a este resultado es que en su mayoría los puntajes obtenidos se ubican dentro de la población no clínica, indiferentemente del semestre académico. Además de ello es conveniente aclarar que si bien hay factores desencadenantes y mantenedores de los síntomas depresivos, se cuenta también –ya sea en mayor o menor medida- de factores protectores (Andrade et al., 2012).

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones generales y específicas

Con respecto a lo investigado, se atiende que la fusión cognitiva es un elemento clave para la aparición y mantenimiento de los síntomas depresivos. Por otro lado, vemos que la fusión cognitiva implica la literalidad de eventos verbales, los cuales forman un patrón o adaptativo o rígido de comportamiento orientado a seguir la lógica solo de los propios pensamientos sin examinar la situación. En pesquisa de la relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva, se puede concluir que:

- A nivel general hay alta correlación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva.
- No se encontraron diferencias significativas en la fusión cognitiva considerando el sexo.
- Se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva al considerar la variable sexo.
- No se encontraron diferencias significativas en la fusión cognitiva de acuerdo al semestre de estudios.
- No se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva de acuerdo al semestre de estudios.
- De acuerdo a la bibliografía, la fusión cognitiva puede funcionar como un predictor para la sintomatología depresiva.

6.2. Recomendaciones

Se dan las siguientes sugerencias para futuras investigaciones, teniendo en cuenta las limitaciones presentadas en la misma.

Primeramente se recomienda, pese a su representatividad, la ampliación de la muestra y el uso de un diseño no probabilístico, el cual permite que los resultados obtenidos a través de la investigación sean generalizables, eso es, que se puedan ampliar a diferentes centros universitarios. Además es recomendable contar con una cantidad similar de hombres y mujeres, lo que hará que se garantice el rigor de los resultados.

En segundo lugar se recomiendan más investigaciones que busquen establecer a la fusión cognitiva como el posible origen de condiciones clínicas además de la ya estudiada.

Como tercera recomendación es necesario mencionar la importancia que tiene la investigación en diferentes contextos, los cuales nos permitan ver las diferencias de estas variables entre contextos.

En cuarto lugar se recomienda un estudio longitudinal, el cual pueda estudiar a través del tiempo, como es que se agrava la fusión cognitiva.

Para terminar, los resultados obtenidos pueden jugar un papel muy importante al momento de la realización e implementación de un programa de prevención primaria, secundaria o terciaria de la depresión, teniendo en cuenta un modelo de cómo se adquiere y mantiene la conducta verbal.

6.3 Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Por otra parte se estudiaron ambas variables de acuerdo al sexo y al semestre académico.

La muestra estuvo conformada por 229 estudiantes pertenecientes a los 3 primeros ciclos académicos del programa de estudios básicos de una universidad privada, de los cuales 95 (41.5%) eran hombres y 134 (58.5%) mujeres de edades entre los 16 a 26 años. Para la medición de la fusión cognitiva se utilizó la versión colombiana del Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), mientras que para la medición de la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Los resultados mostraron una correlación positiva y altamente significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva. Solo se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva al considerar el sexo de los participantes.

Términos clave: Fusión cognitiva, sintomatología depresiva, estudiantes universitarios, teoría de los marcos relacionales

6.4 Abstract

This study aimed to determinate the relationship between cognitive fusion and depressive symptomatology in students of private university of Metropolitan Lima. On the other hand, both variables were studied according to sex and academic cycle.

The sample was conformed by 229 students belonging to the first 3 academic cycles of the basic study program of a private university, of wich 95 (41.5%) were men and 134 (58.5%) women aged between 16 and 26 years. For the measurement of cognitive fusion, the Colombian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) was used, while the Beck Depression Inventory (BDI-II) was used for the measurement of depressive symptomatology.

The results showed a positive and highly significant correlation between cognitive fusion and depressive symptomatology. Only significant differences were found in depressive symptomatology when considering the sex of the participants.

Keywords: Cognitive fusion, Depressive Symptomatology, University Students, Relational Frame Theory.

Referencias

- Akbari, M., Mohamadkhani, S. & Zarghami, F. (2016). The Mediating Role of Cognitive Fusion in Explaining the Relationship Between Emotional Dysregulation with Anxiety and Depression: A Transdiagnostic Factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22, 17-29.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Ochoa, C., Segura, B., y Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35(1), 29-36.
- Bardeen, J. & Fergus, T. (2016). The Interactive Effect of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance on Anxiety, Depression, Stress and Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 1-6.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berríos, G. (1996). *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.

- Bunge, M. y Ardilla, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. D.F: Siglo Veintiuno Editores.
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 15(2), 170-182.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*, 51-76.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404-425.
- Cookson, C. (2016). *The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance in Anxiety and Depression* (DClinPsy). University of London.
- Dinis, A., Carvalho, S. Gouveia, J. & Estanqueiro, C. (2015). Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 63-86.
- Fenigstein, A., Scheier, M., & Buss, A. H. (1975). Public and private selfconsciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fernández, O., Cárdenas, P., y Mesa, F. (2006). Rene Descartes, un nuevo método y una nueva ciencia. *Scientia et Technica*, 12(32), 401-406.
- Földényi, L. (2008). *Melancolía*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P., & Remington, R. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101
- Gillanders, D., Sinclair, A., MacLean, M., & Jardine, K. (2015), Illness Cognitions, Cognitive Fusion, Avoidance and Self Compassion as Predictors of Distress and

- Quality of Life in a Heterogeneous Sample of Adults, after Cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 300-311.
- Hapenny, J. & Fergus, T. (2017). Cognitive Fusion, Experiential Avoidance and their Interactive Effect: Examining Associations with Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 35-41.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer/Plenum.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- Hervás, G. (2008). *Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La Escala de respuestas rumiativas*. En preparación.

- Inoñán, C. (2011). *Propiedades psicométricas de una escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2000). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental*. En: Anales de Salud Mental: Órgano Oficial del Instituto Especializado en Salud Mental “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi” Vol XVII, Nº 1 y 2.
- Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao. Informe General*. Anales de Salud Mental 2012; XXVIX (1): 1-397.
- Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Turner.
- Kerr, E. (2010). *Investigación de la relación entre depresión, rumiación, creencias metacognitivas y fusión cognitiva* (Tesis de doctorado). Universidad de Edimburgo, Escocia.
- Kim, B., & Cho, S. (2015). Psychometric properties of a Korean version of the cognitive fusion questionnaire. *Social Behavior and Personality*, 43(10), 1715-1724.
- López de Uralde, M. (2015). *Estudio experimental de la defusión verbal en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (Tesis de doctorado). Universidad de Málaga.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez, M. (2006). *Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. *EduPsykhé*, 5(2), 173-201
- Luoma, J.B., Hayes, S.C. & Walser, R.D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Martin, L.L., Shira, I. & Startup, H.M. (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules and cerebral lateralization. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.) *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 153-175). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Martin, L. L. & Tesser, A. (1996). *Some ruminative thoughts*. In: R. S. Wyer (ed.), *Advances in Social Cognition*, 9, pp. 1–47. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Temas de salud: depresión*.
- Özkan, S., Zale, E., Ring, D. & Vranceanu, A. (2017). Associations Between Pain Catastrophizing and Cognitive Fusion in Relation to Pain Upper Extremity Function Among Hand and Upper Extremity Surgery Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 547-554.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. England.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pezo, G. (2018). *Bienestar y rumiación en internas de un penal modelo de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122–138.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Hamilton, J. H., & Nix, G. (1991). On the relationship between self-focused attention and psychological disorder: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 110, 538–543.
- Rojas, E. (1984). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona: Salvat.

- Romero-Moreno, R, Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 50(5), 216-222.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the “cognitive fusion questionnaire”. *Behavioral Psychology*, 22(1), 117-132.
- Ruiz, F., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. & Luciano, C. (2016). Effect of a One Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive-Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Desing. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 213-233.
- Ruiz, F., Flórez, C., García-Martín, M., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D., Riaño-Hernández, M., Sierra, M., Suárez-Falcón, J., Cardona-Betancourt, V. & Gil-Luciano, B. (2018). A múltiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Science*, 9, 1-14.
- Samadifard, H. (2016). The Relationship Between Cognitive Fusion, Meta-Cognitive Belief and Self-Compassion with Positive and Negative Affection in Female Teenagers. *Academic Journal of Psychological Studies*, 4, 297-304.
- Samadifard, H. & Narimani, M. (2017). The Role of Cognitive Belief, Fusion and Distortion in Predicting the General Health of Couples. *Journal of Community Health Research*, 6, 132-140.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Business Support Aneth.
- Saranson, I. G. y Saranson, B. R. (2006). *Psicología anormal: el problema de la conducta inapropiada*. D.F.: Pearson Educación.

- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Siegle, G. J., Sgrati, S., & Crawford, C. E. (1999). Effects of rumination and initial severity on response to cognitive therapy for depression. Paper presented at the *33rd Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto*
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 55–56.
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: Una introducción a la teoría del marco relacional y sus aplicaciones clínicas*. Jaén: Didacbook.
- Trindale, I. & Ferreira, C. (2014). The Impact of Body Image-Related Cognitive Fusion on Eating Psychopathology. *Eating Behaviors*, 15, 72-75.
- Valencia, P. y Falcón, C. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Fusión Cognitiva en universitarios de Lima. *Interacciones: Revista de avances en psicología*, 5(2), 1-9.
- Vargas, A. y Corio, K. (2017). *Estrés postraumático. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Vázquez-Barquero, J. (2008). *Los trastornos depresivos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N., Shirtcliff, E. & Woods, K. (2006). The origin and development of psychopathology in females and males. En: D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, 1, pp. 76–138. New Jersey: Wiley & Sons.

Anexos

- a. Consentimiento informado
- b. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
- c. Beck Depression Inventory (BDI-II)

ANEXO A

Consentimiento informado

Yo: _____, identificado con N° DNI _____, de _____ años de edad y cursando el ciclo académico _____, accedo voluntariamente a participar en la presente investigación con motivo de obtención de datos para la tesis de licenciatura del Sr. Axel Novoa Bazán. Asimismo la información recogida guardará estricta confidencialidad y se usará exclusivamente en esta investigación. Por ello responderé de forma verídica a los instrumentos presentados a continuación en caso acepte participar.

Muchas gracias**¿Desea participar?****Si () No ()**

Firma

ANEXO B

CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO C

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:..... **Estado civil:**..... **Edad:**..... **Sexo:**.....
Ocupación:..... **Educación:**..... **Fecha:**.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: