

Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión

Ana Estévez* y Esther Calvete

Departamento de Psicología. Universidad de Deusto (España)

Resumen: Según el modelo de la Terapia Cognitiva, los pensamientos automáticos relacionados con la depresión, los cuales son relativamente superficiales y accesibles, son la consecuencia de esquemas cognitivos disfuncionales. Sin embargo, pocos estudios han evaluado las relaciones entre ambos niveles de cogniciones. El objetivo de este estudio fue examinar si los pensamientos automáticos actúan como mediadores en la relación entre esquemas cognitivos disfuncionales y depresión en mujeres. La muestra consistió en 334 mujeres, las cuales completaron medidas de depresión (CES-D, Radloff, 1977), ansiedad (SCL-90-R, Derogatis, 2002), pensamientos automáticos asociados a la depresión (ATQ-R; Kendall y Hollon, 1989) y esquemas cognitivos (SQ-SF; Young y Brown, 1994). Los resultados apoyan un modelo según el cual los pensamientos automáticos (pensamientos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y falta de pensamientos positivos) actuarían como mediadores entre los esquemas cognitivos disfuncionales (Privación Emocional, Abandono y Fracaso) y los síntomas de depresión. En el caso del esquema de Fracaso, además, la mediación a través de los pensamientos automáticos fue total.

Palabras clave: Depresión; esquemas cognitivos; pensamientos automáticos; mediación.

Title: Mediation through automatic thoughts of the relationship between schemas and depressive symptoms.

Abstract: According to the cognitive therapy model, automatic thoughts related to depression, which are relatively superficial and accessible, are the outcome of dysfunctional cognitive schemas. However, very few studies have addressed the relationships between both levels of cognitions. The aim of this study was to assess whether the automatic thought act as mediators between dysfunctional cognitive schemas and symptoms of depression in women. The sample consisted of 334 women, who completed measures of depression (CES-D, Radloff, 1977), anxiety (SCL-90-R, Derogatis, 2002), depressogenic automatic thoughts (ATQ-R; Kendall & Hollon, 1989) and cognitive schemas (SQ-SF; Young & Brown, 1994). The results supported the hypothesis that automatic thoughts (dissatisfaction, difficulties for coping, and lack of positive thoughts) act as the mechanism through which some dysfunctional schemas (emotional deprivation, abandonment, and failure) influence on the development of depressive symptoms. In the case of the schema of failure, the mediation was full.

Key words: Depression; cognitive schemas; automatic thoughts; women.

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psicológicos más relevantes en la sociedad actual con una gran repercusión clínica, provocando que las personas busquen atención psicológica para estos trastornos más comúnmente que para el resto (Rivas-Vázquez, Saffa-Biller, Ruiz, Blais, Rivas-Vázquez, 2004). Las tasas de prevalencia entre las mujeres tienen un ratio con respecto de los hombres de 2:1 (Hankin *et al.*, 1998; Sachs-Ericsson, 2000; Stewart, Gucciardi y Grace, 2004), aunque algunos estudios han llegado a encontrar incluso ratios de 4:1 (APA, 2001).

El modelo de la Terapia Cognitiva se basa en que no son los acontecimientos en sí mismos los que provocan depresión en las personas sino el modo en el que éstas interpretan dichos acontecimientos (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). De esta manera las cogniciones se convierten en el elemento determinante de las emociones y conductas de las personas. Estas cogniciones, según la teoría de la especificidad cognitiva, serían específicas para cada trastorno emocional, el cual podría distinguirse por la forma y el contenido de los pensamientos (Beck y Clark, 1988). En el caso de la depresión, las cogniciones específicas serían de carácter absolutista (Clark, Beck y Brown, 1989) y versarían sobre temas de pérdida, privación, fracaso e inadecuación personal. La teoría de la especificidad ayudaría a establecer diferencias entre trastornos, especialmente en la controvertida cuestión del solapamiento entre depresión y ansiedad (Lerner *et al.*, 1999; Safren *et al.*, 2000). Este solapamiento se manifiesta en altas correlaciones entre depresión y ansiedad (Andrade, Eaton y Chilcoat, 1994; Blanchard, Buckley, Hic-

klung y Taylor, 1998; Burns y Eidelson, 1998). Por ello, es importante tener en cuenta este aspecto en el estudio de los correlatos cognitivos de la depresión, a fin de evitar la posible influencia de la ansiedad en los resultados.

A su vez, las cogniciones han sido divididas en distintos niveles. El nivel más superficial sería el compuesto por los productos cognitivos, también denominados autodiálogo, pensamientos automáticos o autoafirmaciones, entre otros. Estos consisten en pensamientos que reflejan lo que las personas se dicen a sí mismas sobre ellos/as mismos/as, el mundo y las relaciones con los demás. El nivel de los pensamientos automáticos estaría determinado por el de los esquemas cognitivos (Hollon y Kriss, 1984; Kendall y Korgeski, 1979; Merluzzi, Glass y Genest, 1981).

Los esquemas cognitivos han sido estudiados con cierto detalle por Young (1999), quien ha desarrollado un modelo denominado Terapia centrada en los Esquemas. Los esquemas se definen como estructuras cognitivas extremadamente estables y profundas, que se encontrarían en el origen de numerosos trastornos psicológicos. Los esquemas distorsionarían la información magnificando los datos que confirman el esquema y negando o minimizando aquella información inconsistente con el mismo. Esta distorsión en el procesamiento de la información provocaría que fuesen significativamente disfuncionales, rígidos, autodestructivos, resistentes al cambio, percibidos como irrefutables y que interfirieran en la propia habilidad para satisfacer las necesidades básicas de estabilidad y autonomía. Los esquemas se elaborarían a lo largo de la vida y determinarían las conductas, los pensamientos, sentimientos y relaciones de la persona con los demás (Wills y Sanders, 1997).

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Ana Estévez, Departamento de Psicología, Universidad de Deusto, Apdo. 1, 48080, Bilbao (España). E-mail: aestevez@fice.deusto.es

Más concretamente, en el modelo de Young (1999) los esquemas cognitivos estarían organizados en dominios o categorías. Los dominios que contienen los esquemas cognitivos que más se han relacionado con la depresión son los denominados de Desconexión y Rechazo, Autonomía Deteriorada y Orientación a los demás (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruíz, 2005; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001; Welburn, Coristine, Daga, Pontefranch y Jordan, 2002). El dominio de Desconexión y Rechazo incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás. Algunos de los esquemas incluidos en este dominio son los denominados: Abandono / Inestabilidad, Privación Emocional, Abuso, e Imperfección /Culpa. El dominio de Autonomía Deteriorada consiste en una visión negativa de uno mismo/a y del ambiente en cuanto a la capacidad para tener éxito o para funcionar independientemente de los demás. Incluye esquemas como el de Dependencia, Vulnerabilidad al Daño o a la Enfermedad, Apego y Fracaso. Finalmente, el dominio de Orientación a los Demás e implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás. Incluye dos esquemas: Autosacrificio y Subyugación.

Estos esquemas cognitivos han recibido una gran atención por parte de teóricos y clínicos y se han estudiado con relación a trastornos tales como la depresión (Calvete *et al.*, 2005; Stopa *et al.*, 2001; Welburn *et al.*, 2002) y la ansiedad (Glaser, Campbell, Calhoun, Bates y Petrocelli, 2002; Riskind *et al.*, 2000; Welburn *et al.*, 2002). Además, algunos estudios han mostrado diferencias de género en estos esquemas, lo que podría contribuir a explicar la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres. Por ejemplo, Welburn *et al.* (2002) encontraron que las mujeres puntuaban más alto en varios esquemas cognitivos tales como Autosacrificio, Fracaso, Apego, Abandono e Imperfección, los cuales están asociados con la depresión.

Un aspecto que destaca en este ámbito es la escasa investigación sobre la relación entre los diversos niveles del funcionamiento cognitivo. Es decir, a pesar de que desde los modelos cognitivos actuales se propone que los pensamientos automáticos estarían determinados por los esquemas cognitivos más profundos (Ingram y Kendall, 1986), según Silverman y DiGiuseppe (2001) apenas existen investigaciones que aborden la relación entre los diferentes constructos cognitivos.

Uno de los pocos estudios que ha tratado de evaluar la relación entre el nivel más superficial de cogniciones frente al más profundo es el de Calvete *et al.* (2005), en el que se demostró la asociación entre esquemas disfuncionales y determinados pensamientos automáticos. En dicho estudio, los esquemas de Apego, Fracaso y Aislamiento Social se asociaban positivamente con los pensamientos de insatisfacción (“*Mi vida no va como yo quisiera*” o “*Ojalá estuviera en otra parte*”); los esquemas de Fracaso, Imperfección y Subyugación lo hacían positivamente con los pensamientos de autoconcepto negativo (“*Soy un fracaso*” o “*No valgo la pena*”); el esquema de Dependencia estaba vinculado

Dependencia estaba vinculado positivamente a pensamientos que expresaban incapacidad de afrontamiento (“*Me siento tan débil*” o “*No consigo poner en marcha las cosas*”); el esquema de Imperfección y el esquema de Autocontrol Insuficiente se asociaron negativamente con los pensamientos automáticos positivos (“*Estoy orgullosa de mí mismo/a*” o “*Yo puedo lograr cualquier cosa*”) y el esquema de Grandiosidad se relacionaba positivamente con los pensamientos automáticos positivos.

En definitiva, existen muy pocos estudios que hayan abordado la relación entre el nivel profundo de las cogniciones (esquemas) y el nivel más superficial (pensamientos automáticos). Más aún, todavía queda por estudiar en qué medida los pensamientos automáticos actúan como un mecanismo mediador entre esquemas cognitivos y síntomas psicológicos. En el ámbito de la conducta agresiva se ha podido demostrar cómo determinadas estructuras cognitivas (ej., justificación de la violencia) conducen a sesgos en la interpretación de situaciones sociales y estas a su vez conducen a un mayor riesgo de conducta agresiva (véanse por ejemplo los estudios de Dodge, Pettit, Bates y Valente, 1995). Sin embargo, este mecanismo de mediación no ha sido estudiado en el caso de la depresión, que tal y como se ha descrito, es un trastorno con una incidencia muy elevada, especialmente entre las mujeres. Por ello, el objetivo de este estudio consistió en investigar si los pensamientos automáticos actúan como mediadores en la relación entre los esquemas cognitivos y los síntomas de depresión en mujeres. La hipótesis de la que se partió consistió en que los esquemas cognitivos disfuncionales se asociarían a más pensamientos automáticos negativos y estos a su vez a más síntomas depresivos.

Método

Participantes

En este estudio ha participado una muestra de 334 mujeres procedentes de diferentes colectivos (por ejemplo, asociaciones, empresas privadas, instituciones públicas, centros educativos) de la comunidad de Vizcaya y Álava. La edad media fue de 33.31 años ($DT = 10.89$). En cuanto al estado civil la distribución de la muestra era la siguiente, el 55.9% estaba soltera; el 6% pareja de hecho; el 32.6% casada; el 3.6% separada/divorciada; el 1.5% viuda y el 0.3% religiosa.

En relación con el nivel de estudios, el 10% de la muestra tenía estudios primarios; el 9.4% poseía bachiller; el 15.8% formación profesional y el 64.7% estudios universitarios. Finalmente, se presentan datos en relación con la ocupación: el 14.7% eran estudiantes; el 19% trabajaban en casa; el 49.1% fuera de casa; el 16.9% en paro y el 0.3% prejubiladas.

Variables e instrumento de medida

Depresión.- La depresión fue evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977). El CES-D evalúa cuatro factores de la

depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden. Consta de 20 ítems con un formato de respuesta de 0 (*nunca o rara vez*) a 3 (*todo o la mayor parte del tiempo*). Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna (Calvete y Cardeñoso, 1999). El coeficiente alpha fue .98.

Ansiedad. Para evaluar la ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 2002). Consta de 10 ítems referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("*pánico*"). La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada de 0 (*ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma*) a 4 (*molestia máxima*). El coeficiente de consistencia interna es .89 y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983, 2002).

Pensamientos Automáticos. Cuestionario de Pensamientos Automáticos – Revisado (ATQ-R; Kendall y Hollon, 1989). El ATQ-R es una medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (1 = *no en absoluto, nunca*, 2 = *alguna vez*, 3 = *bastantes veces*, 4 = *muchas veces*, 5 = *todo el tiempo*). La adaptación del ATQ-R al castellano fue realizada a través del método de traducción-retrotraducción (Calvete y Connor-Smith, 2005), quienes agruparon los ítems en cuatro subgrupos mediante un sistema de jueces. La categoría de Pensamientos Positivos incluye 10 ítems que reflejan optimismo y autoevaluación positiva. La categoría de Autoconcepto Negativo está compuesta por 12 ítems relacionados con la autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad hacia uno/a mismo/a. Los Pensamientos de Insatisfacción incluyen 11 ítems que reflejan una evaluación negativa de las circunstancias y un deseo de que la vida de uno/a mismo/a fuese diferente. La categoría de Dificultad en el Afrontamiento consiste en 7 ítems que sugieren indefensión y dificultad para comenzar acciones. Los coeficientes alpha de Cronbach para la versión española fueron .90, .85, .88 y .79 para los pensamientos automáticos positivos, pensamientos de insatisfacción, autoconcepto negativo y dificultad en el afrontamiento, respectivamente. Para el total de pensamientos negativos el alpha obtenido fue de .94.

Esquemas cognitivos. Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (*Schema Questionnaire-Short Form*, SQ-SF; Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa los dieciocho esquemas propuestos por Young. El SQ-SF consta de 75 ítems que deben ser contestados de acuerdo con una escala likert de seis puntos (1 = *totalmente falso*, 2 = *la mayoría de las veces falso*, 3 = *más verdadero que falso*, 4 = *en ocasiones verdadero*, 5 = *la mayoría de las veces verdadero*, y 6 = *me describe perfectamente*). En esta investigación se utilizaron los diez esquemas siguientes: Privación Emocional, Imperfección, Vulnerabilidad al Peligro,

Apego, Fracaso, Subyugación, Autosacrificio, Abandono, Abuso y Dependencia.

El esquema de *Privación Emocional* incluye la creencia de que las necesidades emocionales de la persona no serán adecuadamente satisfechas por las otras personas. *Abandono* se basa en la creencia de que los otros/as significativos no le ofrecerán el apoyo emocional o protección que la persona necesita porque le abandonarán en pro de alguien mejor. *Abuso* describe la expectativa de que las otras personas le herirán, abusarán, humillarán, mentirán o tomarán ventaja, y, en ocasiones, incluirá la creencia de que el daño es intencional o el resultado de una negligencia. *Imperfección o Culpa* describe el sentimiento de que uno/a es internamente defectuoso/a, no querido/a o no válido/a en aspectos importantes de la vida. *Fracaso* describe la creencia de que uno ha fallado, que fallará inevitablemente, o que es una persona fundamentalmente inadecuada en comparación con los otros en áreas de logro. *Dependencia o Incompetencia* consiste en la creencia de que no se siente capaz de afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de otras personas. *Vulnerabilidad al peligro* implica un miedo exagerado de que en cualquier momento tenga lugar una catástrofe, ataque, enfermedad y/o desastre y que no se pueda hacer nada para prevenir esta situación. *Apego* consiste en un excesivo vínculo y cercanía emocional con las personas significativas. *Subyugación* implica renunciar a los propios derechos debido a que la persona se siente coaccionada por los otros. Finalmente, *Autosacrificio* consiste en la satisfacción exagerada y voluntaria de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la gratificación de las necesidades propias.

La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con consistencia interna buena para los factores (Calvete *et al.*, 2005).

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con mujeres procedentes de diferentes colectivos de la comunidad de Vizcaya y Álava, explicando que se trataba de un estudio sobre la manera de pensar y su influencia en la depresión. La aplicación del cuestionario duraba aproximadamente entre 50 y 60 minutos. Las pruebas se presentaron en un cuadernillo que fue completado por las participantes voluntarias. Algunas mujeres prefirieron rellenar el cuestionario de forma individual y remitirlo por correo. En otros casos, la recogida de datos fue en grupo con la supervisión de profesionales de la psicología. Se les informaba a las participantes que las respuestas eran anónimas y que los datos tenían un carácter confidencial, por lo que no tenían que marcar ningún dato identificativo. Por otro lado, se les ofrecía la posibilidad de contactar de manera telefónica o vía mail para obtener información más detallada sobre el estudio o resultados preliminares.

Resultados

Descriptivos

A continuación, se muestran los descriptivos generales de las variables del estudio. La Tabla 1 presenta la media y desviación típica para todas las variables del estudio. Aunque no se incluyen en la tabla, los valores de asimetría y curtosis fueron adecuados para todas las variables.

Esquemas cognitivos y depresión

La Tabla 1 muestra también la relación entre los esquemas cognitivos y los síntomas de depresión. Como puede observarse, todas las correlaciones son estadísticamente sig-

nificativas. Los esquemas que más fuertemente se asocian con la depresión son el esquema de Fracaso, Abandono e Imperfección. El esquema que menos se asocia con la depresión es el de Autosacrificio.

A continuación se estimó un modelo de análisis de regresión múltiple, que ofrece una medida más válida de la asociación exclusiva de cada esquema con los síntomas de depresión. Con el fin de controlar el solapamiento entre ansiedad y depresión, en el modelo de regresión se introdujo la puntuación de ansiedad en el primer paso y los esquemas cognitivos en el segundo paso. Tal y como se muestra en la Tabla 2, los coeficientes de regresión de los esquemas de Privación Emocional y Fracaso fueron estadísticamente significativos.

Tabla 1: Descriptivos generales y correlaciones entre variables cognitivas y depresión.

	Media	DT	Correlación con depresión
Depresión	18.09	9.11	
Ansiedad	7.46	6.59	.65
Pensamientos automáticos			
Pensamientos positivos	29.05	8.14	-.57
Pensamientos autoconcepto negativo	19.01	6.52	.66
Pensamientos dificultad afrontamiento	11.44	3.86	.73
Pensamientos de insatisfacción	18.85	6.43	.73
Total Autodiálogo Negativo ATQ-R	49.24	15.81	.75
Esquemas cognitivos			
Privación Emocional	8.68	4.76	.45
Abandono	11.32	5.54	.47
Abuso	9.04	3.97	.40
Imperfección	7.33	3.21	.47
Fracaso	8.42	4.44	.51
Dependencia	7.60	3.16	.44
Vulnerabilidad al Peligro	9.33	4.42	.42
Apego	8.86	4.35	.41
Subyugación	9.28	3.97	.43
Autosacrificio	14.43	5.68	.25

Nota. Todos los coeficientes de correlación son estadísticamente significativos, $p < .001$.

Tabla 2: Modelo de regresión entre Esquemas Cognitivos y Depresión con la variable Ansiedad controlada.

Modelo de regresión	B	SE	B	t
Paso 1				
Ansiedad	.9	.06	.65	15.7**
Paso 2				
				$\Delta R^2 = .12, \Delta F(10,321) = 34.43^{**}$
Privación Emocional	.24	.09	.13	2.69**
Abandono	.08	.09	.05	0.95
Abuso	.08	.12	.03	0.66
Imperfección	.23	.16	.08	1.46
Fracaso	.41	.12	.20	3.56**
Dependencia	.05	.16	.02	0.35
Vulnerabilidad al Peligro	-.09	.11	-.04	-0.82
Apego	.00	.11	.00	0.00
Subyugación	.01	.13	.01	0.10
Autosacrificio	.01	.07	.01	0.12

** = $p < .001$.

Pensamientos automáticos y depresión

Como puede verse en la Tabla 1, los pensamientos automáticos que más se asocian con la depresión son los relacionados con la insatisfacción, la dificultad en el afrontamiento y el total de pensamientos negativos del ATQ-R, que es una medida de frecuencia de pensamientos automáticos asociada con el ánimo depresivo. Por otro lado, todas las correlaciones son estadísticamente significativas. Los pensamientos positivos también se correlacionan con la depresión pero, tal y como cabía esperar, en sentido negativo.

A continuación, se realizó un modelo regresivo, introduciendo la puntuación de ansiedad en un primer paso a fin de obtener unos resultados más depurados. Los resultados se muestran en la Tabla 3. Tal y como se observa, los coeficientes de regresión son estadísticamente significativos para los

pensamientos de insatisfacción, dificultad en el afrontamiento y pensamientos positivos.

Tabla 3: Modelo de regresión entre Pensamientos Automáticos y Depresión, con la variable Ansiedad controlada.

Variable predictiva	B	SE	β	t
Primer Paso $R^2 = .43, F(1,331) = 246.33^{**}$				
Ansiedad	.39	.06	.29	7.26**
Segundo Paso $\Delta R^2 = .26, \Delta F(4,327) = 68^{**}$				
Pensamientos positivos	-.29	.04	-.26	-7.04**
Pensamientos autoconcepto negativo	.04	.09	.03	0.42
Pensamientos dificultad afrontamiento	.56	.16	.24	3.63**
Pensamientos insatisfacción	.24	.10	.17	2.45*

* = $p < .05$, ** = $p < .001$.

Mediación a través de los pensamientos automáticos de la asociación entre esquemas cognitivos y síntomas de depresión.

Para evaluar si la relación entre los esquemas cognitivos y los síntomas de depresión estaba mediada por los pensamientos automáticos se utilizaron aquellos esquemas y pensamientos automáticos que, de acuerdo con los modelos regresivos realizados anteriormente, predijeron los síntomas de depresión: Privación Emocional, Abandono y Fracaso y pensamientos de insatisfacción, pensamientos de dificultad de afrontamiento y pensamientos positivos.

Se siguió un procedimiento siguiendo los criterios y recomendaciones establecidos por varios autores (Frazier, Tix y Barron, 2004; Holmbeck, 1997) para cada uno de estos esquemas. En un primer paso, el esquema cognitivo debe estar significativamente asociado con la depresión. En un segundo paso, el esquema debe estar significativamente asociado con los pensamientos automáticos potencialmente mediadores. En el tercer paso, las variables mediadoras deben estar asociadas con la depresión, cuando el efecto del

esquema está controlado. El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre esquema cognitivo y depresión está significativamente reducida cuando las variables mediadoras están añadidas al modelo. En el caso de que se obtuviese una mediación perfecta, el efecto del esquema cognitivo llegará a ser cero, mostrando que los pensamientos automáticos median en la relación de manera completa. Si la asociación entre esquema y síntomas de depresión se mantiene significativa, sugiere que los pensamientos automáticos son mediadores parciales.

Las Tablas 4, 5 y 6 muestran los resultados de los análisis realizados para cada uno de los tres esquemas (Privación Emocional, Abandono y Fracaso) utilizando como variables mediadoras las puntuaciones en los tres tipos de pensamientos automáticos que previamente se había comprobado que estaban asociados significativamente a la depresión y que eran los siguientes: pensamientos de insatisfacción, pensamientos de dificultad en el afrontamiento y pensamientos positivos.

Tal y como se observa en la Tabla 4, el coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.85 a 0.16, indicando que el 81.2 % de la varianza en la relación entre Privación Emocional y depresión se explicaba en función de los pensamientos automáticos ($0.85 - 0.16 / 0.85$). Esto significaría que estos pensamientos automáticos podían actuar como mediadores entre el esquema de Privación y la depresión respectivamente.

En el caso del esquema del Fracaso, los resultados del coeficiente de regresión no estandarizado sobre los síntomas depresivos disminuyeron de 1.05 a 0.08, indicando que el 92.4% de la varianza en la relación entre el esquema de Fracaso y depresión se explicaba en función de los pensamientos automáticos ($1.05 - 0.08 / 1.05$). El hecho de que el coeficiente de regresión resultante en el tercer paso fuese nulo indica, además, que la mediación fue completa.

Tabla 4: Análisis de Regresión evaluando la mediación por parte de las subescalas de Pensamientos Automáticos en la relación del esquema de Privación Emocional y síntomas de Depresión.

Variable Predictora	B	SE	β	t	Variable Criterio
Privación Emocional					
$R^2 = .20, F(1, 332) = 82^{**}$					
Paso 1 Privación Emocional	0.85	0.09	0.45	9.04**	Depresión
Paso 2					
Privación Emocional	-0.55	0.09	-0.32	-6.18**	Pensamientos Positivos
Privación Emocional	0.64	0.06	0.47	9.76**	Pensamientos Insatisfacción
Privación Emocional	0.34	0.04	0.42	8.48**	Pensamientos dificultad afrontamiento
Paso 3					
$R^2 = .64, F(5, 329) = 149^{**}$					
Privación Emocional	0.16	0.07	0.08	2.21*	Depresión
Pensamientos Insatisfacción	0.40	0.09	0.28	4.65**	Depresión
Pensamientos dificultad afrontamiento	0.84	0.14	0.35	6.13**	Depresión
Pensamientos positivos	-0.28	0.04	-0.25	-6.52**	Depresión

* = $p < .05$, ** = $p < .001$

Tabla 5: Análisis de Regresión evaluando la mediación por parte de las subescalas de pensamientos Automáticos en la relación del esquema de Abandono y síntomas de Depresión.

Variable Predictora	B	SE	β	t	Variable Criterio
Abandono					
$R^2 = .22, F(1,331) = 92^{**}$					
Paso 1 Abandono	0.77	0.08	0.47	9.6**	Depresión
Paso 2					
Abandono	0.56	0.06	0.49	10.12**	Pensamientos insatisfacción
Abandono	0.35	0.03	0.50	10.56**	Pensamientos dificultad afrontamiento
Abandono	-0.41	0.08	-0.28	-5.28**	Pensamientos positivos
Paso 3					
$R^2 = .64, F(4,328) = 148^{**}$					
Abandono	0.15	0.06	0.09	2.29*	Depresión
Pensamientos insatisfacción	0.41	0.08	0.29	4.85**	Depresión
Pensamientos dificultad afrontamiento	0.78	0.14	0.33	5.59**	Depresión

* = $p < .05$, ** = $p < .001$ **Tabla 6:** Análisis de Regresión evaluando la mediación por parte de las subescalas de Pensamientos Automáticos en la relación del esquema de Fracaso y síntomas de Depresión.

Variable Predictora	B	SE	β	t	Variable Criterio
Fracaso					
$R^2 = .26, F(1,332) = 118^{**}$					
Paso 1 Fracaso	1.05	0.10	0.51	10.82**	Depresión
Paso 2					
Fracaso	0.79	0.07	0.55	11.92**	Pensamientos insatisfacción
Fracaso	0.51	0.04	0.59	13.24**	Pensamientos dificultad afrontamiento
Fracaso	-0.75	0.09	-0.41	-8.12**	Pensamientos Positivos
Paso 3					
$R^2 = .64, F(4, 329) = 145^{**}$					
Fracaso	0.08	0.09	0.04	0.92	Depresión
Pensamientos insatisfacción	0.43	0.08	0.30	5.1**	Depresión
Pensamientos dificultad afrontamiento	0.82	0.14	0.35	5.7**	Depresión
Pensamientos positivos	-0.28	0.04	-0.25	-6.52**	Depresión

* = $p < .05$, ** = $p < .001$

Por último, en el caso del esquema de Abandono, el coeficiente de regresión no estandarizado para el esquema de Abandono sobre los síntomas depresivos disminuyó de 0.77 a 0.15, indicando que el 80.51% de la varianza en la relación entre el esquema de Abandono y depresión se explicaba en función de los pensamientos automáticos (0.77 - 0.15 / 0.77).

Para evaluar de manera formal los efectos específicos indirectos, se ha usado la técnica denominada *bootstrapping*, siguiendo el procedimiento propuesto por Hayes y Preacher (2005). Los resultados de los intervalos de confianza para los efectos indirectos de los esquemas de Privación Emocional, Abandono y Fracaso están resumidos en la Tabla 7.

Tabla 7: Intervalos de confianza para los efectos indirectos del esquema de Privación Emocional, Abandono y Fracaso en los síntomas depresivos, empleando el procedimiento de *bootstrapping*.

	Efectos indirectos	Coef. (ET)	Bootstrap, 95% CI
Privación Emocional			
	Total	.69 (.11)	(.49, .91)
Específico vía pensamientos insatisfacción		.25 (.07)	(.13, .41)
Específico vía pensamientos dificultad afrontamiento		.29 (.07)	(.17, .45)
Específico vía pensamientos positivos		.15 (.09)	(.09, .23)
Abandono			
	Total	.62 (.09)	(.46, .79)
Específico vía pensamientos insatisfacción		.23 (.06)	(.12, .37)
Específico vía pensamientos dificultad afrontamiento		.27 (.06)	(.16, .42)
Específico vía pensamientos positivos		.12 (.03)	(.07, .19)
Fracaso			
	Total	.97 (.10)	(.78, 1.17)
Específico vía pensamientos insatisfacción		.34 (.08)	(.18, .48)
Específico vía pensamientos dificultad afrontamiento		.42 (.08)	(.27, .60)
Específico vía pensamientos positivos		.21 (.04)	(.13, .30)

Como puede verse, todos los efectos indirectos para los esquemas cognitivos de Privación emocional, Abandono y Fracaso han sido significativos, encontrándose que su intervalo de confianza del 95% no contiene el cero.

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en investigar si los pensamientos automáticos actúan como mediadores en la relación entre los esquemas cognitivos y los síntomas de depresión en mujeres. Como se desprende de los resultados, los pensamientos automáticos mediaban entre los esquemas cognitivos y la depresión. Los modelos de mediación entre los esquemas cognitivos (Privación Emocional, Abandono y Fracaso) y los síntomas depresivos a través de los pensamientos automáticos fueron casi idénticos. En los tres casos, la mediación se explicó por mayor frecuencia de pensamientos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y una menor frecuencia de pensamientos positivos. El porcentaje explicado por la mediación fue muy alto. En el caso del esquema de Fracaso, además, la mediación de los pensamientos automáticos fue total.

Estos datos son coherentes con las predicciones de Young (1999), quien también ha señalado que a medida que se tienen esquemas cognitivos el pensamiento automático es más disfuncional. Estos resultados son importantes porque aportan nuevas evidencias a las distintas teorías que explican la importancia de los pensamientos automáticos en la salud mental de las personas.

Otro de los resultados obtenidos en este trabajo ha sido la evaluación en detalle de la asociación entre esquemas cognitivos y síntomas de depresión. Como se desprende de los resultados, las asociaciones entre esquemas cognitivos y síntomas de depresión, controlando significativamente el solapamiento entre depresión y ansiedad, se daban con más fuerza para los esquemas de Privación Emocional y Fracaso. Estos resultados están en la misma línea de lo hallado por autores como Segal (1988), quien había encontrado que los constructos de fracaso, pérdida e inadecuación eran elementos característicos de la depresión.

Investigaciones previas han obtenido resultados bastante similares a los hallados en este estudio. Por ejemplo, en los estudios de Stopa *et al.* (2001) o en el de Calvete *et al.* (2005) destacaba la relación entre el esquema de Fracaso y la depresión. En el caso del estudio de Stopa *et al.* (2001), además de esos esquemas, aparecían asociados a la depresión los esquemas de Imperfección y Autosacrificio. Esto podría explicarse, entre otras cosas, porque la medida utilizada para evaluar la depresión es diferente en los estudios. En esta investigación se utiliza el CES-D (Radloff, 1977), que es un instrumento específico de depresión y en la investigación de Stopa *et al.* (2001), se usa la escala de depresión del SCL-90-R (Derogatis, 1983). Además, en el de estudio de Stopa la muestra no estaba íntegramente compuesta por mujeres y

los análisis estadísticos no controlaban el solapamiento entre depresión y ansiedad.

Por otro lado, también se han obtenido resultados en relación con la asociación entre pensamientos automáticos y síntomas de depresión. En este caso, también se ha controlado estadísticamente el solapamiento entre depresión y ansiedad, dando como resultado una asociación estadísticamente significativa de carácter negativo entre los pensamientos automáticos positivos y de sentido positivo con los pensamientos que reflejaban dificultades en el afrontamiento e insatisfacción.

Estos resultados son coherentes con muchos estudios (e.g., Gómez y Roa, 2002; Palenzuela, Gutiérrez Calvo y Avero, 1998) y, especialmente, con el planteamiento de Beck (1995) que sostiene que los pensamientos depresivos expresarían una visión insatisfactoria de uno/a misma, autculpa y desesperanza. También estarían en la línea desarrollada por Abramson, Metalsky y Alloy (1989), la cual caracteriza a la depresión por un estilo cognitivo negativo lleno de inferencias relacionadas con una baja autoconfianza y baja autoeficacia.

Por otro lado, la asociación negativa entre la depresión y los pensamientos positivos sería consistente con los estudios que muestran bajos niveles de afecto positivo como un rasgo distintivo de la depresión (Calvete y Connor-Smith, 2005; Jolly y Kramer, 1994), tal como propone el Modelo Tripartito de ansiedad y depresión (Watson, Clark y Carey, 1988). Según el Modelo Tripartito, para comprender las complejas relaciones entre ansiedad y depresión los síntomas de ambos podían agruparse en tres categorías: síntomas inespecíficos de malestar general, comunes a la depresión y a la ansiedad; la activación fisiológica, exclusiva de la ansiedad; y la anhedonia, exclusiva de la depresión. Por tanto, estos resultados seguirían añadiendo pruebas que señalarían con más detalle el papel de los pensamientos automáticos positivos en la sintomatología depresiva.

Sin duda, lo que más sorprende en estos resultados es la falta de asociación entre los pensamientos que reflejan autoconcepto negativo y depresión, ya que en la bibliografía las investigaciones muestran lo contrario (Fan y Fu, 2001; Hoffmann, Baldwin y Cerbone, 2003; Kim, 2003 y Valentine, 2001). Más aún, los pensamientos negativos sobre el sí mismo/a constituyen un elemento de la tríada cognitiva de la depresión (Beck, 1995). Por todo ello, el resultado obtenido contrasta con lo esperable. Una posible explicación podría deberse a que la muestra objeto de estudio no presenta niveles muy elevados de depresión. En este sentido, las personas con niveles de depresión bajos no tendrían pensamientos tan catastrofistas y no afectarían a su autoestima. Además, las mujeres del estudio en un porcentaje elevado poseen estudios superiores y trabajan fuera de casa. Según la teoría de Gove (1972), los roles sociales otorgarían a las personas un sentido de identidad y de mejora en su autoconcepto. Como consecuencia, las mujeres podrían tener una evaluación más positiva con relación a su rol laboral o académi-

co, lo que explicaría que tuviesen un autoconcepto no tan negativo.

Una de las limitaciones del estudio, se refiere a su naturaleza transversal. Esta circunstancia impide demostrar causalidad. Es decir, los resultados únicamente indican asociación estadística. Por ejemplo, los pensamientos automáticos podrían ser resultado de los síntomas depresivos, o expresión de otras variables. Además, no se puede descartar que la existencia de un cierto solapamiento entre las categorías de pensamientos automáticos negativos y la medida de depresión contribuyera a la asociación encontrada entre estas variables (McPherson y Lakey, 1993). Otro aspecto a tener en

cuenta es que en la muestra no estaba incluida población clínica, lo que podría haber aportado a los datos un mayor número de matices.

Concluyendo, a pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio apoya el papel que algunos esquemas cognitivos disfuncionales pueden ejercer en relación con los síntomas depresivos y sugiere que la influencia de los esquemas en la depresión está en buena parte mediada por una mayor presencia de pensamientos negativos relacionados con la insatisfacción y la incapacidad para el afrontamiento y por una menor presencia de pensamientos positivos.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. L. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andrade, L., Eaton, W. W. y Chilcoat, H. (1994). Lifetime comorbidity of panic attacks and mayor depression in a population-bases study: Symptom profiles. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 363-369.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, *1*, 23-36.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J. y Taylor, A. E. (1998). Post-traumatic stress disorder and comorbid mayor depression: Is the correlation an illusion?. *Journal of Anxiety Disorder*, *12*, 21-37.
- Burns, D. D. y Eidelson, R. J. (1998). Why Are Depression and Anxiety Correlated?: A Test of the Tripartite Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 461-473.
- Calvete, E. y Cardenoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, *15*(2), 179-190.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(2), 201-207.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, *21*(2), 91-100.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 958-964.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90 administration, scoring and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. y Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(4), 632-643.
- Fan, F. y Fu, J. (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, *15*(2), 76-77.
- Frazier, P. A., Tix, A. P. y Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, *51*, 115-134.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M. y Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A Construct Validity Study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *35*, 2-13.
- Gómez, C. y Roa, M. L. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único. *Acción Psicológica*, *1*(2), 195-204.
- Gove, W. R. (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. *Social Forces*, *51*, 34-44.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGree, R. y Angell, K. E. (1998). Development from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 128-140.
- Hayes, A. F. y Preacher, K. J. (2005). *SPSS and SAS macros for bootstrapping indirect effects in multiple mediator models*. Obtenido en Diciembre, 15, 2007, <http://www.comm.ohio-state.edu/ahayes/SPSS%20programs/indirect.htm>.
- Hoffmann, J. P., Baldwin, S. A. y Cerbone, F. G. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(2), 217-224.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 383-395.
- Hollon, S. D. y Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, *4*, 35-76.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 599-610.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology. Implications of a information processing perspective. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando, FL: Academic.
- Jolly, J. B. y Kramer, T. A. (1994). The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, *18*, 1-14.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, *13*(1), 81-93.
- Kendall, P. C. y Korgeski, G. P. (1979). Assessment and cognitive-behavioural interventions. *Cognitive Therapy and Research*, *3*, 1-21.
- Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, *40*(2), 115-124.
- Lerner, J. Safren, S. A., Henin, A., Warman, M., Heimberg, R. G. y Kendall, P. C. (1999). Differentiating anxious and depressive self-statements in youth: factor structure of the negative affect self-statement questionnaire among youth referred to an anxiety disorders clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, *28*, 82-93.
- Merluzzi, T. V., Glass, C. R. y Genest, M. (Eds.). (1981). *Cognitive assessment*. New York: Guilford Press.
- Palenzuela, D. L., Gutiérrez Calvo, M. y Avero, P. (1998). Ejercicio físico regular como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes. *Psicothema*, *10*(1), 29-39.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Riskind, J. H., Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: Validity of reconstructed Hamilton Scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.
- Rivas-Vázquez, R. A., Saffa-Biller, D., Ruiz, I., Blais, M. A. y Rivas-Vázquez, A. (2004). Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 74-83.
- Sachs-Ericsson, N. (2000). Gender, social roles and suicidal ideation and attempts in a general population sample. En T. Joiner y M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 201-220). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M. y Kendall, P. C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: combined factor structure of the anxious self-statements questionnaire and the automatic thoughts questionnaire-revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 327-344.
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Silverman, S. y DiGiuseppe, R. (2001). Cognitive-behavioral constructs and children's behavioral and emotional problems. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19(2), 119-134.
- Stewart, D. E., Gucciardi, E. y Grace, S. L. (2004). Depression. *BioMed Central Women's Health*, 4 (Suppl. 1). Obtenido en Diciembre, 20, 2007, <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S19>.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 253-272.
- Valentine, I. S. (2001). *The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disordered adolescents*. Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering, 61(10-B), 5585.
- Watson, D. A., Clark, L. A. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530.
- Wills, F. y Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy. Transforming the image*. London: Sage Publications.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition)*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.

(Artículo recibido: 12-3-2008; aceptado: 8-10-2008)