



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

DPTO. DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Contribuciones Conjuntas del Modelo de Terapia de Esquemas y de la Teoría de la Desesperanza en la Depresión en Adolescentes

-

Estibaliz Mateos Pérez

Directora: Dra. Esther Calvete Zumalde

Co-Directora: Dra. Izaskun Orue Sola

Bilbao, septiembre de 2015



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

DPTO. DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Contribuciones Conjuntas del Modelo de Terapia de Esquemas y de la Teoría de la Desesperanza en la Depresión en Adolescentes

Autora

Directora

Co-Directora

Bilbao, septiembre de 2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a mi Directora de Tesis, la Dra. *Esther Calvete Zumalde*, el haberme dado la oportunidad de emprender este proyecto. Del mismo modo, me gustaría agradecer a mi Co-Directora, la Dra. *Izaskun Orue Sola*, su contribución enriquecedora a este trabajo. Muchas gracias a las dos por vuestra paciencia a la hora de realizar las correcciones, por entender mi ritmo y mis necesidades y, en definitiva, por haberme ayudado a culminar este trabajo. Siempre os estaré enormemente agradecida.

Dr. *Benjamin L. Hankin* for welcome me at the University of Denver and for giving me the opportunity to work in his lab and learn from him. Thank you very much!

No puedo olvidarme de las personas que de forma anónima han hecho realidad esta tesis doctoral... Por un lado, al Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco y por consiguiente a todas aquellas personas que con sus impuestos han costado esta tesis y, por otro lado, a los y las adolescentes que voluntariamente participaron en esta investigación.

A la Dr. *Ana Martínez Pampliega* y al Dr. *Ignacio Gómez Marroquín*, vicedecana y vicedecano de alumnado respectivamente, de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, por haber confiado en mí y haberme dado la oportunidad de ponerme delante de una clase. Sin ninguna duda fueron unas experiencias verdaderamente enriquecedoras. ¡Muchas gracias!

A mis compañeras del equipo Deusto Stress Research de la Universidad de Deusto, a la Dra. *Carlota Las Hayas* y a la Dra. *Patricia Padilla*, así como, a las estudiantes pre-doctorales *Anik Zubizarreta*, *Erika Borrajo*, *Nerea Cortazar*, *Iratxe López*, *Joana Del Hoyo*, *Ainara Echezarraga* y *Sofía García*. Gracias a todas por haberme hecho sentir siempre una persona muy valiosa tanto a nivel profesional como personal, por la ayuda ofrecida con cuestiones relacionadas con la tesis y por las innumerables muestras de apoyo. Gracias Carlota por las oportunidades laborales dadas.

... y como olvidarme de la familia que una construye a lo largo de su vida... Al Dr. *Manuel Gámez Guadix*, por su apoyo decidido, su talento de hacer lo difícil, fácil, su confianza y su generosidad, pero sobre todo, por su cariño. Gracias también por todas tus sugerencias a mis capítulos. Tu partida a la UAM, a pesar de la sensación de pérdida que supuso, ha hecho que nuestro vínculo sea más fuerte si cabe. A la Dra. *María Aguilar Rivera*, nire izeko, por su atenta escucha, su comprensión, sus enseñanzas

vitales y su compañía. Nunca olvidaré esos audios llenos de ánimo y afecto desde la otra parte del océano... Os quiero mucho.

A compañeras de otros equipos de investigación. A la Dra. *Lourdes Villardón*, por su colaboración en este proyecto. Al Dr. *Gonzálo Bacigalupe* por su ayuda, por permitirme autonomía a la hora de trabajar confiando en mi trabajo y por su aprecio. A *Pamela Parada* por toda la energía positiva que me has transmitido a lo largo de todo este tiempo y sobre todo por tu amor loco.

A las psicólogas *Leire Zarraga*, *Tamara Vinuesa*, *María Salazar*, *Ane Ornes*, *Inma Ballesteros* y *Álvaro Aréjula*. Fuisteis unas magníficas compañeras de innumerables prácticas y trabajos durante los años de carrera, y unas mejores amigas a partir de ese momento. ¡Gracias por vuestro apoyo, vuestra amistad y por tantos y tan buenos momentos!

A la psicóloga clínica *María José Horcajo* por recorrer conmigo el camino de las lágrimas y ayudarme a recuperar la confianza en mí misma.

A mi *Aita* y a mi *Ama*, por apoyarme en todos y cada uno de mis proyectos vitales, y por otras muchas cosas cotidianas que, aunque en ocasiones pasan inadvertidas, poseen un valor incalculable.

A mi pareja, *Ion Del Hoyo*, por respetar y apoyar todos y cada uno de mis deseos pero sobre todo por su amor.

A todas mis amigas y amigos, que a pesar de las distancia que en ocasiones nos separa, siempre se han hecho muy, muy presentes en mi vida. A *Zurine Pardo*, *Anyelina Gutierrez*, *Jagoba Ugarte*, *Eva Ugarte*, *Silvia Aranda*, *Kate Lynch*, *Nick Bishop*,... y, por supuesto, a dos de las personas más importantes en mi vida *Iratxe Zamorano* y *Jon Bengoa*.

Asimismo, quiero dar las gracias a todas las personas con las que trabajo por el apoyo recibido durante estos últimos meses, especialmente a *Isabel Echevarría*, *Ana I. García* y *Aitor Samaniego*. Gracias Aitor por tu reconocimiento, tu cercanía y tus facilidades.

Por último, quiero dar las gracias a dos personas que fueron muy importantes en mi vida... A mi *abuela María* y a mi *abuelo Andrés*. Gracias abuela por tus cuidados y tu cariño, y por animarme a terminar este proyecto recordándome lo importante que era culminar otro más de mis sueños. A mi abuelo, mi ojito derecho, ¡qué difícil encontrar las palabras adecuadas para darte las gracias!... quizá porque entre nosotros

nunca fueron muy necesarias... Gracias por haberme enseñado que el arte de vivir feliz radica en ser una misma. Gracias a los dos, porque ambos me llenasteis de bonitos recuerdos y sensaciones que jamás olvidaré. Os quiero mucho.

A tod@s vosotr@s os deseo que seáis muy felices,

¡muchísimas gracias!

A mis abuelos

Esta tesis doctoral fue financiada por una beca predoctoral del Gobierno Vasco (Ref: BFI109.273).

ÍNDICE

RESUMEN..... 5

1. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA7

- 1.1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN 7
- 1.2. PREVALENCIA 10

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK.....13

- 2.1. LA TRIADA COGNITIVA 13
- 2.2. LOS ERRORES COGNITIVOS 13
- 2.3. LOS ESQUEMAS COGNITIVOS..... 15

3. LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS 17

- 3.1. DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS 18
- 3.2. TEORÍA CLÍNICA DE ESQUEMAS..... 19
 - 3.2.1. *Esquemas disfuncionales tempranos y dominios de esquemas* 19
 - 3.2.2. *Estilos de afrontamiento y respuestas disfuncionales*..... 31
 - 3.2.3. *Modos de esquemas*..... 32
- 3.3. EVIDENCIA EMPÍRICA DEL ROL DE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN . 34

4. LA TEORÍA DE LA DESESPERANZA DE LA DEPRESIÓN..... 49

- 4.1. CADENA ETIOLÓGICA DE LA DEPRESIÓN POR DESESPERANZA 49
 - 4.1.1. *Causa contributiva distal: el estilo inferencial negativo*..... 50
 - 4.1.2. *Causas contributivas proximales: Inferencias negativas acerca de las causas, las consecuencias, y las características propias* 52
 - 4.1.3. *La desesperanza como una causa proximal suficiente de los síntomas de la depresión por desesperanza* 53
 - 4.1.4. *Síntomas de la depresión por desesperanza* 54
- 4.2. EVIDENCIA EMPÍRICA DEL ROL DE LAS INFERENCIAS NEGATIVAS EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN EN POBLACIONES JÓVENES..... 55

5. CONTRIBUCIÓN CONJUNTA DE DIFERENTES FACTORES COGNITIVOS EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN: ENFOQUES DE INTERACCIÓN Y MEDIACIÓN.....75

- 5.1. INTERACCIÓN ENTRE DIFERENTES FACTORES COGNITIVOS EN LA PREDICCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN .. 78

5.2.	ESTUDIOS QUE EXAMINAN EL ROL MEDIADOR DE FACTORES COGNITIVOS MÁS SUPERFICIALES EN LA ASOCIACIÓN PREDICTIVA ENTRE VULNERABILIDADES COGNITIVAS MÁS PROFUNDAS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	81
6.	MÉTODO.....	87
6.1.	PARTICIPANTES.....	87
6.2.	MEDIDAS	87
6.3.	PROCEDIMIENTO.....	91
7.	RESULTADOS.....	95
7.1.	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	95
7.2.	ANÁLISIS DE CORRELACIÓN BIVARIADA DE PEARSON	96
7.3.	LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS COMO MODERADORES DEL IMPACTO DE LAS INFERENCIAS NEGATIVAS EN EL DESARROLLO DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	99
7.4.	LAS INFERENCIAS NEGATIVAS COMO MEDIADORAS DE LA RELACIÓN PREDICTIVA ENTRE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y EL DESARROLLO DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	109
8.	DISCUSIÓN GENERAL	115
8.1.	LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y LAS INFERENCIAS NEGATIVAS INTERACTÚAN PARA PREDECIR SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	116
8.2.	LAS INFERENCIAS NEGATIVAS MEDIAN LA ASOCIACIÓN PREDICTIVA ENTRE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	121
8.3.	LIMITACIONES E IMPLICACIONES.....	124
	REFERENCIAS.....	129
	ANEXO: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	153

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos trastorno de depresión mayor según DSM-V	8
Tabla 2. Criterios diagnósticos trastorno depresivo persistente según DSM-V	9
Tabla 3. Resumen de los estudios transversales que examinan la teoría clínica de esquemas en muestras de adultos	38
Tabla 4. Resumen de los estudios transversales que examinan la teoría de esquemas en muestras de niños y niñas y adolescentes	42
Tabla 5. Resumen de estudios longitudinales que examinan la teoría clínica de esquemas en muestras de adultos	44
Tabla 6. Resumen de los estudios longitudinales que examinan el rol de la teoría clínica de esquemas en muestras de infantes y adolescentes.....	47
Tabla 7. Resumen de los estudios prospectivos que examinan la teoría de la desesperanza de la depresión en muestras de niños y niñas y adolescentes	60
Tabla 8. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, orientación a los demás y total interpersonales (T1), inferencias de rendimiento y sociales (T2) y síntomas de depresión (T1, T2, T3)	95
Tabla 9. Correlaciones de pearson para los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, orientación a los demás y total interpersonales (T1), inferencias de rendimiento y sociales (T1, T2) y síntomas de depresión (T1, T2, T3)	98

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Cadena etiológica propuesta por la teoría de la desesperanza de la depresión	50
Figura 2. Hipotético modelo interactivo entre los esquemas de desconexión y rechazo y las inferencias de rendimiento y sociales	103
Figura 3. Modelo interactivo entre los esquemas de desconexión y rechazo y las inferencias de rendimiento y sociales.....	104
Figura 4. Modelo interactivo entre los esquemas de orientación a los demás y las inferencias de rendimiento y sociales.....	105
Figura 5. Los esquemas de desconexión y rechazo como moderadores del impacto de las inferencias sociales en la predicción de los síntomas de depresión en el T2	106
Figura 6. Los esquemas de desconexión y rechazo como moderadores del impacto de las inferencias de rendimiento en la predicción de los síntomas de depresión en el T2	107
Figura 7. Los esquemas de orientación a los demás como moderadores del impacto de las inferencias sociales en la predicción de los síntomas de depresión en el T2	108
Figura 8. Los esquemas de orientación a los demás como moderadores del impacto de las inferencias de rendimiento en la predicción de los síntomas de depresión en el T2	109
Figura 9. Modelo estructural estimado para las inferencias negativas como mediadoras en la asociación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de depresión.....	113

RESUMEN

La presente Tesis Doctoral, titulada “Contribuciones conjuntas del modelo de terapia de esquemas y de la teoría de desesperanza en la depresión en adolescentes”, surge del proyecto de investigación Desarrollo de Depresión en Adolescentes: Contribuciones desde la Perspectiva Transaccional de la Vulnerabilidad Cognitiva y Diferencias de Género, liderado por la Dr. Esther Calvete Zumalde y financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

La investigación empírica presentada en la Tesis Doctoral se basa en dos trabajos independientes, no excluyentes y relacionados entre sí, que pretenden abordar la etiología de la depresión en jóvenes adolescentes. Inicialmente, se presenta una revisión del modelo de terapia de esquemas y de la teoría de la desesperanza, así como, de la evidencia empírica disponible en cada modelo. Dicha revisión sirve como conexión y sustento del objetivo principal de la tesis doctoral, examinar la contribución conjunta de dos factores cognitivos propuestos por ambas teorías, los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas, en la predicción de síntomas de depresión en adolescentes. En primer lugar, se analizó un enfoque de interacción y, en segundo lugar, un enfoque de mediación entre las variables del estudio. En la investigación participaron un total de 982 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años, de diferentes centros educativos de la provincia de Vizcaya, España. Los resultados obtenidos en el primer trabajo indican que existen interacciones significativas entre los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás y las inferencias negativas tanto sociales como de

rendimiento. En este estudio no se encontraron interacciones significativas entre los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento e inferencias negativas. Finalmente, los resultados del segundo trabajo señalan que las inferencias negativas relativas a estresores sociales median la relación prospectiva entre los esquemas interpersonales - esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás - y los síntomas de depresión. La asociación entre los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento y los síntomas de depresión no estuvo mediada por las inferencias negativas relativas a estresores de rendimiento. Los resultados encontrados permiten concluir que la integración de los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas contribuye a la aparición de los síntomas de depresión en jóvenes.

1. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En la actualidad la existencia de la depresión en adolescentes es un hecho científicamente reconocido. Es más, en los últimos años, la depresión en niños, niñas y adolescentes ha alcanzado tasas sin precedentes, disparándose hasta proporciones epidémicas en las culturas occidentales (Abela y Hankin, 2008) y convirtiéndose así en un problema de salud pública importante.

Las graves repercusiones de este trastorno radican tanto en el impacto insidioso que tiene sobre el funcionamiento académico (Bernarás, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y De Las Cuevas, 2013) y el desarrollo psicosocial de los adolescentes (Rudolph, 2008), como en el riesgo vital que conlleva, ya que la depresión se asocia a un mayor riesgo de ideación y conductas suicidas, abuso de sustancias, enfermedades médicas, así como, a otros trastornos de índole mental (Kapornai y Vetro, 2008). Además, su relevancia se intensifica si consideramos la vivencia subjetiva de sufrimiento que la persona con depresión experimenta.

1.1. Definición y criterios diagnósticos de la depresión

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda en su quinta, y vigente edición (DSM-V), el uso de los criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia en todos los grupos de edad (ver Tablas 1 y 2), con algunas matizaciones para el diagnóstico de ambos trastornos en los periodos de la infancia y la adolescencia. En primer lugar, en el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor, lo que en la vida adulta se manifiesta como un

estado de ánimo deprimido, en la infancia y en la adolescencia puede manifestarse como irritación; y en segundo lugar, en la infancia se considera el fracaso para el aumento del peso esperado, en lugar de la pérdida o el aumento de peso per se. En cuanto al diagnóstico de la Distimia, por un lado, al igual que en el Trastorno Depresivo Mayor, el estado de ánimo deprimido puede ser sustituido por irritación y por otro lado, la duración del estado de ánimo deprimido o irritación requerida es menor que en los adultos, concretamente de un año en lugar de dos.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos Trastorno de Depresión Mayor según DSM-V

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

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y niñas y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños y las niñas, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas

suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo).
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los criterios A – C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Tabla 2. Criterios Diagnósticos Trastorno Depresivo Persistente según DSM-V

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-cuarta edición (DSM-IV). A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y niñas y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.
C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y niñas y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar

continuamente presentes durante dos años.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

1.2. Prevalencia

Kessler y colaboradores (2012) encontraron que las tasas de prevalencia en 12 meses para el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia son del 8,2% en adolescentes con edades entre los 13 y los 17 años. En concreto, en España, Fonseca-Pedrero y colaboradores (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011) encontraron que un 2.5% de una muestra de adolescentes obtuvieron puntuaciones indicativas de gravedad de la sintomatología depresiva. Tras un segundo análisis donde se tuvo en cuenta el punto de corte correspondiente al centil 90, el porcentaje de adolescentes que presentaba sintomatología depresiva ascendió hasta el 7.5% , valor que se encuentra dentro del rangos de prevalencia entre el 4 y el 14% encontrados en estudios previos (Bragado, Carrasco, Sánchez Bernardos, Bersabe y Montsalve, 1995; Del Barrio, 2000). En general, los resultados de estudios epidemiológicos indican que la prevalencia tanto del Trastorno Depresivo Mayor como de la Distimia aumenta

considerablemente con la transición desde la infancia hasta la adolescencia (p. ej., Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Hankin et al., 1998), y que la depresión adolescente predice depresión en la vida adulta tanto en muestras comunitarias (p. ej., Kim-Cohen et al., 2003) como clínicas (p. ej., Harrington, Fudge, Rutter, Pickles y Hill, 1990). Estos datos están basados en diagnósticos de los trastornos depresivos. Sin embargo, los síntomas subclínicos por sí mismos tienen un impacto en el funcionamiento de los jóvenes, e incluso incrementan el riesgo de que experimenten depresión mayor en la vida adulta (p. ej., Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005; Pine, Cohen, Cohen y Brook, 1999). En esta línea, las estimaciones de prevalencia de trastornos depresivos subclínicos, incluyendo depresión menor y depresión no especificada, son generalmente mayores que las de depresión mayor (p. ej., Angold et al., 2002; Costello et al., 2003; González-Tejera et al., 2005). De forma más específica, las investigaciones encuentran que entre el 20 y el 50% de los adolescentes refieren niveles subclínicos de depresión (Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001; Petersen et al., 1993). A pesar de los datos de prevalencia, los niños, niñas y adolescentes son el tipo de población donde se presenta una mayor probabilidad de que la depresión no sea detectada (Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014), debido a las dificultades de su diagnóstico (Méndez et al., 2002).

En respuesta a lo anterior, la investigación sobre la etiología, el curso y el tratamiento de la depresión en jóvenes ha sido objeto de numerosas investigaciones científicas en los últimos años. En concreto, mucha de la investigación empírica sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo asociados tanto con la etiología como con el mantenimiento de la depresión procede de las

teorías cognitivas, las cuales han demostrado ser útiles en la comprensión del desarrollo de la depresión en jóvenes occidentales (Abela y Hankin, 2008). Estas teorías definen la vulnerabilidad cognitiva (diátesis) como una característica interna y estable de la persona que la predispone a desarrollar depresión tras ciertas condiciones ambientales que sirven para activar esa diátesis (Beck, 1967; Ingram y Luxton, 2005; Ingram, Miranda y Segal, 1998). Es decir, según estas teorías, los factores de vulnerabilidad cognitiva preceden temporalmente la aparición de la depresión. A pesar de que se han identificado diferentes factores cognitivos relacionados con la depresión, los esquemas cognitivos (Beck, 1967) y las inferencias negativas (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) han sido dos de los más estudiados. Más aún, existe una cantidad considerable de literatura científica acerca de la relación predictiva de estos factores con la depresión adolescente. No obstante, los resultados de los estudios realizados hasta la fecha dejan constancia de diversos interrogantes que necesitan ser respondidos para avanzar en la comprensión del trastorno que según la Organización Mundial de la Salud es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y la tercera causa principal de muerte en los jóvenes (WHO, 2012).

2. EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK

A partir de observaciones clínicas y de investigaciones experimentales, Beck (Beck, 1963, 1964, 1967) desarrolló un primer boceto del modelo cognitivo de la depresión, donde destacó el rol del pensamiento negativo como característica principal de este trastorno. En este trabajo inicial, Beck propuso un sistema jerárquico de las cogniciones, donde distinguió entre las cogniciones superficiales, y las estructuras cognitivas subyacentes (Beck, 1967, 1976). En el nivel más superficial se encontrarían los pensamientos automáticos, mientras que en el nivel más profundo estarían tanto los supuestos subyacentes como los esquemas cognitivos o las creencias profundas. Con el objetivo de explicar la esencia psicológica de la depresión, Beck (Beck, 1967, 1976) propuso tres conceptos cognitivos que difieren en su nivel de conciencia y accesibilidad: la *triada cognitiva*, los *errores cognitivos* y, por último, los *esquemas cognitivos*.

2.1. La triada cognitiva

Beck (Beck, 1967, 1976) señala que la *triada cognitiva* está compuesta por tres patrones cognitivos que instigan a la persona deprimida a considerarse a sí misma, sus experiencias vitales y su futuro de una forma característica. En concreto, la persona deprimida posee una concepción negativa de sí misma, realiza una interpretación negativa de las propias experiencias vitales y, por último, posee una visión negativa acerca del futuro.

2.2. Los errores cognitivos

Los *errores cognitivos*, también denominados errores en el procesamiento de la información, están presentes en el pensamiento de la persona deprimida y confirman la validez de sus conceptos negativos, lo cual les hace ser menos susceptibles al cambio incluso cuando existe evidencia contradictoria (Beck, 1963, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). A continuación, se enumeran estos errores y se describen las características propias de cada uno de ellos:

- a. Inferencia arbitraria: Concluir de forma negativa en ausencia de evidencia o cuando la evidencia disponible contradice dicha conclusión.
- b. Abstracción selectiva: Al considerar una experiencia seleccionar aquel fragmento del contexto que refuerza los pensamientos depresivos e ignorar partes más relevantes que los invaliden.
- c. Generalización excesiva: Extraer una conclusión de carácter negativo a partir de uno o varios hechos negativos que han tenido lugar de forma aislada, y referir esa conclusión tanto con hechos coherentes como incoherentes.
- d. Maximización y minimización: Se trata de un error que la persona deprimida comete a la hora de evaluar la magnitud o la significación; mientras que en la maximización se exagera el tamaño o la importancia, en la minimización se atenúa de forma desproporcionada.
- e. Personalización: Hace referencia a la tendencia que las personas deprimidas poseen para atribuirse a sí mismas fenómenos externos sin una base firme que permita realizar tal conexión.
- f. Pensamiento absolutista, dicotómico: Implica una tendencia a clasificar en base a una o dos categorías opuestas, como por ejemplo, leal o desleal.

Las cualidades personales son clasificadas en las categorías del extremo negativo.

2.3. Los esquemas cognitivos

Finalmente, Beck (1983) define los *esquemas cognitivos* como aquellas creencias desarrolladas a partir de experiencias tempranas que contienen conocimiento acerca de cómo es el mundo, las relaciones con los demás y la propia persona. En concreto, este autor señaló la posibilidad de que los esquemas involucrados en la depresión impliquen creencias relacionadas con la deficiencia personal, la autoinculpación y las expectativas negativas (Beck, 1967). Eventos negativos específicos activarían estos esquemas que, una vez activados, dirigirían la actividad cognitiva tanto del procesamiento cognitivo de los eventos externos como de los pensamientos automáticos (Beck, 1964). Beck describe los conceptos de sociotropía y autonomía como factores de vulnerabilidad que predisponen a que las personas se depriman ante determinados tipos de eventos. Por un lado, las personas caracterizadas por la sociotropía son descritas como socialmente dependientes, es decir, otorgan un gran valor a las relaciones interpersonales estrechas, enfatizando la aceptación, el amor, la intimidad, el apoyo y la orientación por parte de los demás. Por otro lado, las personas autónomas sobrevaloran el funcionamiento independiente, la movilidad, la libertad, la elección y el logro (Beck, 1983, 1987).

3. LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS

Jeffrey Young, discípulo de Aaron Beck (Young y Beck, 1985) y director de formación en el Centro de Terapia Cognitiva de Filadelfia a comienzos de 1980, desarrolló la terapia centrada en los esquemas (Young, 1999; Young, Klosko y Weishaar, 2003). Esta forma de psicoterapia está orientada al tratamiento de pacientes con problemas caracterológicos crónicos que no respondían, o recaían, con la terapia cognitivo-conductual tradicional, como por ejemplo los pacientes con trastornos de la personalidad (p. ej., límite, narcisista, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo e histérico) y dificultades psicológicas crónicas subyacentes a los trastornos o problemas de atención clínica del Eje I (p. ej., depresión y ansiedad crónica, trastornos de la conducta alimentaria, relaciones destructivas, antiguas dificultades en el mantenimiento de relaciones íntimas satisfactorias, delincuentes criminales, abuso psicológico y físico, dolor crónico, abuso de sustancias, pánico, soledad, desempeño laboral inadecuado y trastornos somatomorfos tales como las úlceras o el insomnio).

Este tipo de pacientes hace alusión a problemas que son imprecisos, crónicos y sin desencadenantes específicos; poseen un sistema de creencias y conductas disfuncionales muy resistente y rígido, e incluso aquellas personas que son capaces de reconocer dicho sistema mantienen un sentimiento de desesperanza en relación al cambio; son tendentes a la evitación de cogniciones (evitación cognitiva) y emociones (evitación afectiva) conectadas a sus problemas, así como de las conductas y situaciones necesarias para su mejora; presentan dificultades interpersonales; y, o bien encuentran difícil participar en

una relación terapéutica de colaboración, o su motivación está especialmente dirigida a obtener apoyo y consuelo por parte del o de la terapeuta, más que para aprender estrategias útiles para abordar sus problemas. Todos estos atributos psicológicos quebrantan los principios de la terapia cognitivo-conductual tradicional, y, por lo tanto, dificultan su éxito terapéutico (McGinn y Young, 1996, Young, 1999, Young et al., 2003).

3.1. Desarrollo y características de la terapia centrada en los esquemas

La terapia centrada en los esquemas es una adaptación y extensión del enfoque de terapia cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979). Además, esta terapia integradora combina elementos procedentes de otras escuelas de terapia, como por ejemplo, de la escuela conductual, constructivista, gestáltica, psicoanalítica, psicodinámica, etc.

A diferencia de la terapia cognitiva, la terapia centrada en los esquemas está orientada a abordar aspectos caracterológicos crónicos de los trastornos, especialmente dificultades en las relaciones, baja autoestima y problemas profesionales, en lugar de síntomas psiquiátricos agudos (p. ej., depresión mayor). Asimismo, la terapia centrada en los esquemas pone mayor énfasis en la exploración de los orígenes durante la infancia y la adolescencia de los problemas psicológicos, en técnicas emotivas, en la relación terapeuta-paciente y en los estilos de afrontamiento disfuncionales. Dado que los pacientes con problemas caracterológicos crónicos muestran mayor resistencia al cambio, es probable que la duración de este tipo de intervención terapéutica resulte ser más prolongada que la de la terapia cognitiva, y frecuentemente es utilizada

empleando numerosas modalidades de tratamiento, tales como estrategias cognitivas, conductuales, afectivas (experienciales), interpersonales y/o farmacológicas.

3.2. Teoría clínica de esquemas

Basándose en el modelo cognitivo de la depresión (Beck et al., 1979) y en el trabajo realizado dentro de este modelo, Young y colaboradores propusieron cuatro constructos teóricos para explicar su teoría: *esquemas disfuncionales tempranos*, *dominios de esquemas*, *estilos de afrontamiento y respuestas disfuncionales*, y, por último, *modos de esquemas* (Young, 1999; Young et al., 2003).

3.2.1. Esquemas disfuncionales tempranos y dominios de esquemas

Young (1999) acuñó el término *esquemas disfuncionales tempranos* (a lo largo del presente capítulo, los términos esquemas disfuncionales tempranos y esquemas se utilizan indistintamente) para referirse a patrones disfuncionales, estables y duraderos, compuestos de emociones, recuerdos, cogniciones y sensaciones corporales, que constituyen el nivel más profundo de la cognición. A diferencia del concepto de esquemas descrito por Beck, el concepto de esquemas disfuncionales tempranos es más elaborado y engloba tanto las creencias fundamentales como los supuestos cognitivos o supuestos personales descritos en el modelo cognitivo de la depresión (Beck et al., 1979).

Los esquemas disfuncionales tempranos determinan la forma de procesar las experiencias posteriores y, por lo tanto, pueden estar activos o latentes de acuerdo a la presencia o ausencia, respectivamente, de un evento en el entorno que sea relevante al esquema particular. Asimismo, los esquemas pueden operar

de forma múltiple, especialmente en pacientes crónicos (Wills y Sanders, 1997; Young, Klosko y Beck, 2001). Como resultado de la activación, la persona experimenta pensamientos disfuncionales junto con altos niveles de afecto negativo (p. ej., ansiedad, tristeza, vergüenza, culpabilidad y/o ira).

Estos patrones disfuncionales parecen desarrollarse durante los primeros años de la vida de la persona, en concreto, a lo largo de las etapas de la infancia y la adolescencia. La interacción entre el temperamento innato de la persona y el efecto acumulativo de las experiencias disfuncionales con su entorno, especialmente con sus progenitores, dan lugar a la insatisfacción de necesidades emocionales básicas que, en última instancia, originan estos esquemas (McGinn y Young, 1996; Young, 1999; Young et al., 2003). Estos autores postulan las necesidades de apego seguro a los demás, la autonomía, competencia y sentimiento de identidad, la libertad de expresión de necesidades y emociones válidas, la espontaneidad y juego, y, por último, los límites realistas y auto-control, como las cinco necesidades universales que de no ser cubiertas darían lugar a diferentes esquemas disfuncionales tempranos. Por ello, cada uno de los 18 esquemas identificados se encuentra clasificado en uno de los cinco *dominios de esquemas* descritos por estos autores, en base a la necesidad de desarrollo de la infancia que al no ser satisfecha los ha originado (McGinn y Young, 1996; Young, 1999; Young et al., 2003).

A continuación se detallan los cinco dominios de esquemas (p. ej., desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, límites deteriorados, orientación a los demás y sobrevigilancia e inhibición) y se enumeran y describen los esquemas disfuncionales tempranos contenidos en cada uno de ellos.

Dominio I: Desconexión y rechazo

La conexión hace referencia al sentimiento que una persona posee de estar relacionada con otras personas de forma estable, duradera y confiable. Han sido descritas dos formas de relación; por un lado, una que implica estrechos vínculos emocionales y, por otro lado, una segunda que conlleva un sentimiento de pertenencia y ajuste en un grupo de familia, amistades, y comunidad (Young, 1999; Young et al., 2001). Por otro lado, la aceptación supone sentirse digno del amor, la atención y el respeto de otras personas. Para llegar a desarrollar los sentimientos de conexión y aceptación, los niños y niñas necesitan sentirse cuidados, comprendidos y respetados tanto por parte de los progenitores como por parte de sus hermanos y hermanas, así como un ambiente familiar carente de peleas excesivas. Asimismo, resulta necesario que durante la infancia y la adolescencia, las personas posean experiencias positivas de socialización con sus iguales tanto de forma individual como en grupos.

Sin embargo, cuando las familias de origen se caracterizan por ser inconsistentes, abusivas, frías, rechazadoras, o por estar aisladas del mundo exterior, los niños y niñas son propensos a desarrollar los esquemas de abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional, imperfección y vergüenza y aislamiento social y alienación. Como resultado del desarrollo de estos esquemas, las personas son incapaces de formar apegos seguros y gratificantes con otras personas.

Las personas con el esquema de **abandono e inestabilidad** poseen la creencia de que las personas significativas no serán capaces de continuar proporcionando apoyo emocional, conexión, fuerza o protección debido a que son emocionalmente inestables (p. ej., madre deprimida), impredecibles (p. ej.,

tienen ataques de ira), poco fiables, están presentes de forma errática, morirán inminentemente o abandonarán permanentemente a la persona por alguien mejor (McGinn y Young, 1996; Young, 1999; Young et al., 2003).

Las personas con el esquema de **abuso y desconfianza** poseen la creencia de que, dada la oportunidad, serán abusadas, burladas, dañadas físicamente, humilladas, engañadas, manipuladas o aprovechadas por otras personas, incluso por las más cercanas, de forma intencional o como resultado de una negligencia injustificada y extrema.

Las personas con el esquema de **privación emocional** poseen la creencia de que las propias necesidades de apoyo emocional nunca serán satisfechas de forma adecuada por otras personas. Las tres formas de privación identificadas son, la privación de cuidados (p. ej., ausencia de atención, afecto, calidez y compañía), la privación de empatía (p. ej., falta de escucha, comprensión, auto-revelación e intercambio mutuo de sentimientos con los demás), y, por último, la privación de protección (p. ej., ausencia de fuerza u orientación de los demás).

Las personas con el esquema de **imperfección y vergüenza** albergan la creencia de que son malas, no deseadas, inferiores, sin valor, o defectuosas, tanto internamente (p. ej., deseos sexuales inaceptables) como exteriormente (p. ej., aspecto físico poco atractivo) en aspectos importantes, o que no serían dignas del aprecio por parte de las personas significativas si se muestran tal y como son. Este esquema puede incluir hipersensibilidad a la crítica, al rechazo y a la culpa.

Las personas con el esquema de **aislamiento social y alienación** experimentan sentimientos tales como aislamiento y falta de ajuste y pertenencia a un grupo social fuera de la familia. En muchas ocasiones, este esquema no se muestra en situaciones íntimas donde, por el contrario, la persona se encuentra bastante cómoda y posee las habilidades sociales necesarias, lo cual dificulta su detección. Sin embargo, resulta llamativa la gran ansiedad que sienten y lo reservadas que se muestran en aquellos contextos en los que hay gente desconocida o poco cercana (p. ej., fiestas, clases, etc.). La impaciencia a la hora de buscar un lugar donde sentirse integradas y aceptadas es un rasgo que las caracteriza.

Las personas con esquemas de abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional, imperfección y vergüenza y/o aislamiento social y alienación son frecuentemente las más dañadas, especialmente aquellas que poseen alguno de los cuatro primeros esquemas.

Dominio II: Autonomía deteriorada y rendimiento

La autonomía es la habilidad que posee una persona para romper la relación de dependencia con sus progenitores y funcionar de forma exitosa e independiente en su vida diaria comparable al resto de personas de su misma edad. Para adquirir y desarrollar dicha habilidad, resulta necesario que los progenitores estimulen a los niños y niñas a funcionar de forma independiente, valoren sus decisiones y juicios, y les hagan sentir que son personas saludables, robustas y competentes en un mundo relativamente seguro.

Sin embargo, los progenitores de las personas con esquemas de dependencia e incompetencia, vulnerabilidad al daño o enfermedad, apego y

fracaso, se caracterizan por ser sobreprotectores o, con menor frecuencia, por no enseñar las habilidades necesarias para funcionar de forma autónoma. Estas personas desarrollan una visión negativa acerca de sí mismas y de su entorno y, como consecuencia, no son capaces de forjar sus propias identidades, establecer sus propias metas personales, así como, dominar las habilidades necesarias para ello.

Las personas con el esquema de **dependencia e incompetencia** consideran que carecen de la autonomía y de las habilidades necesarias para hacer frente a las actividades cotidianas y a las responsabilidades de una forma competente y sin ayuda considerable por parte de los demás (p. ej., cuidado personal). Estas personas frecuentemente se presentan como indefensas y buscan figuras de apoyo fuertes de las que depender.

Las personas con el esquema de **vulnerabilidad al daño o enfermedad** poseen el temor exagerado y no realista de que prontamente un suceso negativo de origen médico (p. ej., contraer una enfermedad temible), psicológico (p. ej., sufrir una crisis de pánico), delictivo (p. ej., ser víctima de un atraco), financiero (p. ej., experimentar una ruina económica) y/o natural (p. ej., vivir un terremoto) tendrá lugar de forma inesperada en sus vidas, y de que carecen de los recursos necesarios para evitarlo o afrontarlo una vez esté presente. Es decir, por un lado se exagera el riesgo de peligro y por otro lado se minimiza la propia capacidad de afrontar dicho riesgo.

Las personas con el esquema de **apego** presentan una implicación emocional excesiva con una o más personas significativas para sobrevivir, funcionar o ser feliz, deteriorando tanto la identidad individual de la persona como su desarrollo social.

Las personas con el esquema de **fracaso** poseen la creencia de que han fracasado o fracasarán de forma inevitable en áreas de rendimiento (p. ej., escuela, carrera profesional, deporte, etc.) debido a que son deficientes en comparación con sus iguales (p. ej., poca inteligencia).

Dominio III: Límites deteriorados

Las personas con límites realistas poseen la capacidad de instruirse a sí mismas para poder controlar, en un grado adecuado, sus propios impulsos y considerar las necesidades de los demás. Para que el niño o niña desarrolle este tipo de capacidad, resulta necesario proporcionarle un ambiente que se caracterice por la confrontación apropiada, la disciplina y los límites en relación con asumir la responsabilidad, cooperar de manera recíproca y el establecimiento de metas.

Sin embargo, las personas con esquemas de grandiosidad y auto-control y auto-disciplina insuficiente típicamente crecieron en familias no direccionales, permisivas y muy indulgentes que las elogiaban excesivamente por sus logros y donde el sentimiento de superioridad frente a otras personas estaba presente. Este contexto probablemente no impulsó que el niño o la niña tolerase cierta frustración y que se le proporcionase una supervisión y orientación adecuada. Como resultado, estas personas carecen de los límites internos adecuados necesarios para contener sus impulsos, respetar los derechos de los demás, cooperar, asumir el mantenimiento de compromisos y/o establecer y satisfacer objetivos personales realistas a largo plazo. Estas personas frecuentemente se presentan como egoístas, mimadas, irresponsables o narcisistas.

Las personas con el esquema de **grandiosidad** poseen la creencia fundamental de que la propia persona es superior en comparación al resto de personas y, por lo tanto, posee derechos y privilegios especiales y no debe seguir las normas de reciprocidad que guían la interacción social normal.

Las personas con el esquema de **auto-control y auto-disciplina insuficiente** pueden mostrar un énfasis exagerado en la evitación del dolor, la confrontación, la responsabilidad y el sobreesfuerzo, en definitiva del malestar. En su forma más grave este esquema se caracteriza por una incapacidad o rechazo a ejercer suficiente auto-control y tolerancia a la frustración con el fin de alcanzar objetivos personales o de regular la expresión de las propias necesidades e impulsos.

Dominio IV: Orientación a los demás

La auto-orientación es la tendencia a otorgar prioridad a la satisfacción de las propias necesidades y emociones. Para posibilitar que los niños y las niñas desarrollen esta tendencia resulta necesario que los progenitores les animen a expresar sus propias necesidades y emociones de forma adecuada y a actuar sobre ellas sin represalias tales como restricciones indebidas, castigos o retirada de apoyo.

En cambio, los progenitores de personas con esquemas en el dominio de orientación a los demás frecuentemente valoran sus propias necesidades emocionales, deseos y la aceptación y el estatus social más que las necesidades y sentimientos de sus hijos e hijas. Además, estos progenitores son propensos a mostrar una aceptación condicional que implica que sus hijos e hijas deben suprimir aspectos importantes de sí mismas para lograr la atención, el amor y la

aceptación. Como resultado, las personas con esquemas en este dominio otorgan gran importancia a la satisfacción de las necesidades emocionales y deseos de los demás y, con frecuencia, carecen y suprimen la conciencia de sus propias necesidades y preferencias. De este modo, las personas con esquemas de subyugación, auto-sacrificio y necesidad de aprobación y reconocimiento persiguen obtener la aprobación y el amor de sus progenitores, mantener el propio sentimiento de conexión emocional, evitar represalias y aliviar el dolor de los demás.

Las personas con el esquema de **subyugación** se someten a los deseos, opiniones y sentimientos de los demás con el objetivo de evitar la ira, la venganza o el abandono.

Las personas con el esquema de **auto-sacrificio** se esfuerzan por cumplir las necesidades cotidianas de los demás, en detrimento de su propia gratificación, con el objetivo de evitar causar dolor en esas personas, evitar el sentimiento de culpabilidad, aumentar la autoestima o mantener la conexión emocional con aquellas personas que perciben como necesitadas. Este esquema frecuentemente es el resultado de una aguda sensibilidad ante el sufrimiento ajeno. En ocasiones conduce a una sensación de que las necesidades personales no se están cumpliendo de forma adecuada y puede provocar sentimientos de resentimiento hacia aquellas personas a las que están atendiendo.

Las personas con el esquema de **necesidad de aprobación y reconocimiento** otorgan un énfasis excesivo a la obtención de la aprobación, el reconocimiento o la atención por parte de otras personas en detrimento del desarrollo de un sentido seguro y genuino de sí mismas. La autoestima de estas personas depende principalmente de las reacciones de los demás más que de las

propias inclinaciones naturales. En ocasiones, estas personas muestran un énfasis excesivo en el estatus social, la apariencia, la aceptación social, el dinero o el éxito como medios para la obtención de la aprobación, la admiración o la atención. Como consecuencia, estas personas toman decisiones vitales importantes que no son auténticas ni satisfactorias, o se muestran hipersensibles al rechazo (McGinn y Young, 1996; Young, 1999; Young et al., 2003). Este esquema estaría relacionado con el esquema de sociotropía descrito por Beck y explicado en el apartado anterior.

Dominio V: Sobrevigilancia e inhibición

Resulta saludable que los niños y las niñas expresen sentimientos, impulsos y elecciones propias con espontaneidad. Para ello los progenitores deben animar a sus hijos e hijas a que expresen estos aspectos, así como apreciar el valor del placer, la alegría, el juego y la relajación.

Sin embargo, la exigencia, la severidad, la rigurosidad, la represión o la tendencia al castigo, son características que describen a los progenitores de personas con esquemas de negatividad y pesimismo, inhibición emocional, normas inalcanzables y castigo. Estos progenitores otorgan gran énfasis al rendimiento, el auto-control, el deber, el perfeccionismo, el seguimiento de reglas, la ocultación de emociones, la abnegación y la evitación de errores, lo cual les lleva a estar constantemente atentos a la posibilidad de que sus hijos e hijas cometan errores o no cumplan las expectativas. Dado que los niños y las niñas sienten que la única forma de conseguir el amor de sus progenitores es logrando un nivel extremadamente alto, se esfuerzan por cumplir con las expectativas sobre el rendimiento y el comportamiento ético y con las normas internalizadas y rígidas, además de intentar suprimir sus sentimientos

espontáneos, impulsos y elecciones para evitar cometer errores. Todo ello a expensas de la felicidad, la auto-expresión, la relajación, el placer, la intimidad o la salud. Estas personas frecuentemente transmiten una sensación de pesimismo y preocupación a que sus vidas puedan derrumbarse si ellas fracasan.

Las personas con el esquema de **negatividad y pesimismo** se caracterizan por una atención crónica a aspectos negativos de la vida tales como el dolor, la muerte, la pérdida, el conflicto, la decepción, la traición, la culpa, el resentimiento, los problemas no resueltos, los errores potenciales, las cosas que podrían salir mal, etc., a la vez que se minimizan o desatienden los aspectos positivos. Las personas con este esquema por un lado muestran una expectativa exagerada de que las cosas saldrán mal en una diversidad de situaciones laborales, financieras e interpersonales que habitualmente son percibidas como controlables, o de que aquellas cosas que parecen ir bien acabarán derrumbándose y, por otro lado, un miedo excesivo a cometer errores que den lugar a problemas en este tipo de situaciones. Por consiguiente, estas personas frecuentemente se caracterizan por una preocupación crónica, la vigilancia excesiva, el pesimismo, la aprensión, las quejas o la indecisión.

Las personas con el esquema de **inhibición emocional** muestran un control excesivo de sus acciones espontáneas, sentimientos y comunicación, especialmente en las siguientes áreas: a) contención de la ira y la agresividad; b) orden y planificación compulsiva; c) contención de impulsos positivos; d) atención excesiva a la rutina y a los rituales; e) dificultad para expresar la vulnerabilidad o comunicar libremente los sentimientos, los deseos, etc.; y, f) énfasis excesivo en la racionalidad sin prestar atención a las necesidades

emocionales. El objetivo es o bien crear un sentimiento de seguridad y predictibilidad, o bien la evitación de errores, la crítica, la desaprobación o la pérdida de control de los impulsos.

Las personas con el esquema de **normas inalcanzables** albergan la creencia de que deben esforzarse para cumplir altos estándares internalizados de conducta y rendimiento, con el objetivo de evitar las críticas, la desaprobación o la vergüenza. Esta creencia provoca un sentimiento de presión, así como una crítica desmesurada hacia las personas, tanto a una misma como al resto, que, a su vez, puede ocasionar un deterioro en aspectos tales como la autoestima, la experiencia de placer, las relaciones satisfactorias, la relajación, la salud y el sentimiento de logro. Estas normas inalcanzables suelen presentarse como a) perfeccionismo, b) reglas rígidas y “deberías” en muchas áreas de la vida o c) preocupación con respecto al tiempo y la eficiencia.

Las personas con el esquema de **castigo** encierran la creencia de que las personas deben ser duramente castigadas por cometer errores, y son tendentes al castigo, al enojo, la impaciencia y la intolerancia cuando no se satisfacen sus propias expectativas o normas. Además, estas personas presentan dificultades a la hora de perdonar los errores, tanto los propios como los ajenos, debido a su incapacidad para considerar las circunstancias atenuantes, para aceptar la imperfección humana o para tener en cuenta las intenciones.

Young et al. (2003) señalaron que, si bien es cierto que aquellos esquemas desarrollados a edades más tempranas y que son fundamentales para las construcciones que la persona realiza sobre sí misma y el entorno (p. ej., esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y autonomía deteriorada y rendimiento) representan creencias incondicionales (p. ej., del esquema de

abandono e inestabilidad, “No importa cuánto me preocupe o interese por mis parejas, ellas acabarán abandonándome”), y, por lo tanto, más rígidos, los esquemas desarrollados a edades más avanzadas son de naturaleza condicional. En otras palabras, si las personas se subyugan, auto-sacrifican, buscan la aprobación y el reconocimiento, inhiben emociones y se esfuerzan para alcanzar altas expectativas, quizá puedan evitar el resultado negativo, o al menos retrasarlo temporalmente (p. ej., del esquema de auto-sacrificio, “Si yo, tal y como mis progenitores desean, estudio medicina en lugar de enfermería que es lo que realmente me gusta, entonces ellos me seguirán queriendo”). Estos autores señalaron que, aunque no todos, algunos esquemas condicionales frecuentemente se desarrollan como un intento para obtener alivio de los esquemas incondicionales (p. ej., el esquema de subyugación en respuesta al esquema de abandono, “Si yo me someto a aquello que la líder de la clase dice, entonces ella estará conmigo”). No obstante, dado que, en general, resulta imposible satisfacer las demandas de los esquemas condicionales de forma continua, las personas en último término se verán confrontadas con los esquemas centrales.

3.2.2. Estilos de afrontamiento y respuestas disfuncionales

La terapia de esquemas diferencia entre los esquemas disfuncionales tempranos y los *estilos de afrontamiento y respuestas disfuncionales* que las personas utilizan para hacer frente a estos esquemas. Teniendo en cuenta esta diferencia, la teoría desarrollada por Young y colaboradores describe los procesos de los esquemas como aquellas estrategias cognitivas, afectivas y conductuales que permiten a la persona evitar las intensas emociones negativas generadas por los esquemas disfuncionales tempranos (Young, 1999; Young et

al., 2003). No obstante, a través de dichas estrategias se produce un refuerzo de las conceptualizaciones de la persona y, como consecuencia, contribuyen a la perpetuación de estos esquemas. A pesar de que los esquemas permanecen estables a lo largo del tiempo, los estilos de afrontamiento disfuncionales utilizados para un determinado esquema pueden variar de una situación a otra, a lo largo del tiempo y de persona a persona.

Estos autores han descrito tres estilos de afrontamiento denominados: mantenimiento, evitación y compensación. Cuando una persona utiliza el estilo de afrontamiento de **mantenimiento**, selecciona la información de la realidad objetiva que confirma sus esquemas e interpreta las situaciones y se comporta en base a esa información. La **evitación** como estilo de afrontamiento se caracteriza por estrategias que permiten una huida o escape de aquellos pensamientos e imágenes que activarían el esquema. La persona ignora o distorsiona aquella información que es contradictoria con sus patrones disfuncionales. Por último, la **compensación** implica que la persona piense, sienta, se comporte y se relacione de forma contraria a lo esperable tras la adquisición de un determinado esquema.

3.2.3. Modos de esquemas

Por último, Young et al. (2003) utilizan el término *modos de esquemas* para hacer referencia al conjunto de esquemas y operaciones de esquemas característicos que la persona posee activados en un momento determinado. Frecuentemente, los modos de esquemas son activados por aquellos eventos vitales a los cuales la persona es excesivamente sensible, y se manifiestan a través del estado emocional y de las respuestas de afrontamiento. Estos autores

(Young et al., 2003) describen 10 modos de esquemas que clasifican en cuatro grandes categorías: a) modos de niño (niño vulnerable, niño enojado, niño impulsivo-indisciplinado y niño feliz); b) modos de afrontamiento disfuncionales (rendido cumplidor, protector, desconectado-desapegado y progenitor exigente); y, por último, el d) modo de adulto saludable. Si bien es cierto que algunos de estos modos están compuestos principalmente por una agrupación de esquemas mientras que otros lo están por respuestas de afrontamiento, cada uno de estos modos agrupa aquellos esquemas o respuestas de afrontamiento que tienden a activarse juntas. El modo de esquemas activado de una persona varía a lo largo del tiempo y, como consecuencia de este cambio, aquellos esquemas o procesos de esquemas que han permanecido dormidos pasar a activarse, y viceversa. Mientras que algunos modos de esquemas son funcionales, otros implican esquemas específicos u operaciones de esquemas que están disociadas de otros aspectos del yo. Este grado de disociación puede variar a lo largo de un espectro; desde personas que son capaces de experimentar o mezclar más de un modo de forma simultánea, manteniendo un sentimiento de identidad unificado, a otras que no saben de la existencia de otro modo diferente al cual se encuentra activo en ese preciso instante. Este último estado, predominante en pacientes con problemas caracterológicos, da lugar a emociones angustiosas, respuestas de evitación o conductas autodestructivas que se apoderan y controlan el funcionamiento del individuo, en tanto que el primer estado supone un cambio normal del estado anímico en respuesta a la variación de circunstancias. Otra diferencia entre los modos funcionales y los modos de los pacientes con problemas caracterológicos radica en que éstos últimos son más rígidos y, por lo tanto, más resistentes al cambio. Además, el

modo de adulto saludable se activa con menor frecuencia e intensidad en este tipo de pacientes.

3.3. Evidencia empírica del rol de los esquemas disfuncionales tempranos en relación a la depresión

A lo largo de los últimos años, una gran cantidad de investigaciones empíricas han centrado su interés en examinar los esquemas disfuncionales tempranos propuestos por Young y colaboradores como factores de vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Muchas de estas investigaciones se han centrado en investigar la asociación entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas o trastornos depresivos en muestras de adultos (p. ej., Cukor y McGinn, 2006; Glaser, Campbell, Calhoun, Bates y Petrocelli, 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn, Cukor y Sanderson, 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995; Shah y Waller, 2000; Simmons, Cooper, Drinkwater y Stewart, 2006; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002; Wright, Crawford y Del Castillo, 2009).

Tal y como se ilustra en la Tabla 3, los resultados obtenidos en estas investigaciones han proporcionado una fuerte evidencia de que los esquemas disfuncionales tempranos están asociados con niveles más altos de sintomatología depresiva en población adulta. En concreto, las investigaciones tanto con muestra clínica (p. ej., Cukor y McGinn, 2006; Glaser et al., 2002; McGinn et al., 2005; Petrocelli et al., 2001; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002) como no clínica, la mayoría de ellas llevadas a cabo con estudiantes universitarios (excepto Shah y Waller, 2000; Simmons et al., 2006), han

proporcionado evidencia de que algunos de los esquemas disfuncionales tempranos de los cinco dominios identificados por Young están asociados con niveles más altos de síntomas de depresión, abarcando los esquemas de los dominios de: a) desconexión y rechazo (p. ej., Cukor y McGinn, 2006; Glaser et al., 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn et al., 2005; Petrocelli et al., 2001; Schmidt et al., 1995; Shah y Waller, 2000; Simmons et al., 2006; Welburn et al., 2002; Wright et al., 2009), b) autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., Glaser et al., 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn et al., 2005; Petrocelli et al., 2001; Schmidt et al., 1995; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002; Wright et al., 2009), c) límites deteriorados (p. ej., Glaser et al., 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn et al., 2005; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002), d) orientación a los demás (p. ej., Glaser et al., 2002; McGinn et al., 2005; Petrocelli et al., 2001; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002; Wright et al., 2009), y, por último, e) sobrevigilancia e inhibición (p. ej., Glaser et al., 2002; McGinn et al., 2005; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002).

Es de destacar que los estudios anteriormente mencionados son de naturaleza transversal (p. ej., Cukor y McGinn, 2006; Glaser et al., 2002; Harris y Curtin, 2002; McGinn et al., 2005; Petrocelli et al., 2001; Schmidt et al., 1995; Shah y Waller, 2000; Simmons et al., 2006; Welburn et al., 2002; Wright et al., 2009) y que solo recientemente se ha comenzado a estudiar longitudinalmente el rol de los esquemas disfuncionales tempranos (p. ej., Calvete, 2014; Calvete, Orue y Hankin, 2012, 2013, 2015; Cámara y Calvete, 2012; Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela, 2011; Orue, Calvete y Padilla, 2014). Tal y como se ha indicado anteriormente, teóricamente los esquemas disfuncionales tempranos permanecen relativamente latentes hasta ser activados por eventos vitales

negativos en congruencia con cada esquema específico. Es decir, la teoría clínica de esquemas es un modelo diátesis-estrés que propone que algunas personas poseen una vulnerabilidad cognitiva que las predispone a desarrollar depresión cuando son confrontadas por eventos vitales negativos. En esta línea, algunas de las investigaciones longitudinales (ver Tabla 5 y 6) han examinado el rol moderador de los esquemas en la relación predictiva entre los eventos vitales negativos y los síntomas de depresión (p. ej., Calvete et al., 2015; Cámara y Calvete, 2012; Eberhart et al., 2011). A excepción del estudio dirigido por Calvete en una muestra de adolescentes (Calvete et al., 2015), donde no hubo interacciones significativas entre esquemas y estresores, los resultados obtenidos en las otras dos investigaciones con muestras de adultos sugieren que la influencia de los eventos vitales negativos en los síntomas de depresión difiere entre aquellas personas que puntúan alto y bajo en los esquemas de auto-sacrificio, privación emocional y abandono. Asimismo, algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo (p. ej., abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional, imperfección y vergüenza y aislamiento social y alienación), autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., fracaso y vulnerabilidad al daño o enfermedad) y orientación a los demás (p. ej., subyugación) predijeron incrementos en síntomas de depresión de forma aislada, estos últimos de forma marginal.

A pesar del avance del papel que los esquemas disfuncionales tempranos juegan en la depresión, actualmente el conocimiento de la influencia que este factor cognitivo posee en población infantil y adolescente es escaso (ver Tablas 4 y 6). No obstante, tanto los estudios transversales como longitudinales que han utilizado muestras jóvenes sugieren que estos patrones cognitivos y emocionales

disfuncionales también son característicos de la depresión en la adolescencia (p. ej., estudios transversales: Cooper, Rose y Turner, 2005; Lumley y Harkness, 2007; Montazeri, Farsani, Mehrabi y Shakiba, 2013; Rijkeboer y de Boo, 2010; Simmons et al., 2006; estudios longitudinales: Calvete, 2014; Calvete et al., 2012, 2013; 2015; Orue et al., 2014). Estos estudios indican que esquemas de los cinco dominios están asociados con depresión en jóvenes. En concreto, esquemas de los dominios de desconexión y rechazo (p. ej., Cooper et al., 2005; Lumley y Harkness, 2007; Montazeri et al., 2013; Rijkeboer y de Boo, 2010), autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., Cooper et al., 2005; Lumley y Harkness, 2007; Montazeri et al., 2013; Rijkeboer y de Boo, 2010), límites deteriorados (p. ej., Cooper et al., 2005; Montazeri et al., 2013; Rijkeboer y de Boo, 2010), orientación a los demás (p. ej., Calvete et al., 2015; Lumley y Harkness, 2007; Rijkeboer y de Boo, 2010) y sobrevigilancia e inhibición (p. ej., Cooper et al., 2005; Montazeri et al., 2013; Rijkeboer y de Boo, 2010) están asociados a depresión en jóvenes. Por último, los estudios longitudinales indican que los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y autonomía deteriorada y rendimiento predicen síntomas de depresión (p. ej., Calvete et al., 2012, 2015; Orue et al., 2014) independientemente de los niveles de estrés (Calvete et al., 2015). Por lo tanto, se puede concluir que, por un lado, los esquemas disfuncionales tempranos se hayan desarrollados cuando la persona alcanza la adolescencia y, por otro lado, que durante este periodo del desarrollo los esquemas disfuncionales tempranos operan relativamente independientes de los niveles de estrés.

Tabla 3. Resumen de los Estudios Transversales que Examinan la Teoría Clínica de Esquemas en Muestras de Adultos

Estudio	Tipo de muestra	Edad	Medida de esquemas	Medida de depresión	Resultados	Tamaño de la muestra
Cukor y McGinn (2006).	Pacientes con un diagnóstico actual de depresión unipolar o trastorno de ansiedad.	42 años.	YSQ (Young y Brown, 1990).	BDI (Beck y Steer, 1987).	Los esquemas del dominio de desconexión y rechazo estaban significativamente correlacionados con depresión.	48 (mujeres).
Glaser et al. (2002).	Pacientes ambulatorios, muchos de los cuales se quejaban de síntomas de depresión y ansiedad.	28.95 años.	EMSQ-SF (Young, 1994).	Subescala de depresión del SCL-90-R (Derogatis, 1983b). BDI (Beck et al., 1979). Subescala de depresión mayor del MCMI-II (Millon, 1987).	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, límites deteriorados, orientación a los demás y sobrevigilancia e inhibición estaban significativamente correlacionados con el BDI, la subescala de depresión del SCL-90-R y la subescala de depresión mayor del MCMI-II.	141 (90 mujeres y 42 hombres).
Harris y Curtin (2002).	Estudiantes universitarios.	19.3 años.	SQ (Versión de 160 ítems apoyada en la evaluación del SQ de Schmidt et al. (1995).	BDI-II	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento y límites deteriorados estaban correlacionados con los síntomas de depresión.	194 (59,8% mujeres y 60,8% hombres).
McGinn	Pacientes con un	42	YSQ (Young y	BDI (Beck y	Las puntuaciones más altas en	55 (89% mujeres).

et al. (2005).	diagnóstico actual de depresión unipolar o trastorno de ansiedad.	años.	Brown, 1990).	Steer, 1987).	síntomas de depresión se correlacionaron significativamente con elevaciones en los cinco dominios de esquema.	
Petrocelli et al. (2001).	Pacientes ambulatorios.	28.95 años.	YSQ-SF (Young, 1994).	BDI (Beck et al., 1979).	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento y orientación a los demás estaban correlacionados con los síntomas de depresión.	82 (49 mujeres y 33 hombres y 49 mujeres).
Schmidt et al. (1995).	Estudiantes universitarios.	19.2 años.	SQ (Young, 1990; revised 1991).	BDI (Beck et al., 1979; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). La subescala de la SCL-90-R (Derogatis, 1983b).	El SQ estaba significativamente correlacionado con el BDI y la escala de depresión de la SCL-90-R. Algunos de los esquemas de desconexión y rechazo y autonomía deteriorada y rendimiento estaban correlacionados con el BDI.	163.
Shah y Waller (2000).	Pacientes ambulatorios con depresión, rango de edad de 18 a 60 años, y controles comunitarios, rango de edad de 20 a 60.		YSQ (Young, 1994).	BDI (Beck y Steer, 1987).	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, límites deteriorados y orientación a los demás diferenciaron entre las personas con depresión y la muestra control. El esquema de vulnerabilidad al daño o enfermedad medió parcialmente la relación entre	127, 60 pacientes ambulatorios (43 mujeres y 17 hombres) y 67 controles comunitarios (34 mujeres y 33 hombres).

					cuidado paterno deficiente y los síntomas de depresión en la muestra comunitaria. Los esquemas de dependencia e incompetencia, fracaso, vulnerabilidad al daño o enfermedad, inhibición emocional y normas inalcanzables mediaron parcialmente la relación entre cuidado paterno deficiente y los síntomas de depresión en la muestra clínica.	
Simmons et al. (2006).	Madres de adolescentes deprimidas.		SQ-SF (Young, 1998).	BDI (Beck et al., 1961).	No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de madres en las puntuaciones totales en el YSQ-SF. Las madres de las adolescentes deprimidas puntuaron más alto en algunos de los esquemas del dominio de desconexión y rechazo que las madres de las chicas adolescentes controles.	29 (mujeres).
Welburn et al. (2002).	Pacientes con depresión, ideación suicida, estado de crisis, síntomas de ansiedad, trastornos de la personalidad y trastorno de estrés postraumático.		SQ-SF (Young, 1998).	BSI- dimensión de depresión (Derogatis, 1993a).	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, límites deteriorados, orientación a los demás y sobrevigilancia e inhibición correlacionaron significativamente con la	135 (90 mujeres y 45 hombres).

					dimensión de depresión del BSI. Los esquemas de abandono e inestabilidad y auto-control y auto-disciplina insuficiente predijeron significativamente de forma individual depresión.	
Wright et al. (2009).	Estudiantes universitarios.	20.37 años.	YSQ (Young et al., 2003).	TSC-40 (Elliot y Briere, 1992).	Puntuaciones más altas en algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo (p. ej., imperfección y vergüenza), autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., vulnerabilidad al daño o enfermedad) y orientación a los demás (p. ej., auto-sacrificio) estaban correlacionadas a un mayor número de síntomas de depresión.	301 (158 mujeres y 143 hombres).

Nota. YSQ, Young's Schema Questionnaire; BDI, Beck Depression Inventory; EMSQ-SF, Early Maladaptive Questionnaire-Short Form; SCL-90-R, Symptoms Checklist-90-Revised; MCMI-II, Millon Clinical Multiaxial Inventory-II; SQ, Schema Questionnaire; BDI-II, Beck Depression Inventory-II; YSQ-SF, Young Schema Questionnaire-Short Form; SQ-SF, Schema Questionnaire-Short Form; BSI, Brief Symptom Inventory; TSC-40, Trauma Symptom Checklist-40.

Tabla 4. Resumen de los Estudios Transversales que Examinan la Teoría de Esquemas en Muestras de Niños y Niñas y Adolescentes

Estudio	Tipo de muestra	Edad	Medida de esquemas	Medida de depresión	Resultados	Tamaño de la muestra
Cooper et al. (2005).	Adolescentes.		YSQ-SF (Young, 1998).	BDI (Beck y Steer, 1993).	El grupo con altas puntuaciones en la medida de depresión tenían mayores puntuaciones en algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, sobrevigilancia e inhibición y límites deteriorados.	272 (chicas).
Lumley y Harkness (2007).	Adolescentes con depresión (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo no especificado).	15.80 años.	YSQ-SF (Young, 1994).	MASQ (Watson y Clark, no publicado).	Los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento y orientación a los demás estaban significativamente relacionados con los síntomas de anhedonia.	76 (52 chicas y 24 chicos).
Montazeri et al. (2013).	Escolares.	Rango = 11 y 13 años.	SIC (2010).	DSDS_R (Birleson, 1981).	Esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, límites deteriorados y sobrevigilancia e inhibición correlacionaron con depresión. Esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento y sobrevigilancia e inhibición pueden predecir una tasa significativa de depresión (38.4%).	250 (hombres).

Rijkeboer y de Boo (2010).	Comunitaria.	Rango = 8 y 13 años. M = 10.8.	SIC (Rijkeboer y de Boo).	EATQ-R (Ellis y Rothbart, 2001).	Esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento, límites deteriorados, orientación a los demás y sobrevigilancia e inhibición estaban relacionados con el ánimo depresivo.	578 (44% niños).
Simmons et al. (2006).	Adolescentes deprimidas y no deprimidas.	M grupo clínico = 15.9 años. M grupo control = 15.6 años.	SQ-SF (Young, 1998).	MFQ (Costello y Angold, 1988; Kent, Vostanis y Feehan, 1997).	Las chicas deprimidas puntuaron más alto que las chicas no deprimidas en el YSQ, en la puntuación numérica de la mayoría de las subescalas, y se encontraron diferencias en varias subescalas para el porcentaje y número de esquemas clínicamente significativos.	29 (chicas). Grupo clínico: 14. Grupo control: 15).

Nota. YSQ-SF, Young Schema Questionnaire-Short Form; BDI, Beck Depression Inventory; MASQ, Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; SIC, Schema Inventory for Children; DSDS-R, Depression Self-Rating for Children; EATQ-R, Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised; SQ-SF, Schema Questionnaire-Short Form; MFQ, Mood and Feelings Questionnaire.

Tabla 5. Resumen de Estudios Longitudinales que Examinan la Teoría Clínica de Esquemas en Muestras de Adultos

Estudio	Tipo de muestra	Edad	Seguimiento	Medida de esquemas	Medida de estresores	Medida de depresión	Resultados	Tamaño de la muestra
Cámara y Calvete (2012).	Estudiantes universitarios.	M T1 (tiempo 1, T1) = 19.16 años.	5 meses (2 ocasiones de medición).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	LSQ (Wadsworth et al., 2005). La subescala de problemas interpersonales dependientes de la SSQ (Connor-Smith y Compas, 2001).	CES-D (Radloff, 1977).	El dominio de desconexión y rechazo (esquema de privación emocional) predijo significativamente incrementos en síntomas de depresión. Privación emocional x estresores x sexo predijo incrementos en síntomas de depresión en mujeres que poseen bajas, pero no altas, puntuaciones en privación emocional, y en hombres con altas, pero no bajas puntuaciones en privación emocional. Abandono X estresores X sexo	510 en el T1 (331 mujeres y 179 hombres) y 374 en el T2 (249 mujeres y 122 hombres).

							predijo síntomas de depresión en mujeres con altas, pero no bajas, puntuaciones en abandono, y en hombres con bajas, pero no altas, puntuaciones en abandono.	
Eberhart et al. (2011).	Estudiantes universitarias.	21.28 años.	6 semanas (1 vez a la semana).	YSQ-SF (Young, 1998).	GHSS (Blankstein y Flett, 1993).	CES-D (Radloff, 1977).	Algunos de los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo (p. ej., abuso y desconfianza, imperfección y vergüenza y aislamiento social y alienación), autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., fracaso) predijeron incrementos en síntomas de depresión. (Asimismo, los esquemas de privación emocional y subyugación, de los dominios de desconexión y rechazo	118.

							y orientación a los demás respectivamente, predijeron de manera marginal incrementos en síntomas de depresión). Auto-sacrificio x niveles altos de estrés interpersonal dependiente predijo síntomas de depresión.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota. YSQ-SF, Young Schema Questionnaire-Short Form; LQS, Life Stress Questionnaire; SSQ, Social Stress Questionnaire; CES-D, Center for Epidemiological Studies Depression Scale; GHSS, General Hassles Scale for Students.

Tabla 6. Resumen de los Estudios Longitudinales que Examinan el Rol de la Teoría Clínica de Esquemas en Muestras de Infantes y Adolescentes

Estudio	Tipo de muestra	Edad	Seguimiento	Medida de esquemas	Medida de estresores	Medida de depresión	Resultados	Tamaño de la muestra
Calvete (2014).	Adolescentes.	13.43 años.	18 meses (3 ocasiones de medida).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	APES (Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987).	CES-D (Radloff, 1977).	Esquemas disfuncionales tempranos mediaron la asociación entre la victimización de bullying y los síntomas emocionales (depresión y ansiedad).	1052.
Calvete et al. (2012).	Estudiantes.	15.86 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	APES (Compas et al., 1987).	CES-D (Radloff, 1977).	Los esquemas disfuncionales tempranos predijeron incrementos en síntomas de depresión.	1350 (47% chicas y 53% chicos).
Calvete et al. (2013)	Adolescentes.	13.42 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	APES (Compas et al., 1987).	CES-D (Radloff, 1977).	Los esquemas del dominio de desconexión y rechazo predijeron incrementos en síntomas de depresión.	1187 (545 chicas y 642 chicos).
Calvete et al. (2015).	Adolescentes.	13.61 años.	1 año (3 ocasiones de medida).	YSQ-3 (Young, 2006).	ALEQ (Hankin y Abramson, 2002). Versión corta de 45 ítems.	CES-D (Radloff, 1977).	Los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo (abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional e imperfección y vergüenza) y autonomía deteriorada y rendimiento	959 (455 chicas y 504 chicos).

							(vulnerabilidad al daño o enfermedad y fracaso) predijeron síntomas de depresión. EDT x estresores no predijeron síntomas de depresión. El dominio de orientación a los demás estaba correlacionado con síntomas de depresión.	
Orue et al. (2014).	Adolescentes.	13.44 años.	1 año (3 ocasiones de medida).	YSQ-3 (Young, 2006).	-	CES-D (Radloff, 1977).	Los esquemas del dominio de desconexión y rechazo en el T1 predijeron síntomas de depresión en el T3.	1170.

Nota. YSQ-SF, Young Schema Questionnaire-Short Form; APES, Adolescent Perceived Events Scale; CES-D, Center for Epidemiological Studies Depression Scale; YSQ-3, Young Schema Questionnaire-3; ALEQ, Adolescent Life Events Questionnaire.

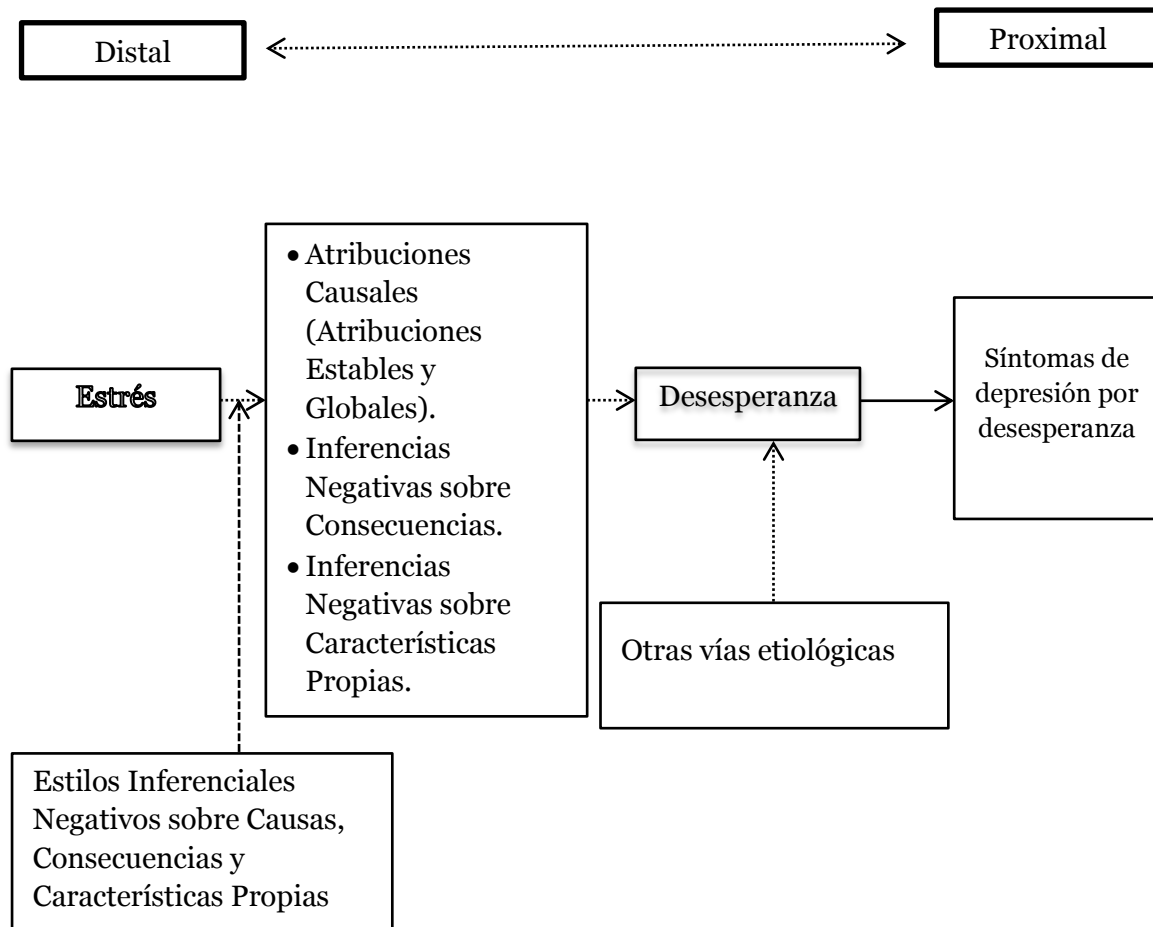
4. LA TEORÍA DE LA DESESPERANZA DE LA DEPRESIÓN

La teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson et al., 1989), cuyo origen se encuentra en la revisión de la teoría reformulada de la indefensión y la depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), describe la cadena etiológica de un subtipo de depresión, la depresión por desesperanza, y, además, especifica los síntomas característicos, el curso y las estrategias terapéuticas y preventivas que es probable que sean efectivas.

4.1. Cadena etiológica de la depresión por desesperanza

Tal y como se muestra en la Figura 1, en la cadena etiológica descrita por Abramson et al. (1989), pueden distinguirse causas contributivas distales y proximales respecto a la distancia en la que operan de los síntomas. La cadena etiológica comienza con la percepción de la ocurrencia de eventos vitales negativos o la no ocurrencia de eventos vitales positivos (estrés), y culmina en una causa proximal suficiente de los síntomas de la depresión por desesperanza, la desesperanza. No obstante, dado que no todas las personas que son confrontadas con eventos vitales negativos desarrollan síntomas de la depresión por desesperanza, esta teoría postula que, de acuerdo con los modelos diátesis cognitiva-estrés (p. ej., Beck, 1967; Ingram y Luxton, 2005), aquellas personas que poseen una vulnerabilidad cognitiva son más propensas a desarrollar los síntomas característicos de este subtipo de depresión (Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel y Peterson, 1982).

Figura 1. Cadena etiológica propuesta por la teoría de la desesperanza de la depresión



Nota. Las flechas con línea continua indican causas suficientes. Las flechas con líneas discontinuas indican causas contributivas.

4.1.1. Causa contributiva distal: el estilo inferencial negativo

En concreto, Abramson et al. (1989) identifican como factor de vulnerabilidad cognitiva el estilo inferencial negativo. Este factor de vulnerabilidad cognitiva está compuesto por la tendencia generalizada a realizar tres tipos de inferencias negativas: 1) inferencias negativas acerca de las causas de determinados eventos vitales negativos o estilo atribucional negativo, 2) inferencias negativas acerca de las consecuencias de dichos eventos, y, por último,

3) inferencias negativas acerca de las características propias una vez ocurridos estos eventos. Por lo tanto, de acuerdo con el componente diátesis cognitiva-estrés de la teoría de la desesperanza (Metalsky et al., 1982), el estilo inferencial negativo, denominado diátesis cognitiva, actúa como un moderador del efecto que los eventos vitales negativos (o la ausencia de eventos vitales positivos) ejercen sobre los síntomas de la depresión por desesperanza. Sin embargo, en ausencia de eventos vitales negativos o en presencia de eventos vitales positivos, aquellas personas vulnerables, es decir, quienes poseen diátesis cognitiva, no deberían ser más proclives a desarrollar síntomas de la depresión por desesperanza que el resto de las personas.

En relación a lo anterior, y de acuerdo con la hipótesis de la vulnerabilidad específica (Abramson, Alloy y Metalsky, 1995), un estilo inferencial negativo en un dominio de contenido particular (p. ej., para eventos relacionados con el logro o el rendimiento), proporciona vulnerabilidad específica a los síntomas de la depresión por desesperanza cuando la persona es confrontada con eventos vitales negativos en el mismo dominio de contenido (p. ej., fracaso académico). Es decir, cuando se da una coincidencia entre las áreas de contenido tanto del estilo inferencial negativo de la persona como del evento vital negativo a la que ésta se ve confrontada, la interacción diátesis cognitiva-estrés contribuye tanto al desarrollo como al mantenimiento de los síntomas de la depresión por desesperanza.

Asimismo, Abramson et al. (1989) no descartan que otros factores tales como factores genéticos, evolutivos o interpersonales, también interactúen con los eventos vitales negativos en la predicción de los síntomas de la depresión por desesperanza.

4.1.2. Causas contributivas proximales: Inferencias negativas acerca de las causas, las consecuencias, y las características propias

El estilo inferencial negativo influye en el contenido de aquellas inferencias relacionadas con las causas, las consecuencias, y las características propias que la persona realiza en relación a un evento determinado.

Dentro de las inferencias causales, se diferencian varias dimensiones: estable-inestable, global-específica e interna-externa. En primer lugar, las causas de los eventos pueden percibirse como estables o inestables en el tiempo. Cuando la ocurrencia de un evento vital negativo se explica a través de una causa que es estable en lugar de inestable en el tiempo, la persona creerá que en un futuro tendrán lugar más eventos vitales negativos. En segundo lugar, la ocurrencia de los eventos negativos puede tener efectos en muchas áreas de la vida de una persona o, por el contrario, puede afectar a una única esfera. Si una persona explica la ocurrencia de un evento vital negativo a través de una causa que posee efectos globales y no por una causa que afecta únicamente a ese evento negativo, la persona esperará que se produzcan eventos negativos en varios ámbitos de su vida. Y, por último, las causas de los eventos pueden ser tanto internas como externas a la persona. Una persona es más propensa a mostrar una baja auto-estima cuando explica la ocurrencia de un evento vital negativo mediante una causa interna en lugar de externa.

Sin embargo, Abramson et al. (1989) concluyeron que las dimensiones estable y global son más relevantes en la predicción de síntomas de depresión por desesperanza que la dimensión interna. De hecho, algunos autores (p. ej., Metalsky, Halberstadt y Abramson, 1987; Metalsky, Joiner, Hardin y Abramson,

1993) restringen el uso del término atribuciones negativas para hacer referencia a las inferencias estables y globales acerca de las causas de los eventos vitales negativos.

Por otro lado, estarían las inferencias negativas acerca de las consecuencias; es decir, la percepción de los eventos vitales negativos como si tuvieran consecuencias catastróficas, y, por otro lado, las inferencias acerca de las características propias. En el caso de este último tipo de inferencia, la persona realiza este tipo de inferencias acerca de su propio valor, habilidades, personalidad, deseabilidad, etc., en relación a eventos vitales negativos que han tenido lugar. Este concepto parece ser central en la descripción realizada por Beck (1967) de los procesos cognitivos involucrados en la depresión.

Una vez que la persona responde a un evento vital negativo realizando este tipo de inferencias, éstas incrementan la probabilidad de desarrollar una creencia de desesperanza, y, por consiguiente, se convierten en causas contributivas proximales de los síntomas de la depresión por desesperanza (Hankin, Fraley y Abela, 2005). Además estas inferencias negativas pueden fortalecer la asociación entre los eventos vitales negativos y los subsiguientes síntomas de depresión (Auerbach y Ho, 2012).

4.1.3. La desesperanza como una causa proximal suficiente de los síntomas de la depresión por desesperanza

En la teoría de la desesperanza, la desesperanza es descrita como la expectativa de que aquellos resultados altamente deseados no se producirán, o por el contrario, de que los resultados altamente aversivos tendrán lugar, junto con la

expectativa de que ninguna respuesta emitida por la persona modificará la probabilidad de ocurrencia de dichos resultados. Dado que la desesperanza es considerada como una causa suficiente, una vez que la desesperanza se desarrolla, la depresión por desesperanza es inevitable según este modelo.

4.1.4. Síntomas de la depresión por desesperanza

La depresión por desesperanza se caracteriza por un único perfil de manifestaciones clínicas (Abramson et al., 1989). Los síntomas primarios que incluye son inicio demorado en las respuestas voluntarias y afecto triste, síntomas de naturaleza motivacional y emocional, respectivamente. El síntoma motivacional proviene de la expectativa de indefensión propia de la desesperanza, mientras que el síntoma emocional procede de la expectativa de resultado negativo y es, probablemente, consecuencia de la expectativa de que el futuro es poco esperanzador.

Dado que algunos autores pioneros (Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Kazdin, French, Unis, Esveltd-Dawson y Sherick, 1983; Minkoff, Bergman, Beck y Beck, 1973; Petrie y Chamberlain, 1983) señalaron que la desesperanza es un factor clave en la ideación suicida y en los intentos serios de suicidio (Kazdin et al., 1983), Abramson et al. (1989) incluyeron ambos indicadores como característicos de la depresión por desesperanza. Asimismo, estos autores sugirieron que ciertos concomitantes del síntoma motivacional, como son la falta de energía, la apatía, el enlentecimiento psicomotor (Beck, 1967), los trastornos del sueño (p. ej., insomnio inicial), y la dificultad de concentración, así como del síntoma emocional, como la exacerbación de las cogniciones negativas (Bower, 1981), también estaban presentes en este subtipo de depresión.

Por último, a partir de los resultados obtenidos en diversos estudios (Crocker, Alloy y Kayne, 1990; Dweck y Licht, 1980; Janoff-Bulman, 1979), Abramson et al. (1989) propusieron la baja autoestima como un síntoma de la depresión por desesperanza cuando el evento que desencadena el episodio es atribuido a una causa interna, estable y global, o cuando la persona infiere características negativas sobre ella misma que ve como importantes para su auto-concepto general y no remediables o susceptibles de cambio.

Mientras que algunos de los síntomas de la depresión por desesperanza (p. ej., ideación suicida, afecto triste) coinciden con el criterio diagnóstico para la depresión mayor en el DSM-V (2014), otros únicamente se superponen parcialmente con los síntomas para la depresión mayor del DSM-V (p. ej., inicio demorado en las respuestas voluntarias). Asimismo, algunos de los síntomas que son incorporados en el criterio diagnóstico para la depresión mayor (p. ej., anhedonia, irritabilidad, culpa, alteraciones del apetito y alteraciones somáticas) no forman parte del conjunto de síntomas de la depresión por desesperanza (Alloy y Clements, 1998).

4.2. Evidencia empírica del rol de las inferencias negativas en relación a la depresión en poblaciones jóvenes

De las teorías cognitivas de la depresión, la teoría de la desesperanza de la depresión, a pesar de que inicialmente fue propuesta para dar explicación al origen de los síntomas de depresión en la vida adulta, ha sido probablemente la que mayor atención empírica ha recibido entre poblaciones jóvenes. Tanto es así que, teniendo en cuenta que un examen preciso de las teorías cognitivas de la depresión implica el uso de diseños prospectivos (Lakdawalla, Hankin y Mermelstein, 2007),

este capítulo revisa exclusivamente una muestra de aquellos estudios longitudinales publicados que examinan la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva en niños y niñas y adolescentes. A modo ilustrativo se recogen en la Tabla 7 un total de 35 estudios. De estos, 14 fueron realizados con niños y niñas de entre 5 y 12 años aproximadamente (p. ej., Abela, 2001; Abela y Payne, 2003; Abela y Sarin, 2002; Abela, McGirr y Skitch, 2007; Bennett y Bates, 1995; Brozina y Abela, 2006; Conley, Haines, Hilt y Metalsky, 2001; Dixon y Ahrens, 1992; Gibb y Alloy, 2006; Hilsman y Garber, 1995; Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1986, 1992; Panak y Garber, 1992; Robinson, Garber y Hilsman, 1995), 15 con muestras de adolescentes de entre 13 y 19 años (p. ej., Abela, 2002; Abela et al., 2011; Abela y Seligman, 2000; Abela, Parkinson, Stolorow y Starrs, 2009; Calvete, 2011a, 2011b; Calvete, Orue y Hankin, 2012, 2013; Calvete, Villardón y Estévez, 2008; Hankin, Abramson y Siler, 2001; Lewinsohn, Joiner y Rohde, 2001; Prinstein y Aikins, 2004; Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 2000; Southall y Roberts, 2002; Spence, Sheffield y Donovan, 2002), y 6 estudios usaron muestras mixtas de niños y niñas y adolescentes (p. ej., Abela y McGirr, 2007; Abela, Skitch, Adams y Hankin, 2006; Hammen, Adrian e Hiroto, 1988; Hankin, 2008; Joiner, 2000; Mezulis, Funasaki, Charbonneau y Hyde, 2010).

La mayor parte de estas investigaciones, especialmente los estudios iniciales, examinaron si los jóvenes con un estilo atribucional negativo son más propensos que el resto de sus iguales a experimentar incrementos en síntomas de depresión tras eventos vitales negativos. Tal y como se puede comprobar en la Tabla 7, varios estudios han proporcionado apoyo total (p. ej., Calvete, 2011b; Calvete et al., 2008; Dixon y Ahrens, 1992; Joiner, 2000; Panak y Garber, 1992; Prinstein y Aikins, 2004; Southall y Roberts, 2002; Spence et al., 2002), mientras

que otros únicamente han proporcionado apoyo parcial (p. ej., Abela, 2001; Abela, 2002; Abela y Seligman, 2000; Brozina y Abela, 2006; Conley et al., 2001; Gibb y Alloy, 2006; Hilsman y Garber, 1995; Nolen-Hoeksema et al., 1986, 1992) o no apoyo (p. ej., Abela y Sarin, 2002; Abela et al., 2001; Bennett y Bates, 1995; Calvete, 2011a; Hammen et al., 1988). Estos estudios, que conceptualizaron la vulnerabilidad cognitiva como la tendencia a realizar inferencias negativas acerca de las causas de los eventos vitales negativos, examinaron en algunos casos las dimensiones interna, estable y global (p. ej., Gibb y Alloy, 2006; Hankin et al., 2001; Hilsman y Garber, 1995; Nolen-Hoeksema et al., 1986, 1992; Prinstein y Aikins, 2004; Robinson et al., 1995; Schwartz et al., 2000; Southall y Roberts, 2002; Spence et al., 2002) y, en otros casos, las dimensiones estable y global, restando importancia a la dimensión interna (p. ej., Conley et al., 2001; Hankin et al., 2001; Joiner, 2000; Lewinsohn et al., 2001).

No obstante, dado que la teoría de la desesperanza indica que la vulnerabilidad cognitiva está compuesta por el estilo inferencial acerca de las causas y las consecuencias de los eventos, así como, sobre las características propias, la tendencia de la investigación posterior fue examinar los tres estilos inferenciales como factores de vulnerabilidad cognitiva a la depresión adolescente (p. ej., Calvete et al., 2008; Hankin, 2008; Mezulis et al., 2010). Al igual que los resultados encontrados con el estilo atribucional, los estudios que examinan los estilos inferenciales negativos también han encontrado resultados mixtos con algunos estudios proporcionando apoyo total (p. ej., Abela et al., 2007; Abela et al., 2006; Calvete, 2011b; Hankin, 2008), parcial (p. ej., Abela, 2001, 2002; Abela y Seligman, 2000; Abela et al., 2011; Brozina y Abela, 2006; Mezulis et al., 2010) o no apoyo (p. ej., Abela y Sarin, 2002; Abela et al., 2007) a estas inferencias como

factores de vulnerabilidad cognitiva. Algunas de estas investigaciones han examinado los estilos inferenciales de causa, consecuencia y self de forma individual (p. ej., Abela, 2002; Abela et al., 2007; Abela y Sarin, 2002; Abela y Seligman, 2000; Brozina y Abela, 2006; Calvete, 2011b), mientras que otras los han examinado utilizando una puntuación compuesta donde la presencia de cada dimensión del estilo inferencial conlleva un mayor riesgo de vulnerabilidad (p. ej., Hankin, 2008; Mezulis et al., 2010). Otro enfoque que también ha sido utilizado para examinar las relaciones entre las diferentes dimensiones que componen el estilo inferencial negativo ha sido el enfoque del eslabón más débil (p. ej., Abela et al., 2009; Abela y McGirr, 2007; Abela, McGirr y Skitch, 2007; Abela y Payne, 2003; Abela y Sarin, 2002). Según este enfoque, la vulnerabilidad que una persona posee a la depresión está determinada por su dimensión más negativa (o eslabón más débil). Una vez más, algunos resultados han proporcionado apoyo total (p. ej., Abela et al., 2007; Abela y Sarin, 2002), otros han proporcionado apoyo parcial (p. ej., Abela y McGirr, 2007; Abela y Payne, 2003, para síntomas de depresión por desesperanza; Abela et al., 2009) y no apoyo (p. ej., Abela y Payne, 2003, para síntomas de depresión general).

A partir de la revisión anterior, existen dos puntos principales que deben ser señalados. En primer lugar, la mayor parte de estos estudios se han llevado a cabo con población comunitaria (p. ej., Abela et al., 2009; Abela et al., 2011; Calvete 2011a, 2011b; Calvete et al., 2008; Mezulis et al., 2010), tres con población de riesgo (p. ej., Abela y McGirr, 2007; Abela et al., 2006; Hammen et al., 1988), donde la muestra estaba compuesta por jóvenes con progenitores enfermos, y uno con población clínica (p. ej., Joiner, 2000).

En segundo lugar, las investigaciones que examinan la hipótesis de la vulnerabilidad específica de la teoría de la desesperanza en la depresión juvenil, aunque escasas, parecen proporcionar apoyo a la hipótesis de que las personas poseen vulnerabilidad cognitiva únicamente en áreas de contenido específico (p. ej., Abela, 2002; Calvete, 2011a; para excepciones ver Abela y Seligman, 2000). En concreto, Abela (2002) encontró que los estilos inferenciales negativos (sobre causa, consecuencia y uno mismo) interactuaron con la baja autoestima para predecir reacciones depresivas duraderas en aquellos estudiantes que habían recibido un resultado negativo de admisión en una universidad. Por su parte, Calvete (2011a) encontró que las inferencias sociales en interacción con estresores sociales predijeron con mayor fuerza los síntomas de depresión (en chicas que en chicos). Estos resultados, coinciden con los obtenidos con muestras de adultos en estudios anteriores (p. ej., Metalsky et al., 1987; Metalsky et al., 1993).

Tabla 7. Resumen de los Estudios Prospectivos que Examinan la Teoría de la Desesperanza de la Depresión en Muestras de Niños y Niñas y Adolescentes

Estudio	Tipo de muestra	Edad	Seguimiento	Medida de inferencias	Medida de estresores	Medida de depresión	Resultados	Tamaño de la muestra
Abela (2001).		Rango = 8 y los 12 años.	1.5 meses.	CCSQ. CASQ.	CLES.	CDI.	La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión a los 12 años, pero no a los 8 años. La interacción estilo inferencial negativo-consecuencias x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión a los 8 y a los 12 años. La interacción estilo inferencial negativo-self x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión en las chicas tanto de 8 como de 12 años,	382.

							pero no en los chicos.	
Abela (2002).	Estudiantes.	M = 17 años.	0.25-2 meses (3 ocasiones de medida).	EASQ (Metalsky y Joiner, 1997). CSQ (Abramson y Metalsky, 1986).	AAQ (Abela, 2002).	Subescala de depresión de la MAACL (Zuckerman y Lubin, 1965).	El estilo atribucional negativo y los estilos inferenciales-consecuencia y self- predijeron respuestas del estado de ánimo depresivo persistentes, pero no inmediatas, a un evento vital negativo.	En T1 y T2: 136 (64 chicos y 72 chicas). En T3: 134.
Abela et al. (2011).	Estudiantes.	Rango = 15 y los 17 años.	6 meses (6 ocasiones de medida).	ACSQ (Hankin y Abramson, 2002).	ALEQ (Hankin y Abramson, 2002).	CES-D (Radloff, 1977).	La interacción estilo inferencial negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión en la muestra urbana pero no en la muestra rural.	Muestra rural: 592 (305 chicos y 287 chicas). Muestra urbana: 558 (248 chicos y 310 chicas).
Abela y McGirr (2007).	Jóvenes con edades entre los 6 y los 14 años con un progenitor afectivamente enfermo	M = 9.8 años.	12 meses (8 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	CHAS (Kanner, Feldman, Weinberger y Ford, 1987).	CDI (Kovacs, 2003).	El eslabón más débil interactuó con fluctuaciones en molestias para predecir incrementos en	140 (69 chicos y 71 chicas).

	(historia de episodio depresivo mayor).						síntomas de depresión en las chicas pero no en los chicos.	
Abela y Payne (2003).	Estudiantes con edades entre los 8 y los 12 años.	M de estudiantes de tercer grado = 8.8 años. M de estudiantes de séptimo grado = 12.8 años.	1.5 (2 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	CHAS (Kanner et al., 1987).	CDI (Kovacs, 1981). Subescala de depresión por desesperanza y subescala de depresión general.	El eslabón más débil x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión por desesperanza en los chicos con baja, pero no alta, auto-estima, y en las chicas con alta, pero no baja, auto-estima. Las interacciones no fueron significativas para los síntomas de depresión general.	314. 130 estudiantes de tercer grado (67 niños y 63 niñas) y 184 estudiantes de séptimo grado (106 chicos y 78 chicas).
Abela y Sarin (2002).	Estudiantes.	M = 12.3 años.	10 semanas (2 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	CLES (Coddington, 1972; Kanner, et al., 1987).	CDI (Kovacs, 1981). Subescala de depresión por desesperanza y subescala	El estilo atribucional negativo y los estilos inferenciales negativos – consecuencias y self- no	79 (16 chicos y 63 chicas).

						de depresión general.	interactuaron con estrés para predecir cambios en síntomas de depresión por desesperanza. El eslabón más débil interactuó con estrés para predecir incrementos en síntomas de depresión por desesperanza. El eslabón más débil no interactuó con estrés para predecir incrementos en síntomas de depresión general.	
Abela y Seligman (2000).	Estudiantes.	M = 17 años.	0.25-2 meses (3 ocasiones de medida).	EASQ (Metalsky et al., 1987). CSQ (Abramson et al., 1986).	AAQ.	MAACL (Zuckerman y Lubin, 1965).	El estilo atribucional negativo y los estilos inferenciales-consecuencia y self- tanto para eventos sociales como para eventos de rendimiento	149 (71 chicos y 78 chicas).

							predijeron respuestas del estado de ánimo depresivo inmediatas, pero no duraderas, a un estresor de rendimiento.	
Abela et al. (2007).	Estudiantes con edades entre los 8 y los 12 años.	M estudiante s de tercer grado = 8.11 años. M estudiante s de séptimo grado = 12.11 años.	1.5 meses (7 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	CLES (Coddington, 1972; Kanner et al., 1987).	CDI (Kovacs, 1981).	El estilo inferencial sobre el self x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión. El estilo atribucional negativo y el estilo inferencial de consecuencias no interactuaron con estrés para predecir incrementos en síntomas de depresión. Eslabón más débil x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión.	382 estudiantes de tercer grado: 230 (121 chicos y 109 chicas). Estudiantes de séptimo grado: 152 (81 chicos y 71 chicas).
Abela et	Estudiantes.	M = 14.13	1.5 meses (2	CASQ	CLES	CDI	Eslabón más	367 (80 chicos y

al. (2009).		años.	ocasiones de medida).	(Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	(Coddington, 1972; Kanner, Feldman, Weinberger y Ford, 1987).	(Kovacs, 1981).	débil x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión por desesperanza pero no en síntomas de depresión general.	367 chicas).
Abela et al. (2006).	Edades entre los 6 y los 14 años con una progenitora afectivamente enfermo.	M = 9.8 años.	12 meses (8 ocasiones de medida aproximadamente con un intervalo de 6 semanas).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	Progenitora con episodio depresivo mayor actual o pasado.	CDI (Kovacs, 1981).	La interacción estilo inferencial negativo x elevaciones en los síntomas de depresión de la progenitora predijo fluctuaciones en los síntomas de depresión.	T1: 140 (69 chicos y 71 chicas). T2: 133. T3: 106.
Bennett y Bates (1995).	Muestra comunitaria.	Rango = 11 y los 13 años.	6 meses.	-	-	CDI.	La interacción entre el estilo atribucional x estrés no predijo síntomas de depresión.	95.
Brozina y Abela (2006).	Estudiantes con edades entre los 8 y los 13 años.	M = 10.5 años.	1.5 meses (2 ocasiones de medición).	CASQ (Seligman et al., 1984). CCSQ (Abela, 2001).	CHAS (Kanner, Feldman, Weinberger y Ford, 1987).	CDI (Kovacs, 1992).	El estilo atribucional negativo y los estilos inferenciales negativo-consecuencias y	T1: 480. T2: 418 (47% chicos).

							self- x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión en estudiantes con bajos, pero no altos, niveles iniciales de síntomas.	
Calvete (2011a).	Estudiantes con edades entre los 14 y 17 años.	M = 15.86 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	ACSQ (Hankin y Abramson, 2002).	APES (Compas et al., 1987).	Subescala de Problemas Afectivos del YSR (Achenbach y Rescorla, 2001).	Las atribuciones negativas referentes a estresores sociales predijeron los síntomas de depresión en el seguimiento. La interacción atribuciones negativas referentes a estresores sociales x estresores sociales no fue significativa.	853 (407 chicos y 446 chicas).
Calvete (2011b).	Estudiantes con edades entre los 15 y 17 años.	M = 16.52 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	ACSQ (Hankin y Abramson, 2002).	APES (Compas et al., 1987).	Subescala de Problemas Afectivos del YSR (Achenbach y Rescorla,	Las inferencias causales y acerca de las consecuencias de los estresores predijeron	358 (151 chicos y 197 chicas).

						2001).	incrementos en síntomas de depresión. La interacción inferencias causales x estrés e inferencias acerca de las consecuencias de los estresores x estrés predijeron incrementos en síntomas de depresión.	
Calvete et al. (2012).	Estudiantes.	M = 15.86 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	APES (Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987).	CES-D (Radloff, 1977).	El estilo inferencial negativo predijo incrementos en síntomas de depresión.	1350 (47% chicas y 53% chicos).
Calvete et al. (2013)	Estudiantes.	M = 13.42 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	YSQ-SF (Young y Brown, 1994).	APES (Compas, Davis, Forsythe y Wagner,, 1987).	CES-D (Radloff, 1977).	El estilo inferencial negativo predijo incrementos en los síntomas de depresión.	1187 (642 chicos y 545 chicas).
Calvete et al. (2008).	Estudiantes con edades entre los 14 y 17 años.	M = 15.86 años.	6 meses (2 ocasiones de medida).	ACSQ (Hankin y Abramson, 2002).	APES (Compas et al., 1987).	YSR (Achenbach y Rescorla, 2001).	El estilo atribucional negativo predijo incrementos en síntomas de depresión en el	856 (407 chicos y 449 chicas).

							T2. El estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en los síntomas de depresión.	
Conley et al. (2001).	Escolares de centros de atención infantil o escuelas parroquiales con edades entre los 5 y los 10 años.	M = 8.2 años. M grupo más joven = 6.64 años. M grupo más mayor = 9.76 años.	0.75 meses.	CASI. CASQ-R (Kaslow y Nolen-Hoeksema, 1991).	DHQ (Little y Garber, 2000).	CDI (Kovacs, 1985).	El estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión en infantes entre los 5 y los 7 años con baja auto-estima, pero no en infantes entre los 8 y los 10 años.	147.
Dixon y Ahrens (1992).	Edades entre los 9 y los 12 años.	M = 11 años.	1 mes (2 ocasiones de medida).	KASTAN-R (Kaslow, Tannenbaum y Seligman, 1978).	CDCEQ (Dixon y Ahrens, 1992).	CDI (Kovacs, 1983; Kovacs y Beck, 1977).	El estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión.	84 (39 chicos y 45 chicas).
Gibb y Alloy (2006).	Estudiantes con edades entre los 9 y los 10 años.	M = 9.77 años.	6 meses (2 ocasiones de medición).	CASQ-R (Kaslow y Nolen-Hoeksema, 1991).	CTQ-VV, versión modificada de la CTQ-EA	CDI (Kovacs, 1981).	El estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en	T1: 448, 56.5% de cuarto grado (58% chicas). T2: 415.

					(Bernstein et al., 1994).		síntomas de depresión a los 10 años pero no a los 9 años.	
Hammen et al. (1988).	Entre los 8 y los 16 años ya sea con progenitores afectivamente enfermos, medicamentados o enfermos o controles.	M = 12 años.	6 meses.	CASQ.	Entrevista amenaza contextual.	K-SADS.	El estilo atribucional negativo x estrés no predijo el inicio de trastorno depresivo.	79.
Hankin (2008).	Adolescentes entre los 11 y los 15 años. Tres participantes tenían 17 años.	M = 14.5 años.	5 meses (4 ocasiones de medida con un intervalo de aproximadamente 5 semanas).	ACSQ (Hankin y Abramson, 2002).	ALEQ (Hankin y Abramson, 2002).	CDI (Kovacs, 1981).	El estilo inferencial negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión general y depresión anhedónica.	T1: 350. (57% chicas). T2: 303. T3: 308. T4: 345.
Hankin et al. (2001).	Estudiantes con edades entre los 14 y los 18 años.	M = 16.18 años.	1.25 meses (2 ocasiones de medida).	CASQ (Kaslow et al., 1978).	APES-SF (Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1978).	BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). HDSQ-R (Metalsky y Joiner, 1997).	La interacción estilo atribucional x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión general (BDI), de depresión por desesperanza, tanto con el	T1: 328. T2: 300. Muestra final: 270 (117 chicos y 153 chicas).

							HDSQ-R como con la escala HD-BDI, pero no NHD-BDI. La interacción vulnerabilidad x estrés prediciendo BDI, HD-BDI y NHD-BDI fue significativa para los hombres, pero no para las mujeres.	
Hilsman y Garber (1995).	Estudiantes con edades entre los 10 y 11 años.	M = 11.39 años.	0.2 meses (3 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984).	Recibir grados inaceptables en las asignaturas académicas.	Lista de adjetivos afectivos basada en DAC (Lubin, 1965). CES-D.	El estilo atribucional predijo incrementos de afecto negativo en el T3. La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo síntomas de depresión y afecto negativo duradero pero no inmediato.	T1: Quinto grado: 203, sexto grado: 236 (183 chicos y 256 chicas). T2: 426. T3: 414.
Joiner (2000).	Pacientes psiquiátricos hospitalizados con edades entre	M = 14.33 años.	2 meses (2 ocasiones de medición).	CASQ (Seligman et al., 1984).	CAI (Shelton y Garber, 1987).	CDI (Kovacs, 1980-1981, 1992).	La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo	T1: 60 (22 chicos y 38 chicas). T2: 34.

	los 9 y los 17 años.						incrementos en síntomas de depresión.	
Lewinsohn et al. (2001).	Estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y 16 años.	M = 16.6 años.	12 meses (2 ocasiones de medición con intervalo medio de 13.8 meses).	CASQ (Kaslow et al., 1978).	Eventos mayores negativos entresacados de los siguientes instrumentos de medida: SER (Holmes y Rahe, 1967) y LES (Sandler y Block, 1979).	CES-D (Radloff, 1977).	La interacción entre el estilo atribucional negativo y niveles de estrés predijo el inicio y recurrencia de episodio depresivo mayor.	T1: 1709. T2: 1507. (Aproximadamente el 54% de la muestra total, T1 y T2, eran chicas).
Mezulis et al. (2010).	Muestra comunitaria con edades entre los 10 y los 16 años.	M grupo entre 10 y 12 años = 11.2 años. M grupo entre 12 y 14 años = 13.2 años. M grupo entre 14 y 16 años = 15.2 años.	60 meses (3 ocasiones de medida con intervalo de aproximadamente 24 meses).	CCSQ (Mezulis, Hyde y Abramson, 2006).	APES-SF (Compas et al., 1987).	CDI (Kovacs, 1985).	La interacción estilo inferencial negativo x estrés predijo trayectorias de depresión de las chicas pero no de los chicos.	T1: 313 (151 chicos y 162 chicas). T2: 366 (181 chicos y 185 chicas). T3: 317 (153 chicos y 164 chicas).
Nolen-Hoeksema et al. (1986).	Estudiantes.	Rango = 8 y los 11 años.	12 meses (5 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984).	LEQ (Coddington, 1972).	CDI (Kovacs, 1980).	El estilo atribucional negativo predijo cambios en el nivel de depresión	168 (87 niños y 81 niñas).

							durante el año. La interacción estilo atribucional negativo x eventos vitales mayores predijo incrementos en síntomas de depresión en dos de las cuatro evaluaciones de seguimiento.	
Nolen-Hoeksema et al. (1992).	Estudiantes.	Rango = 8 y los 9 años.	60 meses (9 ocasiones de medida).	CASQ (Kaslow et al., 1978).	LEQ (adaptado por Coddington, 1972).	CDI (Kovacs, 1985).	El estilo atribucional negativo predijo síntomas de depresión en la niñez tardía. La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión en estudiantes de 10 a 13 años pero no en estudiantes de 8 ó 9 años.	336.
Panak y Garber	Estudiantes.	Rango = 8 y los 10	12 meses (3 ocasiones de	CASQ.	Rechazo de compañeros.	CDI. DACL.	La interacción estilo	521.

(1992).		años.	medida).				atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión.	
Prinstein y Aikins (2004).	Estudiantes con edades entre los 15 y los 17 años.	M = 16.31 años.	17 meses aproximadamente (2 ocasiones de medida).	CASQ (Thompson, Laslow, Weiss y Nolen-Hoeksema, 1998).	Rechazo de sus iguales mediante un procedimiento o psicométrico.	CDI (Kovacs, 1992).	La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión.	T1: 232. Muestra final: 158 (61 chicos y 97 chicas).
Robinson et al. (1995).	Estudiantes con edades entre los 10 a 11 años.	M = 12 años.	(3 ocasiones de medida con un intervalo de 4-5 meses).	CASQ (Seligman et al., 1984).		CDI (Kovacs, 1981).	La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión entre los jóvenes con poca, pero no alta, autoestima.	T1: 381 (160 chicos y 221 chicas). T2: 287. T3: 239.
Schwartz et al. (2000).	Estudiantes.	M = 16.5 años.	12 meses (2 ocasiones de medida).	CASQ (Seligman et al., 1984).		CES-D (Radloff, 1977, 1991).	El estilo atribucional negativo estaba asociado longitudinalmente con síntomas de depresión.	T1: 1709. T2: 1507. Muestra final: 841 (54,2% chicas).
Southall y Roberts	Estudiantes con edades	M = 16.5 años.	14 semanas (2 ocasiones de	CASQ (Kaslow et	LES.	BDI (Beck, Steer y	La interacción estilo	T1: 163. T2: 133. Muestra

(2002).	entre los 14 y los 19 años.		medida).	al., 1978).		Garbin, 1988).	atribucional negativo x estrés predijo incrementos en síntomas de depresión.	final: 115 (57 chicos y 58 chicas).
Spence et al. (2002).	Estudiantes con edades entre los 12 y los 14 años.	M = 12.91 años.	12 meses (2 ocasiones de medida).	CASQ-R (Seligman et al., 1984).	NLE (Coddington, 1972).	Adaptación del BDI (Beck et al., 1979) a población australiana. A partir de los ítems del BDI obtuvieron las puntuaciones de depresión por desesperanza.	El estilo atribucional negativo predijo síntomas de depresión. La interacción estilo atribucional negativo x estrés predijo síntomas de depresión.	T1: 994 (538 chicos y 456 chicas). T2: 773.

Nota. CASQ, Children's Attributional Style Questionnaire; CCSQ, Children's Cognitive Style Questionnaire; CLES, Children's Life Events Scale; CDI, Children's Depression Inventory; EASQ, Extended Attributional Style Questionnaire; CSQ, Cognitive Style Questionnaire; AAQ, Admissions Aspiration Questionnaire; MAACL, Multiple Affect Adjective Check List; ACSQ, Adolescent Cognitive Style Questionnaire; ALEQ, Adolescent Life Questionnaire; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CHAS, Hassles Scale for Children; APES, Adolescent Perceived Events Scale; YSR, Youth Self-Report; CASI, Children's Attributional Style Interview; CASQ-R, Children's Attributional Style Questionnaire-Revised; DHQ, Daily Hassles Questionnaire; KASTAN-R, Children's Attributional Style Questionnaire-Revised; CDCEQ, Child Daily Camp Event Questionnaire; CTQ-VV, Childhood Trauma Questionnaire-Verbal Victimization; CTQ-EA, Childhood Trauma Questionnaire-Emotional Abuse; K-SADS, Kiddie Schedule for Affective Disorders; APES-SF, Adolescent Perceived Events Scale - Short Version; BDI, Beck Depression Inventory; HDSQ-R, Hopelessness Depression Symptoms Questionnaire-Revised; DAC, Depressive Adjective Checklist; CAI, Children's Activity Inventory; SRE, Schedule of Recent Experiences; LES, Life Events Schedule; LEQ, Life Events Questionnaire; DACL ; NLE, Negative Life Events.

5. CONTRIBUCIÓN CONJUNTA DE DIFERENTES FACTORES COGNITIVOS EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN: ENFOQUES DE INTERACCIÓN Y MEDIACIÓN

Una gran cantidad de estudios empíricos orientados a evaluar la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva han mostrado que los factores de riesgo propuestos por las teorías cognitivas (p. ej., los esquemas y las inferencias negativas acerca de estresores) contribuyen tanto al inicio como al mantenimiento de la depresión (ver Abela y Hankin, 2008, Hankin y Abela, 2005; Lakdawalla et al., 2007 para revisiones).

En concreto, la revisión llevada a cabo en el capítulo anterior (ver Tabla 7) indica que la influencia de las inferencias negativas en la depresión infantil y adolescente ha sido avalada por un número considerable de estudios empíricos (p. ej., Calvete, 2011b; Calvete et al., 2008; Dixon y Ahrens, 1992; Joiner, 2000; Panak y Garber, 1992; Prinstein y Aikins, 2004; Southall y Roberts, 2002; Spence et al., 2002). Por otro lado, en los últimos años muchas investigaciones se han centrado en examinar la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva propuesta por la teoría clínica de esquemas (p. ej., Calvete et al., 2012, 2013; Cámara y Calvete, 2012; Eberhart et al., 2011; Rijkeboer y Boo, 2010).

A pesar del avance acerca del papel que los esquemas disfuncionales tempranos juegan en la depresión (ver Tablas 3, 4, 5 y 6), actualmente el conocimiento de la influencia que este factor cognitivo ejerce en este trastorno es significativamente menor, especialmente en población joven. No obstante, los resultados de los estudios disponibles apoyan la hipótesis de la vulnerabilidad

cognitiva propuesta por este modelo en población joven (p. ej., Calvete, 2014; Calvete et al., 2012, 2015). Por otro lado, a pesar de que algunos estudios no han encontrado apoyo a la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva propuesta por la teoría de la desesperanza (p. ej., Abela y Sarin, 2002; Bennett y Bates, 1995), la mayor parte de los estudios han concluido que las personas que realizan inferencias negativas acerca de estresores son más propensas a la depresión.

Un argumento empleado por algunos autores (p. ej., Abela y Hankin, 2008) hace referencia a que dado que la depresión es el resultado de múltiples factores (Gotlib y Hammen, 2002; Hankin y Abela, 2005; Ingram y Price, 2001), resulta imposible que diferentes factores cognitivos otorguen vulnerabilidad a la depresión de forma aislada, y subrayan la necesidad de examinar nuevos enfoques conceptuales con el fin de mejorar la comprensión de las relaciones existentes entre los diferentes factores implicados (p. ej., identificar variables moderadoras que expliquen los resultados mixtos encontrados). De hecho, la teoría de la desesperanza de la depresión mantiene que el estilo inferencial negativo junto con otras variables etiológicas propuestas impactan en el desarrollo de los síntomas de depresión por desesperanza a través de la operación de la desesperanza. En línea con esta afirmación, algunos teóricos de la desesperanza (p. ej., Abela y Seligman, 2000; Metalsky et al., 1993) argumentaron que un examen más eficaz de la teoría implicaría la integración de riesgos adicionales y factores de vulnerabilidad descritos por otras teorías. Por ejemplo, es interesante señalar que la teoría de la auto-estima de la depresión mantiene que, al igual que el estilo inferencial negativo propuesto por la teoría de la depresión por desesperanza, la baja auto-estima es un factor de vulnerabilidad cognitiva (diátesis) que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de depresión a través de la mediación

de la desesperanza (Brown y Harris, 1978). Esta similitud en el proceso descrito por ambas teorías llevó a Metalsky et al. (1993) a proponer la integración de las teorías de la desesperanza de la depresión y de la auto-estima en un mismo modelo con el fin de alcanzar una representación más compleja del desarrollo de la depresión. A posteriori, otros autores han identificado otro tipo de similitudes entre diferentes teorías cognitivas. Por ejemplo, Spangler, Monroe y Thase (1997) señalaron que el concepto de desesperanza de la teoría de Abramson et al. (1989) y la visión negativa del futuro como uno de los patrones cognitivos que componen la tríada cognitiva descrita por Beck son esencialmente lo mismo.

Posteriormente, muchos estudios orientados a evaluar la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva continuaron centrándose en un único factor cognitivo y, al igual que los anteriores, obtuvieron resultados mixtos. Si bien es cierto que algunos de estos estudios orientados a evaluar la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva examinaron más de un factor cognitivo, la mayoría de ellos se centraron en determinar cuál era el factor que predecía con mayor fuerza la depresión, en lugar de examinar la contribución conjunta entre ellos.

Aunque escasos, algunos autores continuaron examinando la propuesta realizada por Metalsky et al. (1993) en relación a la interacción entre las inferencias negativas y la auto-estima, a la vez que otros autores expandían dicha propuesta a otros factores cognitivos (p. ej., esquemas) y examinaron la contribución conjunta entre diferentes factores mediante otros mecanismos (p. ej., enfoque de mediación).

5.1. Interacción entre diferentes factores cognitivos en la predicción de los síntomas de depresión

Hasta la fecha, la mayor parte de los estudios que han examinado la integración de diferentes factores cognitivos en un mismo modelo han conceptualizado las relaciones entre ellos utilizando un enfoque interactivo (p. ej., Abela et al., 2009; Calvete, 2011). Este tipo de enfoque plantea que una variable moderadora (p. ej., autoestima) interactúa con una variable predictora (p. ej., esquemas) en la predicción de síntomas. Es decir, la fuerza de la relación entre la variable predictora y los síntomas de depresión varía en función de los valores que adopta la variable moderadora, de tal manera que los mayores incrementos en tales síntomas tienen lugar en aquellas personas que poseen puntuaciones negativas en ambos factores cognitivos (p. ej., altas puntuaciones en esquemas y bajas puntuaciones en autoestima).

Las dos teorías cognitivas que en más ocasiones han sido examinadas de forma conjunta son la teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson et al., 1989) y la teoría de la auto-estima de la depresión (Brown y Harris, 1978). En concreto, la integración de ambas teorías ha sido estudiada tanto en población infantil (p. ej., Abela y Payne, 2003; Conley et al., 2001; Ralph y Mineka, 1998; Robinson, Garber y Hilsman, 1995) y adolescente (p. ej., Abela, 2002; Southall y Roberts, 2002), como en adultos (p. ej., Metalsky et al., 1993). En general, los resultados obtenidos con población infantil indican que la alta auto-estima parece ser un factor de protección para aquellos niños y niñas quienes poseen una vulnerabilidad cognitiva a la depresión (para excepciones ver Ralph y Mineka, 1998). En consonancia con estos resultados, el estilo inferencial negativo parece interactuar

con la baja auto-estima para predecir incrementos en síntomas de depresión en adolescentes (p. ej., Abela, 2002; Southall y Roberts, 2002). Y, por último, la interacción diátesis atribucional por baja auto-estima también predijo reacciones depresivas duraderas en población adulta (Metalsky et al., 1993). En resumen, los resultados obtenidos sugieren que la autoestima actúa como un factor de protección en la relación entre el estilo inferencial y los síntomas de depresión.

La teoría de la auto-estima de la depresión también ha sido estudiada con otros factores cognitivos propuestos por otras teorías (p. ej., actitudes disfuncionales y auto-crítica). Por ejemplo, Abela y Taylor (2003) encontraron que altos niveles de auto-estima pueden proteger a los niños y niñas con altos niveles de auto-crítica de reacciones emocionales depresivas. Asimismo, Abela y Skitch (2007) encontraron que altos niveles de actitudes disfuncionales en interacción con bajos niveles de auto-estima predecían mayores elevaciones en síntomas de depresión en población infantil. Sin embargo, en un estudio previo llevado a cabo por Abela y Sullivan (2003), las actitudes disfuncionales sirvieron como factor de vulnerabilidad a las reacciones depresivas en jóvenes adolescentes con altos pero no bajos niveles de auto-estima.

La teoría de la desesperanza de la depresión, por su parte, también ha sido estudiada junto con otras teorías cognitivas (p. ej., teoría de los estilos de respuesta y esquemas). Un estudio publicado por Abela et al. (2009) examinó la integración de la teoría de la desesperanza de la depresión y la teoría de los estilos de respuesta, encontrando que la relación entre estilo inferencial y el incremento en depresión por desesperanza no estaba moderada por un estilo de respuesta rumiativo en población infantil. Estos autores sugieren que una posible explicación radica en que existan múltiples tipos de estilos de respuestas (p. ej., rumiación

reactiva a estrés versus rumiación centrada en emoción), y que únicamente algunos de ellos operen junto con otros factores cognitivos en la predicción de los síntomas de depresión. Esta explicación es avalada por los resultados obtenidos por Robinson y Alloy (2003) y que serán detallados en el siguiente párrafo. Por su parte, Calvete (2011) encontró que el impacto de las inferencias negativas en la depresión fue mayor para adolescentes que puntuaron alto en el esquema de sociotropía en adolescentes.

Por último, Robinson y Alloy (2003) examinaron la integración de los estilos cognitivos negativos, basados en estilo inferencial negativo y actitudes disfuncionales, y la rumiación, encontrando que la interacción entre los estilos cognitivos negativos y la rumiación reactiva a estrés, es decir, la tendencia a rumiar sobre inferencias negativas realizadas tras eventos negativos, predijo el inicio prospectivo, número y duración tanto de episodios de depresión mayor, como de depresión por desesperanza en población adulta. De forma similar, Alloy et al. (2000) encontraron que el esquema de sociotropía modera la relación entre riesgo cognitivo basado en actitudes disfuncionales e estilo inferencial negativo y prevalencia de vida de síntomas de depresión por desesperanza en un estudio retrospectivo. Asimismo, encontraron que la rumiación reactiva a estrés aumenta la relación entre riesgo cognitivo basado en actitudes disfuncionales e estilo inferencial negativo y trastorno depresivo mayor.

En resumen, teniendo en cuenta la revisión anterior, se puede concluir que la mayor parte de los estudios dirigidos a examinar la interacción entre diferentes factores cognitivos en la predicción de síntomas de depresión sugieren que el efecto que un factor de vulnerabilidad ejerce en los síntomas de depresión puede depender de los valores en otro factor cognitivo. No obstante, los estudios llevados

a cabo son escasos y se requiere de investigación adicional (Abela, 2002; Abela y Skitch, 2007; Abela y Taylor, 2003; Abela et al., 2009; Alloy et al., 2000; Calvete, 2011; Robinson y Alloy, 2003). También cabe destacar que la mayor parte de estos estudios se han llevado a cabo con población infantil y adolescente (para excepciones ver Alloy et al., 2000; Metalsky et al., 1993; Robinson y Alloy, 2003).

5.2. Estudios que examinan el rol mediador de factores cognitivos más superficiales en la asociación predictiva entre vulnerabilidades cognitivas más profundas y síntomas de depresión

Otro enfoque que permite integrar factores cognitivos procedentes de diferentes teorías cognitivas, y que también ha sido utilizado por algunos estudios, es el enfoque de mediación. Este tipo de enfoque permite explicar el o los mecanismos a través de los cuales una variable cognitiva influye en los síntomas de depresión.

Siguiendo este enfoque Spasojevic y Alloy (2001) encontraron que la rumiación mediaba la relación entre estilos cognitivos negativos y estilos de personalidad negativos (p. ej., auto-crítica y necesidad), por un lado, y episodios prospectivos de depresión mayor, por otro, en una muestra de adultos. Asimismo, Lo, Ho y Hollon (2008) encontraron que la rumiación, más concretamente el *brooding* -la tendencia a centrarse en las razones del malestar de la propia persona- mediaba el efecto del estilo atribucional negativo (internalidad, estabilidad y globalidad) en la depresión.

Posteriormente Pössel y Thomas (2010) examinaron el enfoque de mediación en relación a un nuevo constructo cognitivo, la triada cognitiva. Los resultados obtenidos en una primera investigación dirigida por este autor muestran que los tres componentes de la triada cognitiva (visión negativa sobre la propia persona, sobre el futuro y sobre el mundo) deberían ser incluidos en el modelo de la desesperanza ya que mediaban parcialmente la asociación entre los estilos inferenciales negativos y los síntomas de depresión. Los dos estudios llevados a cabo en una segunda investigación, examinaron si los constructos cognitivos de la teoría de Beck, la teoría de la desesperanza y la teoría de los estilos de respuesta podían ser integrados en un único modelo cognitivo (Pössel y Knopf, 2011). Los autores confirmaron que los pensamientos automáticos mediaban completamente la relación entre el *brooding* y los síntomas de depresión (Pössel y Knopf, 2011). Además, ambos estilos de respuesta, *brooding* y reflexión, se ven afectados por una visión negativa de la propia persona y el futuro pero no del mundo. Por último, esta última investigación, al igual que los estudios de Spasojevic y Alloy (2001) y Lo et al. (2008), encontró que el estilo de respuesta sirve como un mediador en la asociación entre el estilo inferencial y los síntomas de depresión. Sin embargo, algunos de estos estudios son de naturaleza transversal (p. ej., Lo et al., 2008; Pössel y Knopf, 2001).

A pesar de que Pössel y Knopf (2011) incluyeron el constructo de esquemas negativos propuesto por Beck, estos autores no distinguieron entre el esquema de sociotropía y el de autonomía. No obstante, un estudio longitudinal llevado a cabo por Calvete (2011) encontró que el esquema de sociotropía predecía inferencias negativas sobre estresores sociales, y que estas inferencias negativas estaban asociadas con síntomas de depresión en el seguimiento.

Por último, un estudio ha examinado la integración de los esquemas propuestos por Young et al. (Young, 1999; Young et al., 2003) junto con los estilos de respuesta de manera longitudinal. En concreto, Orue y colaboradores (2014) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que encontraron que los esquemas del dominio de orientación a los demás en el T1 predijeron síntomas de depresión en el T3 a través del brooding en el T2. Sin embargo, en este estudio el brooding no medió la relación entre los esquemas de desconexión y rechazo y los síntomas de depresión.

Existen estudios que han examinado ciertos factores cognitivos como mecanismos a través de los cuales una variable cognitiva subyacente influye en otros problemas psicológicos, tales como la ansiedad social (p. ej., Calvete, Orue y Hankin, 2013; Orue et al., 2014) y la agresividad (p. ej., Calvete y Orue, 2012; Zelli, Dodge, Laird y Lochman, 1999). Por ejemplo, un estudio encontró que la relación prospectiva entre esquemas disfuncionales tempranos y la ansiedad social estaba mediada por el brooding (Calvete et al., 2014). Otro estudio encontró que la relación entre los esquemas y la ansiedad social estaba mediada por los pensamientos automáticos (Calvete et al., 2013). Finalmente, también se han llevado a cabo estudios de interacción de factores cognitivos en la conducta agresiva. Por ejemplo, Calvete y Orue (2012) encontraron que los esquemas cognitivos predijeron el procesamiento de la información social, y éste a su vez la conducta agresiva en adolescentes. Por último, Zelli et al. (1999) examinaron el procesamiento sesgado como mediador de creencias agresivas y agresión, encontrando que la creencia de que la represalia agresiva es aceptable predijo más efectos intermedios de procesamiento sesgado en la agresión.

Como se puede constatar, las investigaciones dirigidas a examinar la conceptualización de las posibles relaciones entre los diferentes factores de

vulnerabilidad cognitiva son escasas, especialmente existen pocas que integren esquemas con procesos y productos cognitivos (Hankin, Snyder y Gulley, en prensa), aunque prometedoras.

Un paso previo antes de examinar las posibles relaciones entre diferentes factores cognitivos (p. ej., los esquemas y las inferencias negativas), es demostrar si ambos hacen referencia a dos constructos diferentes o si, por el contrario, son manifestaciones de un constructo latente común. Las investigaciones empíricas han arrojado resultados mixtos sobre si diferentes factores de vulnerabilidad cognitiva se superponen o son distintos en poblaciones jóvenes. De acuerdo con la perspectiva teórica propuesta por algunos autores (Beck, 1967, 1976; Ingram y Kendall, 1986; Rector, Segal y Gemar, 1998) que permite la distinción de diferentes constructos cognitivos en relación a su nivel de accesibilidad a la conciencia, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde y Redner (1993) encontraron que la vulnerabilidad cognitiva propuesta por Beck, las actitudes disfuncionales, y las inferencias negativas cargaron en diferentes factores. Asimismo, Calvete (2011a) encontró que la sociotropía y las inferencias negativas sobre estresores sociales son diferentes constructos. Sin embargo, otros autores no han encontrado tales diferencias. Por ejemplo, Garber, Weiss y Shanley (1993) encontraron que las actitudes disfuncionales y las inferencias negativas cargaban en el mismo factor. Del mismo modo, Adams, Abela y Hankin (2007) encontraron que las inferencias negativas sobre la propia persona cargaban en el mismo factor que la dependencia en chicos pero no en chicas.

El presente estudio

Teniendo en cuenta la revisión efectuada, el presente estudio longitudinal de tres tiempos examinó la contribución conjunta de los esquemas disfuncionales

tempranos (Young, 1999; Young et al., 2003) y las inferencias negativas (Abramson et al., 1989) en la etiología y mantenimiento de los síntomas de depresión en la adolescencia. Por un lado, examinó un modelo de interacción, es decir, si la relación entre las inferencias negativas y los síntomas de depresión estaba moderada por los esquemas disfuncionales tempranos. Para ello, se evaluó si los esquemas disfuncionales tempranos en el T1 interactuaban con las inferencias negativas en el T1 en relación a la predicción del incremento en síntomas de depresión en el T2, con seis meses de intervalo. De acuerdo con la hipótesis de la vulnerabilidad específica (Abramson et al., 1995) se incluyeron aquellos dominios de naturaleza interpersonal (dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás) y de rendimiento (autonomía deteriorada y rendimiento) que en estudios previos habían estado asociados a la depresión y, por otro lado, inferencias negativas sobre estresores sociales e inferencias negativas sobre estresores de rendimiento. En línea con un modelo de interacción, se esperó que aquellos adolescentes que puntúan alto en los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo (p. ej., abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional e imperfección y vergüenza) y orientación a los demás (p. ej., subyugación y necesidad de aprobación y reconocimiento) acentuarían la vulnerabilidad a los síntomas de depresión si realizan inferencias negativas sobre estresores sociales, mientras que los esquemas disfuncionales tempranos del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., vulnerabilidad al daño o enfermedad y fracaso) interactuarían con las inferencias negativas sobre estresores de rendimiento para predecir incrementos desde el T1 al T2 en la medida de síntomas de depresión.

Por otro lado, este estudio, al igual que el llevado a cabo por Calvete (2011a), se basó en el modelo jerárquico de las cogniciones propuesto por los teóricos cognitivos, y propuso un modelo de mediación donde se examinó si las inferencias negativas mediaban la asociación predictiva entre esquemas disfuncionales tempranos y síntomas de depresión. Para examinar este interrogante, se evaluó si los esquemas disfuncionales tempranos en el T1 predecían inferencias negativas en el T2, y, a su vez, si las inferencias negativas en el T2 predecían un incremento en síntomas de depresión en el T3. Al igual que en el modelo anterior, se incluyeron esquemas disfuncionales tempranos centrados en las relaciones interpersonales (esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás) y esquemas centrados en la autonomía (esquemas del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento) por un lado, e inferencias negativas sobre estresores sociales e inferencias negativas sobre estresores de rendimiento por otro lado. En este caso y conforme a un modelo de mediación, se esperó que los esquemas interpersonales predijeran inferencias negativas sobre estresores sociales, y que los esquemas de autonomía predijeran inferencias negativas sobre estresores de rendimiento. También se esperó que las inferencias negativas explicasen parte de la asociación prospectiva entre esquemas disfuncionales tempranos y síntomas de depresión.

6. MÉTODO

6.1. Participantes

La muestra inicial de estudio estuvo compuesta de 1311 adolescentes (588 chicas y 723 chicos) de 51 aulas de ocho centros educativos de Vizcaya, España. Un total de 982 adolescentes completaron los tres tiempos de medida del estudio (porcentaje de participación: 74.90%; la falta de participación se debió casi en su totalidad a enfermedad el día de la recogida de datos). La tasa de deserción también incluyó participantes que no completaron algunos de los cuestionarios y, por tanto, fueron eliminados del estudio. Por lo tanto, la muestra final estuvo compuesta por 982 participantes (463 chicas, 518 chicos y un participante que no indicó sexo), con una edad media al inicio del estudio de 13.42 años ($SD = 1.30$; rango = 13 – 17 años). Los adolescentes que no fueron incluidos en la muestra final no mostraron diferencias con el resto de participantes en ninguna de las variables del estudio. El nivel socioeconómico (SES) se determinó mediante la aplicación de los criterios recomendados por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia Comunitaria (2000) y a partir de la información proporcionada por el personal del centro educativo sobre la educación de los progenitores y el salario familiar. El nivel socioeconómico de los participantes mostró la siguiente distribución: 19.4% bajo, 17.5% bajo-medio, 25.8% medio, 18.7% medio-alto, y 18,6% alto.

6.2. Medidas

Datos socio-demográficos

Con el objetivo de conocer las características socio-demográficas de las personas participantes en la presente investigación, se recogieron algunos datos socio-demográficos tales como la fecha de nacimiento, el sexo o la profesión de ambos progenitores.

Esquemas disfuncionales tempranos

Los esquemas disfuncionales tempranos se evaluaron utilizando el Cuestionario de Esquemas de Young-3 (YSQ-3; Young, 2006). Este cuestionario consiste en 90 ítems y evalúa 18 esquemas disfuncionales tempranos. Los ítems se puntúan en una escala de 1 (*totalmente falso*) a 6 (*me describe perfectamente*). Este estudio evaluó los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y rendimiento y orientación a los demás. Estos esquemas fueron seleccionados debido a que han sido asociados con la depresión en estudios previos (p. ej., Calvete et al., 2013; Cámara y Calvete, 2012; Eberhart et al., 2011).

El dominio de desconexión y rechazo incluye los esquemas de abandono e inestabilidad (p. ej., “Me aferro mucho a algunas personas porque tengo miedo de que me abandonen”), abuso y desconfianza (p. ej., “Sospecho que la gente se aprovechará de mí”), privación emocional (p. ej., “Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie”) e imperfección y vergüenza (p. ej., “Pienso que ningún chico o chica que me guste podría quererme cuando viese mis defectos”). El dominio de orientación a los demás contiene los esquemas de subyugación (p. ej., “Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas”) y necesidad de aprobación y reconocimiento (p. ej., “Sería terrible si no les gustase a mis compañeros/as”). Finalmente, los esquemas en el dominio de autonomía deteriorada y rendimiento fueron vulnerabilidad al daño (p. ej., “Tengo

la sensación de que algo malo va a ocurrir”) y fracaso (p. ej., “No hago casi nada en el colegio o instituto tan bien como lo pueden hacer otros”).

Para examinar la hipótesis de mediación de la presente tesis doctoral según la cual las inferencias negativas median la asociación predictiva de los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de depresión, se combinaron los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás dentro de una categoría más amplia denominada esquemas interpersonales dado que todos ellos hacen referencia a relaciones interpersonales. El ajuste de esta estructura de dos factores de los esquemas fue evaluado y obtuvo buenos índices de ajuste como se muestra en la sección de Resultados. La versión española del YSQ-3 ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con la confirmación de la estructura factorial y coeficientes alfa adecuados para las escalas (Calvete, Orue y González-Díez, 2013). Los coeficientes alfa para este estudio fueron .89 para el dominio de desconexión y rechazo, .81 para el dominio de esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, .86 para el dominio de orientación a los demás y .90 para el dominio de esquemas interpersonales.

Inferencias negativas

Las inferencias negativas se evaluaron mediante una versión reducida del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes (ACSQ; Hankin y Abramson, 2002). En concreto, a través de este cuestionario se examinaron los tres tipos de inferencias negativas: inferencias acerca de las causas de los estresores, sus consecuencias y sus implicaciones para la propia persona, que según la teoría de la desesperanza de la depresión constituyen una causa contributiva en el desarrollo de los síntomas de depresión. Esta versión del ACSQ presenta 6 hipotéticos escenarios negativos, tres de naturaleza social (p. ej., “No te invitan a una fiesta de

cumpleaños a la que van varios amigos”) y tres referentes al logro o al rendimiento (p. ej., “Sacas una mala nota en un examen”), que resultan relevantes en la adolescencia.

Se les pide a las personas que componen la muestra que intenten imaginarse a sí mismas con claridad en cada escenario y que, por un lado, señalen la causa principal para cada acontecimiento estresante, y, por otro lado, que indiquen en qué medida la causa es interna, estable y global, la probabilidad de futuras consecuencias negativas debido a los acontecimientos estresantes y la medida en que ellos creen que lo ocurrido muestra que fallaron como persona.

La escala de respuesta varía de 1 a 7, con los valores más altos indicando más inferencias negativas. Varios estudios longitudinales han demostrado la validez del ACSQ como una medida de inferencias negativas (Calvete et al., 2008; Cole et al., 2008; Hankin, 2008). En esta investigación se utilizó una versión reducida de la versión española del ACSQ, que ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007). Para este estudio, se utilizó la puntuación total de inferencias negativas sobre estresores rendimiento y la puntuación total de inferencias sobre estresores sociales. El coeficiente alfa para las inferencias negativas sobre estresores de rendimiento fue .78 en el T1 y .81 en el T2. El coeficiente alfa para las inferencias negativas sobre estresores sociales fue .87 en el T1 y .88 en el T2.

Síntomas de depresión

Los síntomas de depresión se evaluaron mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1991). Esta escala, originalmente diseñada para identificar niveles elevados de síntomas de depresión en estudios con poblaciones de adultos sin diagnóstico clínico (Radloff, 1977), ha

sido posteriormente validada en diferentes países (Cheung y Bagley, 1998; Iwata y Roberts, 1996) y adaptada para su uso con poblaciones diversas, incluida la población adolescente (Radloff, 1991). El presente estudio utilizó la versión española del instrumento (Calvete y Cardeñoso, 1999) que, al igual que el instrumento original, consta de 20 vivencias que la persona podría haber experimentado, y que permiten recabar información sobre los principales componentes de sintomatología depresiva: estado de ánimo deprimido, síntomas somáticos, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, enlentecimiento psicomotor y dificultades interpersonales (p. ej., “Me sentí deprimido/a”, “No tenía ganas de comer”, “Mi sueño fue agitado o inquieto”, Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo”, “Las personas eran poco amistosas”). Cuatro de los ítems están redactados en la dirección positiva para romper tendencias hacia la respuesta establecida al igual que para evaluar afecto positivo (o su ausencia). Los adolescentes indicaban la presencia de síntomas en el último mes mediante una escala likert de 4 puntos, que va de 0 (*prácticamente nunca*) a 3 (*casi todo el tiempo*). La suma de estas afirmaciones se computa para obtener una puntuación global. El posible rango de puntuaciones es de 0 a 60, con las puntuaciones más altas indicando más síntomas de depresión. La investigación previa con la versión española del CES-D ha confirmado su estructura factorial (Calvete y Cardeñoso, 1999). El estado de ánimo depresivo leve está indicado por una puntuación de 16-22, el estado de ánimo depresivo moderado está indicado por una puntuación de 23-27 y las puntuaciones de 28 o superiores indican estado de ánimo depresivo severo consistente con trastorno depresivo mayor (Radloff, 1991). En este estudio, el coeficiente alfa fue .79 en el T1 y .88 en el T2 y en el T3.

6.3. Procedimiento

Esta investigación sigue las directrices establecidas en Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (primera formulación en 1982, última versión 2003, enmiendas 2010) y Principios generales de la carta europea del investigador. En primer lugar, se proporcionó a los centros educativos un informe que incluía la justificación, los objetivos y el procedimiento de la investigación, así como información de contacto de la persona responsable de dicha investigación. Una vez que los centros educativos accedían a colaborar en esta investigación, cada uno de los centros se encargó de hacer llegar dicho informe a los progenitores o tutores de todos los posibles participantes. Debido a que los cuadernillos de cuestionarios no incluirían información identificable de cada estudiante, el personal de los centros educativos optó por recoger un consentimiento pasivo de los progenitores. De acuerdo con esta modalidad de consentimiento, se informó a los progenitores acerca de su derecho a negarse a que su hijo o hija participara, y se asumió su aceptación ante la ausencia de una notificación que expresase su rechazo. Asimismo, se informó a los adolescentes que su participación era voluntaria y anónima, todo ello para garantizar a la muestra un acceso apropiado a la participación en la investigación. Los adolescentes respondieron a los cuestionarios en sus aulas y su cumplimentación duró entre 45 y 60 minutos aproximadamente. Se alentó a los participantes a hacer preguntas si tenían algún problema contestando a los ítems. Los datos fueron recogidos en tres ocasiones de medida: en el comienzo del año escolar (T1), 6 meses después (T2), y en el comienzo del siguiente año escolar (T3). El YSQ-3 se midió en el T1, el ACSQ en el T1 y en el T2, y el CES-D en las tres ocasiones de medida. Las respuestas de los participantes en cada seguimiento se emparejaron con un código que sólo era conocido por el participante. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Deusto.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos y las correlaciones bivariadas de Pearson entre todas las variables incluidas en el estudio. Asimismo, con propósitos descriptivos, se calcularon los porcentajes para examinar la prevalencia total de participantes con síntomas de depresión en la muestra. Por último, el método de análisis de datos utilizado para examinar las hipótesis concernientes a la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, las inferencias negativas, y los síntomas de depresión fue Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM). Las hipótesis se evaluaron mediante la estimación de parámetros a través del método de Máxima Verosimilitud (ML) con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006). Siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) para los modelos ML obtenidos en muestras grandes ($N > 250$), la bondad de ajuste de los modelos se evaluó mediante el índice de ajuste no normativo (NNFI; valores superiores a .95 indican un ajuste aceptable), el índice de ajuste comparativo (CFI; valores de .95 o mayores indican que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA; valores de .06 o inferiores indican que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos), y el residuo estandarizado de la raíz cuadrada media (SRMR; valores de .08 o inferiores indican que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos).

7. RESULTADOS

Esta sección está integrada por diferentes elementos: (1) los estadísticos descriptivos de las variables del estudio utilizadas para la evaluación de ambos modelos, (2) el análisis de correlación bivariada de Pearson entre dichas variables, (3) el modelo de moderación, y para concluir, (4) el modelo de mediación. Ambos modelos van acompañados de las figuras que recogen los resultados obtenidos.

7.1. Estadísticos descriptivos

La Tabla 8 muestra la media y la desviación típica de las variables utilizadas para el estudio: esquemas de los dominios de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, orientación a los demás, y total de esquemas interpersonales (T1), inferencias acerca de estresores de rendimiento y de estresores sociales (T1, T2), y por último, síntomas de depresión (T1, T2, T3).

Tabla 8. *Estadísticos descriptivos (Media y desviación típica) para los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, orientación a los demás y total interpersonales (T1), inferencias de rendimiento y sociales (T2) y síntomas de depresión (T1, T2, T3)*

	Media	DT
Autonomía deteriorada y rendimiento T1	24.56	9.47
Desconexión y rechazo T1	45.55	18.86
Orientación a los demás T1	38.92	13.35
Total interpersonales T1	74.13	23.31

Inferencias rendimiento T1	45.30	13.29
Inferencias sociales T1	58.38	18.72
Inferencias rendimiento T2	45.65	14.09
Inferencias sociales T2	59.25	19.06
Depresión T1	19.41	8.02
Depresión T2	16.24	9.62
Depresión T3	15.86	9.44

Se calculó la prevalencia total de síntomas de depresión en la muestra en el T1, T2 y T3. Según el punto de corte habitual en el CES-D, las puntuaciones de 16 o más, indican sintomatología depresiva leve. Según este criterio, la prevalencia fue del 65.62% (72.60% chicas y 59.80% chicos) en el T1, 43.67% (47.00% chicas y 36.90% chicos) en el T2 y 41.46% (52.10% chicas y 35.60% chicos) en el T3. Además, siguiendo un criterio más estricto de puntuaciones de 28 o más en el CES-D, el cual indica depresión severa, la prevalencia en esta muestra fue del 12% (16.60% chicas y 8.20% chicos) en el T1, 9.73% (11.50% chicas y 8.2% chicos) en el T2 y 9.57% (12.30% chicas y 7.20% chicos) en el T3 (Boyd, Weissman, Thompson y Myers, 1982).

7.2. Análisis de correlación bivariada de Pearson

Con el fin de determinar la relación existente entre las distintas variables utilizadas para la evaluación de los modelos de moderación y mediación, se obtuvo la matriz de correlaciones de Pearson para dichas variables. En la Tabla 9 se presentan los resultados obtenidos de estas correlaciones. Como se puede observar, todas las variables se asociaron entre sí de forma positiva y significativa

$p < .001$, lo cual indica que a mayor puntuación en una variable, mayor puntuación en la otra variable.

Tabla 9. *Correlaciones de Pearson para los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, orientación a los demás y total interpersonales (T1), inferencias de rendimiento y sociales (T1, T2) y síntomas de depresión (T1, T2, T3)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Autonomía T1	1										
2. Desconexión T1	.71	1									
3. Orientación T1	.63	.80	1								
4. Total interpersonales T1	.69	.97	.87	1							
5. Inferencias rendimiento T1	.35	.37	.32	.36	1						
6. Inferencias sociales T1	.28	.43	.43	.42	.64	1					
7. Inferencias rendimiento T2	.27	.31	.28	.29	.53	.43	1				
8. Inferencias sociales T2	.26	.36	.35	.34	.42	.57	.68	1			
9. Depresión T1	.50	.59	.50	.56	.30	.34	.30	.32	1		
10. Depresión T2	.43	.49	.38	.44	.26	.30	.39	.39	.58	1	
11. Depresión T3	.37	.44	.34	.40	.25	.27	.30	.33	.49	.67	1

Nota. Todos los coeficientes de correlación fueron estadísticamente significativos a $p < .001$.

En lo referente a las correlaciones existentes entre los esquemas disfuncionales tempranos (T1) y las inferencias negativas (T1, T2), las inferencias sociales presentaron una asociación de magnitud moderada con los esquemas de desconexión y rechazo, orientación a los demás y total interpersonales, oscilando entre .43 y .34. Las correlaciones más fuertes tuvieron lugar entre las inferencias sociales T1 y los esquemas de desconexión y rechazo y orientación a los demás (T1). Las inferencias de rendimiento, por su parte, mostraron correlaciones de magnitud baja-moderada con los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento. La correlación más fuerte tuvo lugar entre las inferencias de rendimiento y los esquemas de desconexión y rechazo ($r = .37$).

Cabe indicar que las correlaciones entre el dominio de desconexión y rechazo y el total de interpersonales por un lado, y el dominio de orientación a los demás y el total de interpersonales por el otro, son muy altas ya que, tal y como se ha indicado anteriormente, la variable total de interpersonales es el resultado de la suma de las variables desconexión y rechazo y orientación a los demás.

7.3. Los esquemas disfuncionales tempranos como moderadores del impacto de las inferencias negativas en el desarrollo de los síntomas de depresión en adolescentes

Este primer modelo evalúa si la interacción entre los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas, inferencias de causa, consecuencia y *self*, predice síntomas de depresión del T2 en los adolescentes. En concreto, se examina si los esquemas del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento moderan la relación entre las inferencias acerca de estresores de

rendimiento y los síntomas de depresión, mientras que los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás moderan la relación entre las inferencias acerca de estresores sociales y los síntomas de depresión.

Se emplearon tres parcelas de ítems como indicadores para las variables latentes según el número de ítems de las escalas correspondientes: esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento, desconexión y rechazo, y orientación a los demás, inferencias de rendimiento y sociales en el T1 y síntomas de depresión tanto en el T1 como en el T2. Se realizó un análisis diferente para cada dominio de esquemas como variable moderadora. En un primer modelo, se examinó si los esquemas del dominio de desconexión y rechazo moderaban la asociación entre inferencias sociales y síntomas de depresión, y entre inferencias de rendimiento y síntomas de depresión. Asimismo, se estimó un modelo similar para el dominio de autonomía deteriorada y rendimiento y, por último, otro para el dominio de orientación a los demás. El hipotético modelo estructural inicial para el dominio de desconexión y rechazo como variable moderadora se presenta en la Figura 2 e incluyó (a) la asociación auto-regresiva entre los síntomas de depresión en el T1 y en el T2, (b) las asociaciones predictivas entre el dominio de desconexión y rechazo, las inferencias sociales y las inferencias de rendimiento en el T1 y los síntomas de depresión en el T2, y, por último, (c) las asociaciones predictivas entre los dos términos de interacción de segundo orden (esquemas de desconexión y rechazo x inferencias sociales y esquemas de desconexión y rechazo x inferencias de rendimiento) y los síntomas de depresión en el T2.

Para representar las interacciones de las variables cognitivas latentes, se empleó el procedimiento de centrado residual desarrollado por Little, Bovaird y Wideman (2006). Siguiendo este procedimiento, en primer lugar, para crear

indicadores para un término de interacción latente de segundo orden, se obtienen todos los términos de productos posibles entre dos conjuntos de indicadores de dos variables cognitivas latentes (p. ej., inferencias sociales y esquemas de desconexión y rechazo). Dado que en el estudio de cada modelo se han utilizado tres indicadores para cada variable cognitiva latente, se calcularon nueve términos de productos no centrados (p. ej., inferencias sociales parcela 1 x esquemas de desconexión y rechazo parcela 1). Posteriormente se realizaron análisis de regresión múltiple con los tres términos de productos no centrados obtenidos de esta manera (p. ej., inferencias sociales parcela 1 x esquemas de desconexión y rechazo parcela 1), es decir, cada uno de estos términos de productos no centrados resultantes fue retrocedido de forma individual sobre los indicadores de efecto de primer orden de los constructos/términos. En cada análisis se incluye el término de interacción como variable dependiente (p. ej., inferencias sociales parcela 1 x esquemas de desconexión y rechazo parcela 1) y los parcelas indicadores de las variables cognitivas latentes como variables predictoras (p. ej., inferencias sociales parcela 1 y esquemas de desconexión y rechazo parcela 1). Los residuos de cada análisis de regresión se guardan para posteriormente emplearlos como indicadores de los términos latentes de interacción. Este procedimiento se llevó a cabo para cada uno de los nueve términos latentes de interacción. Finalmente, los nueve términos de interacción fueron usados como indicadores de la variable de interacción. Además, cada variable de interacción fue establecida como no correlacionada con el efecto principal de las variables cognitivas latentes correspondientes (Little et al., 2006).

Los términos de error de las variables de síntomas de depresión en el T1 y el T2 se conceptualizaron como correlacionados entre sí debido a la asunción de que

los factores que contribuyen al error de medición en cualquier variable específica pueden ser considerados como consistentes a través de las diferentes ocasiones de medida (Martens y Haase, 2006). En primer lugar, un análisis factorial confirmatorio preliminar indicó la adecuación de medir las variables con los indicadores y confirmó que las cargas factoriales eran significativamente diferentes a cero. Posteriormente se evaluaron los hipotéticos modelos estructurales. Los índices de ajuste fueron moderados para el modelo, $\chi^2(147, n = 982) = 1614.48$, RMSEA = 0.092 (0.088; 0.096), NNFI = 0.92, CFI = 0.94.

La Figura 3 muestra los principales parámetros del modelo interactivo entre los esquemas de desconexión y rechazo y rendimiento y las inferencias negativas. Tal y como se puede observar, los síntomas de depresión en el T1 se asociaron elevadamente a los síntomas de depresión en el T2. Las inferencias de rendimiento, las inferencias sociales y los esquemas de desconexión y rechazo predijeron de forma significativa síntomas de depresión en el seguimiento (T2). Del mismo modo, las interacciones inferencias sociales x esquemas de desconexión y rechazo e inferencias de rendimiento x esquemas de desconexión y rechazo predijeron el aumento residual en los síntomas de depresión en el seguimiento, aunque en sentido inverso. Como se puede observar en la Figura 4, estos mismos resultados se obtienen para el dominio de orientación a los demás. No obstante, no hubo interacciones significativas para el dominio de autonomía deteriorada y rendimiento.

Figura 2. Hipotético modelo interactivo entre los esquemas de desconexión y rechazo y las inferencias de rendimiento y sociales

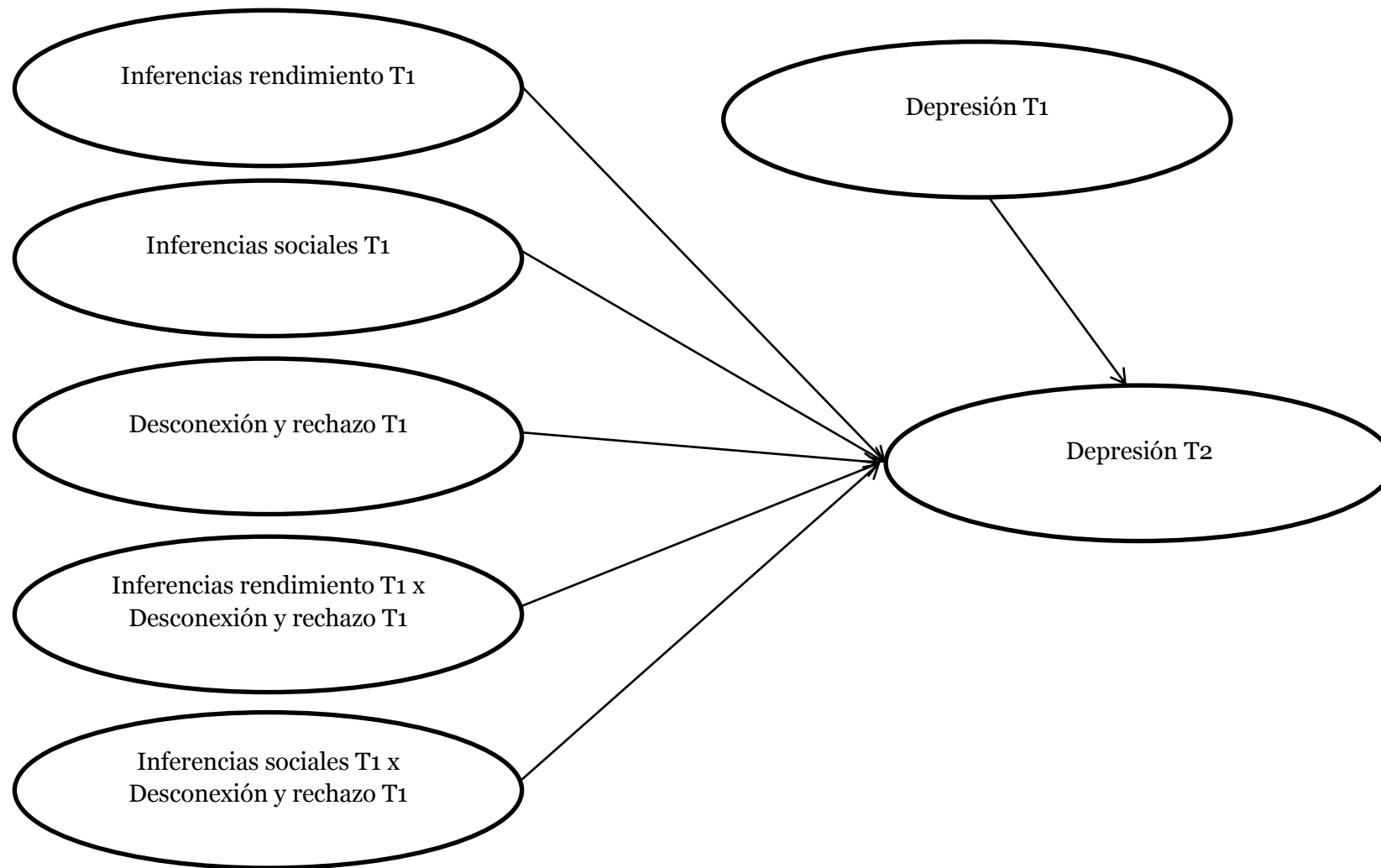


Figura 3. Modelo interactivo entre los esquemas de desconexión y rechazo y las inferencias de rendimiento y sociales

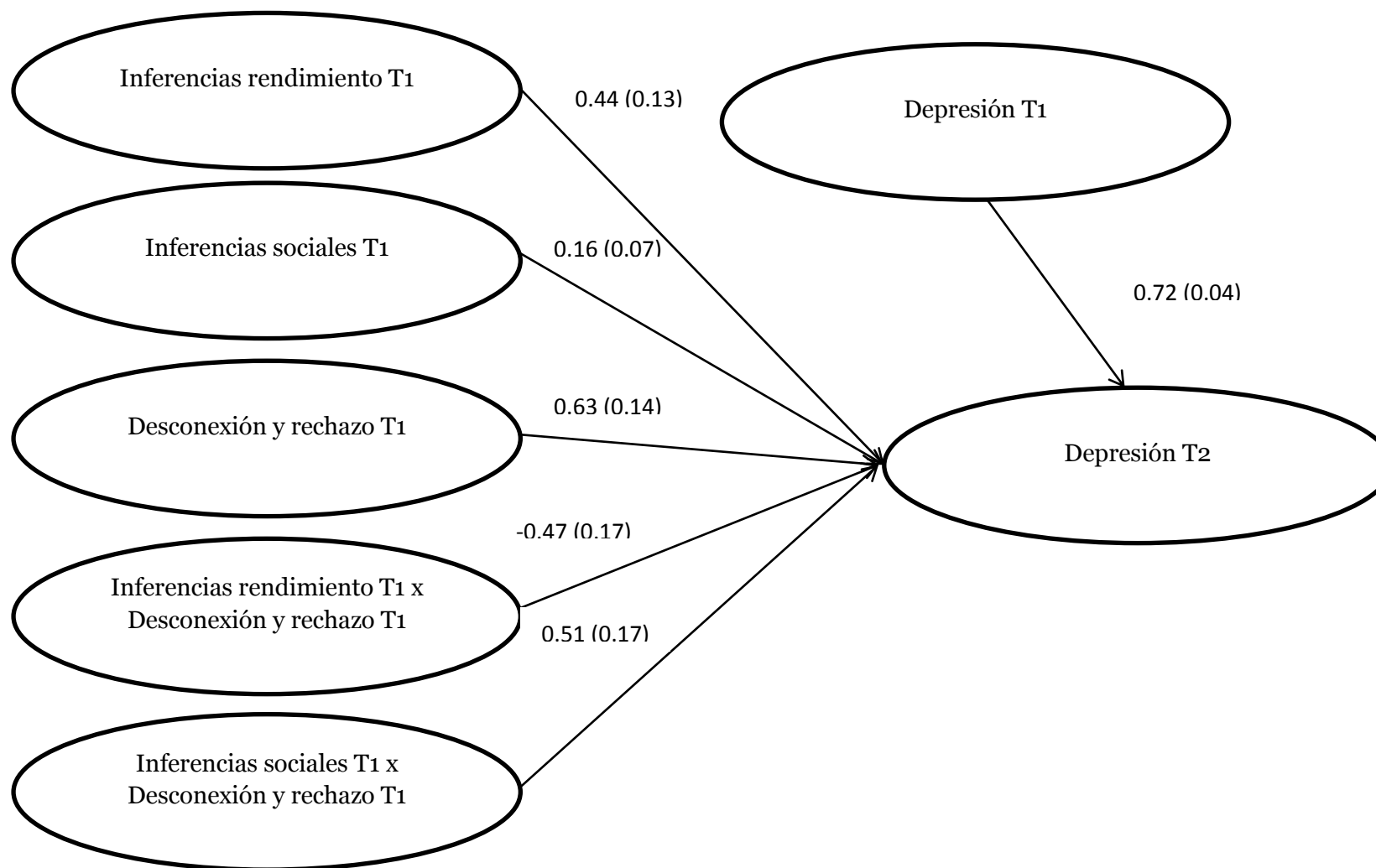
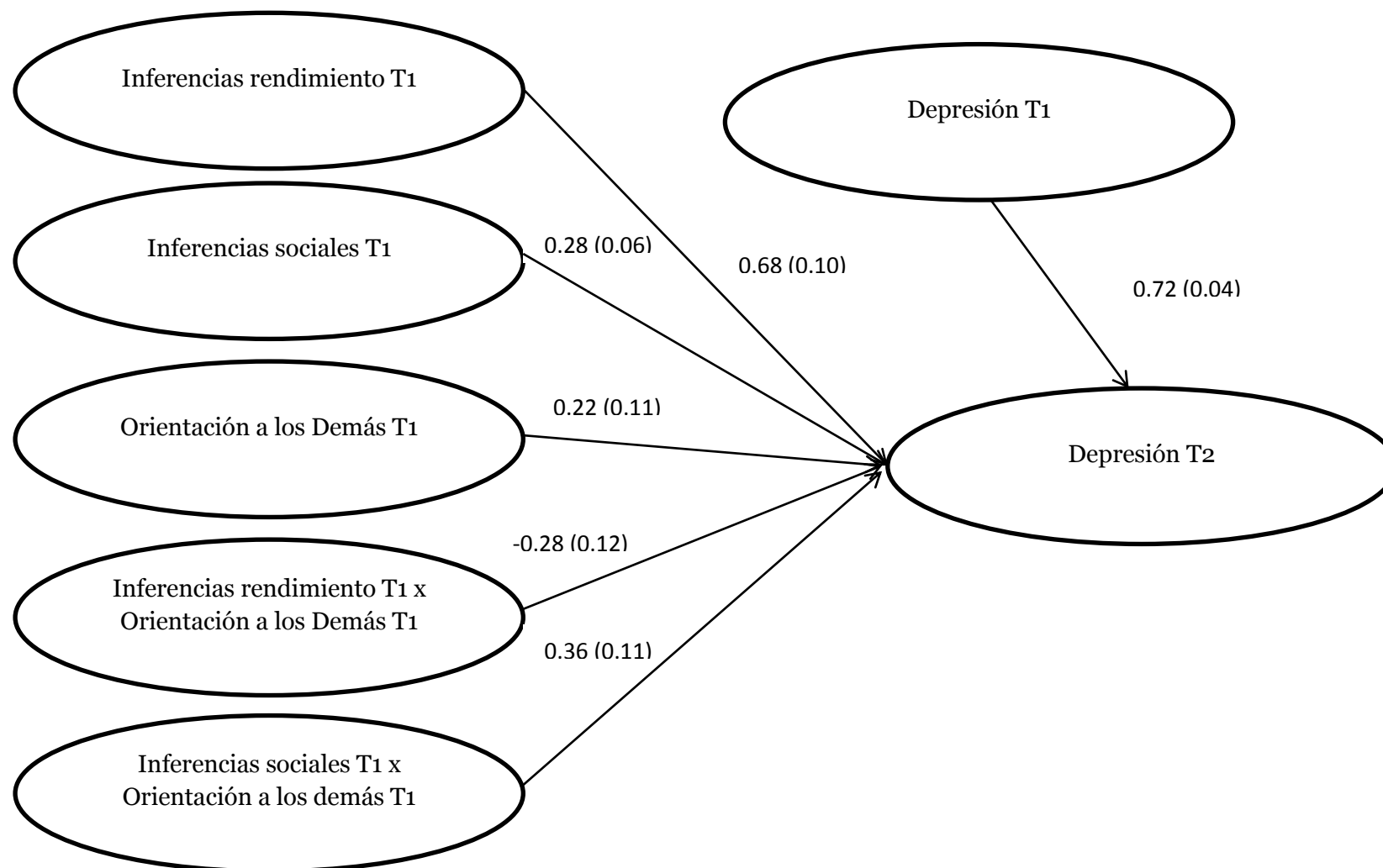
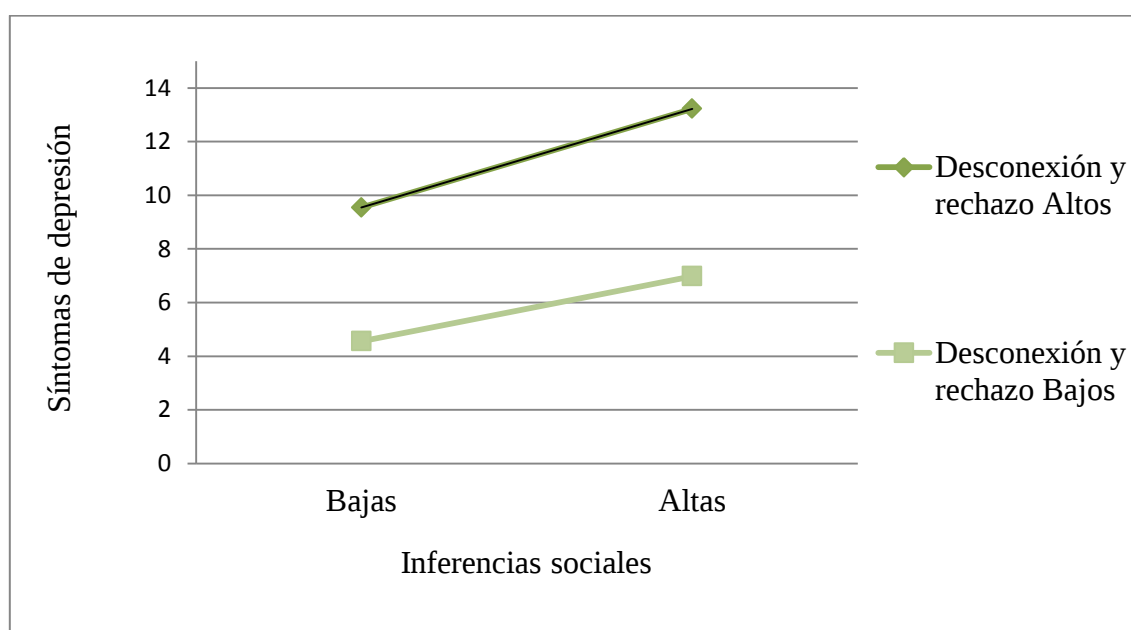


Figura 4. Modelo interactivo entre los esquemas de orientación a los demás y las inferencias de rendimiento y sociales



La Figura 5 muestra la interacción inferencias sociales x esquemas de desconexión y rechazo, representando a los adolescentes quienes puntúan alto (una desviación típica por encima de la media) y bajo (una desviación típica por debajo de la media) en inferencias sociales y esquemas de desconexión y rechazo. Como se puede observar, y en consistencia con la hipótesis, la asociación predictiva entre las inferencias sociales y los síntomas de depresión es mayor en aquellos adolescentes que puntúan alto en esquemas de desconexión y rechazo.

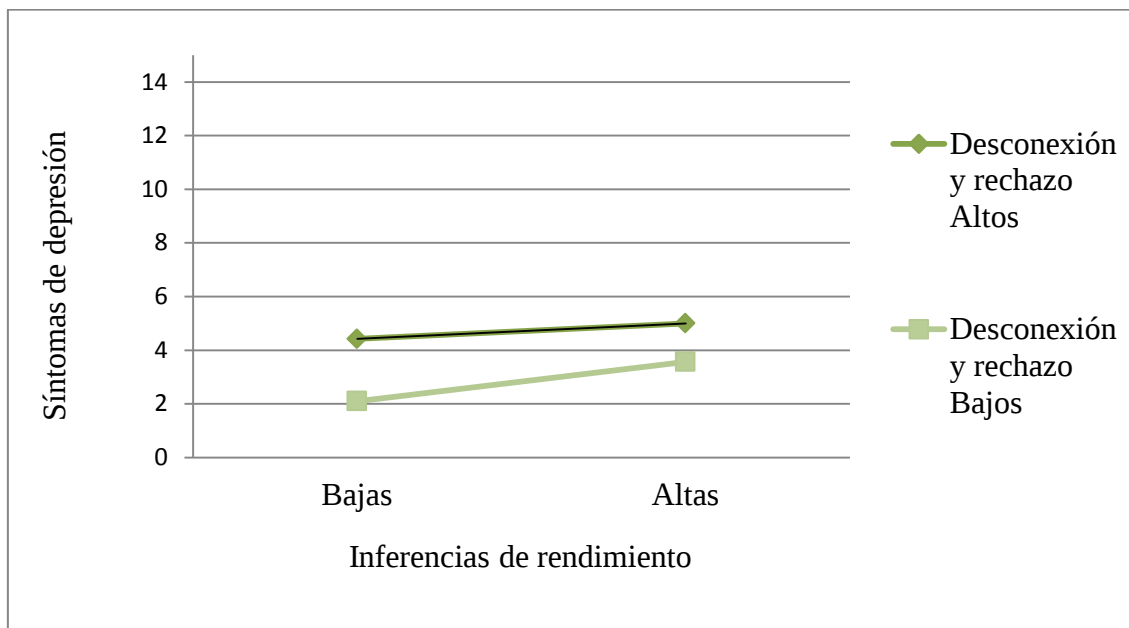
Figura 5. Los esquemas de desconexión y rechazo como moderadores del impacto de las inferencias sociales en la predicción de los síntomas de depresión en el T2



La Figura 6 muestra la interacción inferencias de rendimiento x esquemas de desconexión y rechazo. En esta figura se puede observar que la asociación predictiva entre las inferencias de rendimiento y los síntomas de depresión es

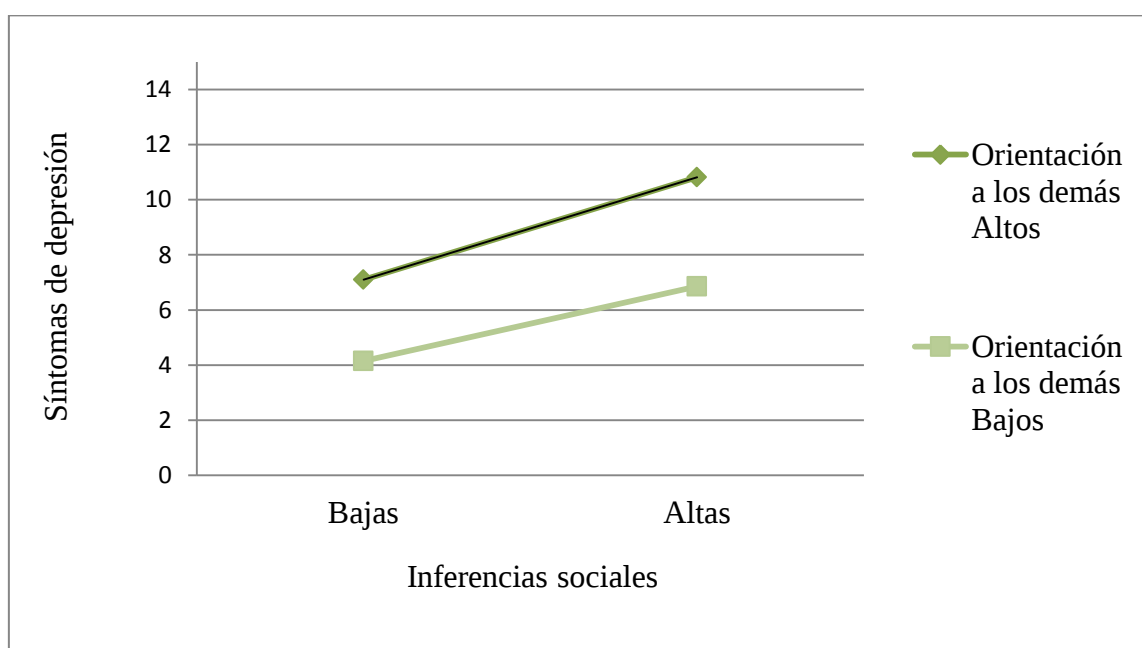
mayor en aquellos adolescentes quienes puntúan bajo en esquemas de desconexión y rechazo.

Figura 6. Los esquemas de desconexión y rechazo como moderadores del impacto de las inferencias de rendimiento en la predicción de los síntomas de depresión en el T2



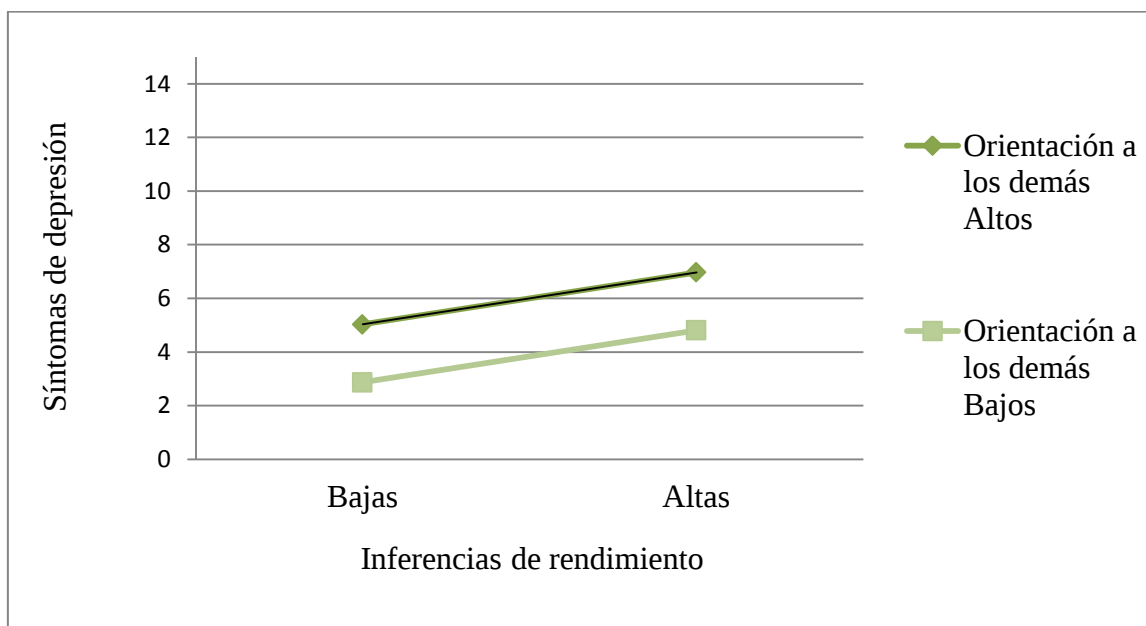
La Figura 7 muestra la interacción inferencias sociales x esquemas de orientación a los demás. Tal y como muestra esta figura, y en consistencia con la hipótesis, la asociación entre las inferencias sociales y los síntomas de depresión es mayor en aquellos adolescentes quienes puntúan alto en esquemas de orientación a los demás.

Figura 7. Los esquemas de orientación a los demás como moderadores del impacto de las inferencias sociales en la predicción de los síntomas de depresión en el T2



La Figura 8 muestra la interacción inferencias de rendimiento x esquemas de orientación a los demás. Como se puede observar, la asociación entre las inferencias de rendimiento y los síntomas de depresión es mayor en aquellos adolescentes quienes puntúan bajo en esquemas de orientación a los demás.

Figura 8. Los esquemas de orientación a los demás como moderadores del impacto de las inferencias de rendimiento en la predicción de los síntomas de depresión en el T2



7.4. Las inferencias negativas como mediadoras de la relación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y el desarrollo de los síntomas de depresión en adolescentes

Este último apartado evalúa las inferencias negativas (T2), inferencias de causa, consecuencia y *self*, como mediadoras de la relación predictiva entre los

esquemas disfuncionales tempranos (T1) y los síntomas de depresión del T3 en los adolescentes. Tal y como se ha mencionado anteriormente, para evaluar este modelo se utilizó una variable que integra los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás, es decir, los dos dominios que contienen esquemas interpersonales, debido a que los modelos tentativos con ambos dominios mostraban problemas de convergencia. De forma más específica, se examina si las inferencias negativas acerca de estresores de rendimiento median la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento y los síntomas de depresión, mientras que las inferencias negativas acerca de estresores sociales median la relación entre los esquemas interpersonales y los síntomas de depresión.

Se utilizaron tres parcelas como indicadores de todas las variables: esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento e interpersonales (T1), inferencias de rendimiento y sociales (T1, T2) y síntomas de depresión (T1, T2, T3). En primer lugar, se examinó el modelo de medida de las variables latentes. El modelo de medida para las variables latentes en T1 mostró un excelente ajuste $\chi^2(143, n = 982) = 353$, RMSEA = .039 [.034, .044], NNFI = .99, CFI = .99, SRMR = .021. Demostrar el ajuste de este modelo es importante porque proporciona apoyo para las dos categorías de esquemas utilizadas en esta parte del estudio (esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento e interpersonales) y para el hipotético modelo estructural cognitivo jerárquico propuesto por Beck según el cual los esquemas constituyen el nivel cognitivo más profundo que guía el nivel más superficial de procesamiento de la información. A continuación, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio longitudinal, el cual incluyó todas las variables observables y latentes. Los términos de error de la misma variable

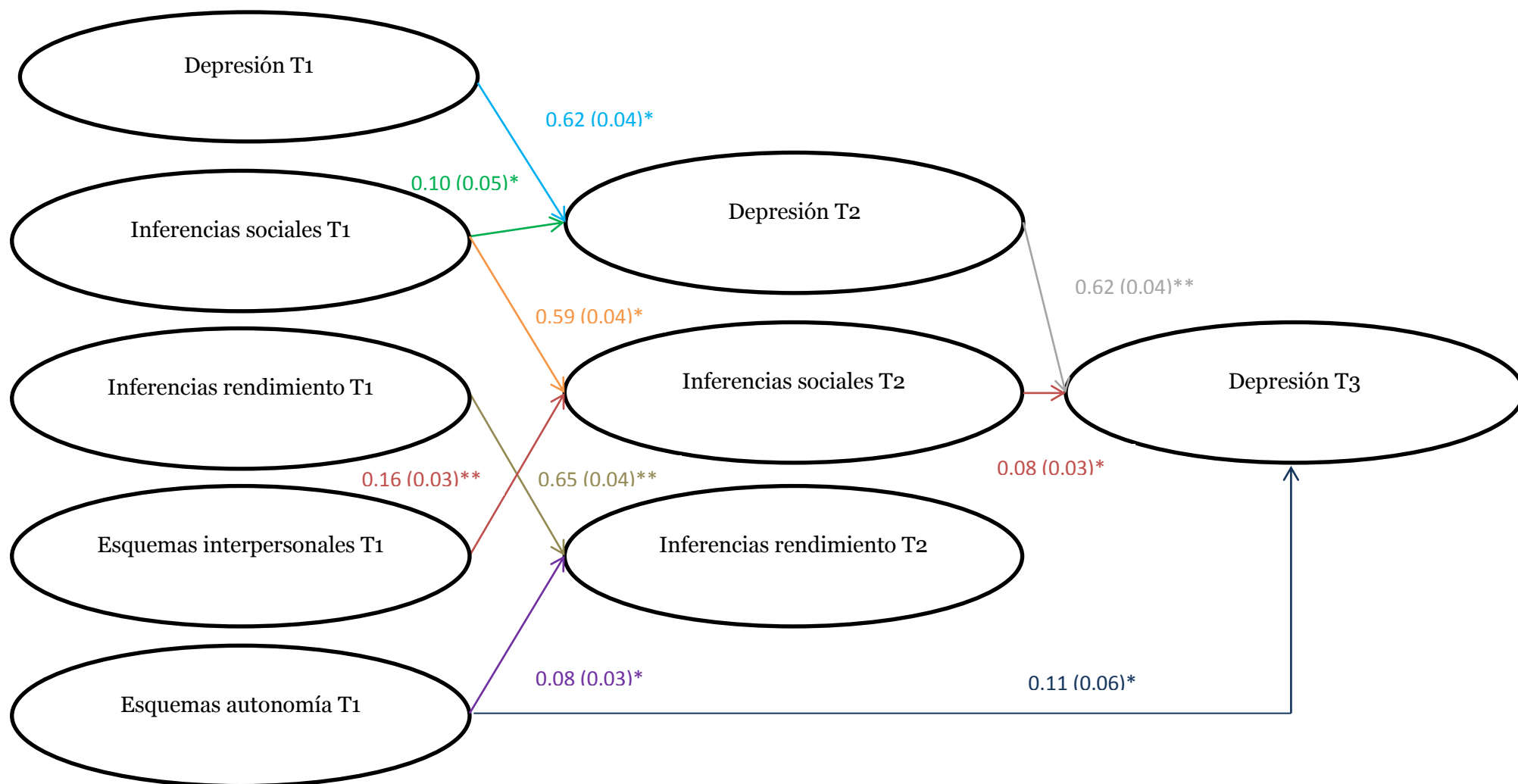
evaluados en diferentes ocasiones fueron conceptualizados como correlacionados entre sí debido al supuesto de que los factores que contribuyen al error de medición en cualquier variable específica serán consistentes a través de las ocasiones de medición (Martens y Haase, 2006). El análisis resultante también mostró un excelente ajuste, $\chi^2(34, n = 982) = 114$, RMSEA = .049 [.039, .059], NNFI = .99, CFI = .99, SRMR = .022.

El hipotético modelo estructural inicial estaba compuesto por las medidas de los dos dominios de esquemas disfuncionales tempranos (esquemas de autonomía y esquemas interpersonales) en el T1, de inferencias negativas (inferencias de rendimiento e inferencias sociales) en el T1 y T2, y, por último, síntomas de depresión en el T1, T2 y T3. El modelo incluyó (a) asociaciones auto-regresivas entre los síntomas de depresión en el T1, T2 y T3, (b) asociaciones auto-regresivas entre las inferencias negativas en el T1 y el T2, (c) asociaciones predictivas entre los esquemas disfuncionales tempranos en el T1 y los síntomas de depresión en el T3 y las inferencias negativas en el T2, y (d) asociaciones predictivas entre las inferencias negativas en el T2 y los síntomas de depresión en el T3. Los índices de ajuste fueron excelentes para el modelo $\chi^2(157, n = 982) = 796$, RMSEA = .064 [.060; .069], NNFI = .98, CFI = .98, SRMR = .060. Todas las asociaciones auto-regresivas fueron estadísticamente significativas. Los esquemas interpersonales del T1 predijeron las inferencias sociales en el T2 y las inferencias sociales en el T2 a su vez predijeron los síntomas de depresión en el T3. Además, los esquemas interpersonales en el T1 predijeron síntomas de depresión en el T2. Los esquemas de autonomía en el T1 predijeron inferencias de rendimiento en el T2. Sin embargo, las inferencias de rendimiento en el T2 no predijeron síntomas de depresión en el T3. No obstante, la asociación directa entre los esquemas de

autonomía (T1) y los síntomas de depresión en el T3 fue estadísticamente significativa. Las inferencias sociales en el T1 predijeron síntomas de depresión en el T2. La Figura 9 muestra las asociaciones significativas para el modelo.

La significación de los efectos indirectos de los esquemas interpersonales en síntomas de depresión vía inferencias sociales se probó por medio de un procedimiento de bootstrapping. En este estudio, se crearon 1000 muestras a partir del conjunto de datos original mediante un muestreo aleatorio con reemplazo y la matriz de covarianza fue estimada a partir de cada muestra. El segundo paso fue realizar el modelo estructural 1000 veces con estas 1000 covarianzas para obtener 1000 estimaciones para cada coeficiente de asociación. El tercer paso fue utilizar las 1000 estimaciones de cada coeficiente de asociación guardadas para calcular una estimación de los efectos indirectos. El último paso fue determinar si el intervalo de confianza (CI) del 95% para los efectos indirectos estimados incluyó el cero. Usando la propuesta de Shrout y Bolger (2002), un efecto indirecto es significativo a un nivel de .05 si el nivel de confianza del 95% no incluye el cero. Usando el criterio de Shrout y Bolger, los resultados indicaron que el efecto indirecto de los esquemas interpersonales en los síntomas de depresión vía inferencias sociales fue estadísticamente significativo (95% CI = .02, .03).

Figura 9. Modelo estructural estimado para las inferencias negativas como mediadoras en la asociación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de depresión (* $p < .05$, ** $p < .001$)



8. DISCUSIÓN GENERAL

Como se ha indicado en la introducción a este estudio, la investigación sobre la depresión en jóvenes ha encontrado que durante la adolescencia tiene lugar un incremento significativo de síntomas de depresión (Costello et al., 2003; Hankin et al., 1998) y que las personas que experimentan depresión a una edad temprana son más propensas a experimentar depresión durante el resto de su vida (Brooks, Harris, Thrall y Woods, 2002). Más aún, el inicio temprano de la depresión predice depresión más severa durante la vida adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998). Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de investigar acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión adolescente, así como de las posibles relaciones entre ellos.

A nivel cognitivo, diferentes teorías han identificado diversos factores (p. ej., esquemas disfuncionales tempranos, inferencias negativas acerca de estresores) que han demostrado su utilidad a la hora de explicar la depresión adolescente. Incorporando la idea de que es poco probable que diferentes causas contribuyan al desarrollo de los síntomas de depresión de forma independiente (Abela y Hankin, 2008), el objetivo principal de esta tesis doctoral fue examinar la contribución conjunta de dos tipos de vulnerabilidades cognitivas. Para ello, se evaluaron dos enfoques a través de los cuales el factor de vulnerabilidad cognitiva propuesto por la teoría clínica de esquemas, los esquemas disfuncionales tempranos, y los productos cognitivos de la teoría de la desesperanza de la depresión, las inferencias negativas, pueden relacionarse conjuntamente en la predicción de síntomas de depresión experimentados por jóvenes adolescentes de entre 13 y 17 años. Por un lado, se examinó un enfoque de interacción y, por otro lado, un enfoque de

mediación. Los resultados obtenidos concernientes a las relaciones interactivas y de mediación entre ambos factores cognitivos son detallados a continuación:

En general, los resultados obtenidos en esta tesis proporcionan apoyo parcial para ambos enfoques propuestos. En primer lugar, y en línea con un enfoque de interacción, los resultados proporcionan apoyo parcial al rol moderador de los esquemas disfuncionales tempranos en la relación entre las inferencias negativas y los síntomas de depresión. Es concreto, los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás interactuaron con las inferencias negativas tanto sociales como de rendimiento para predecir incrementos en los síntomas de depresión en la adolescencia. Sin embargo, en contra del enfoque de interacción, los esquemas del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento no interactuaron con las inferencias negativas, tanto sociales como de rendimiento, para predecir incrementos en los síntomas de depresión. Por otro lado, esta investigación proporciona apoyo parcial al rol mediador de las inferencias negativas en la asociación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de depresión. La relación entre los esquemas interpersonales y los síntomas de depresión fue mediada por las inferencias negativas acerca de estresores sociales. Sin embargo, las inferencias negativas acerca de estresores de rendimiento no mediaron la relación entre los esquemas de autonomía y los síntomas de depresión. A continuación se discuten en detalle estos resultados.

8.1. Los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas interactúan para predecir síntomas de depresión en adolescentes

Los esquemas disfuncionales tempranos del dominio de desconexión y rechazo predijeron síntomas de depresión en el seguimiento. Este resultado, junto con los obtenidos por Calvete et al. (2015), proporciona apoyo a la relación prospectiva entre los esquemas del dominio de desconexión y rechazo y los síntomas de depresión en adolescentes, resultados que también se han encontrado con muestras de adultos (Cámara y Calvete, 2012; Eberhart et al., 2011). Por lo tanto, estos hallazgos sugieren que un perfil de esquemas caracterizado por expectativas de que necesidades propias tales como la seguridad, la estabilidad, el cuidado, el amor, la comprensión, la empatía, el intercambio de sentimientos, la pertenencia, el respeto y la aceptación no se cumplirán, incrementa el riesgo de depresión en los adolescentes. Sin embargo, el hecho de que los esquemas de los dominios de orientación a los demás (p. ej., esquemas de subyugación y necesidad de aprobación y reconocimiento) y autonomía deteriorada y rendimiento (p. ej., vulnerabilidad al daño o enfermedad y fracaso) no predijeran síntomas de depresión seis meses después, contradice la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva de la teoría clínica de esquemas. Al igual que en este estudio, Calvete et al. (2015) encontraron que el dominio de orientación a los demás, a pesar de correlacionar con los síntomas de depresión, no predecía incrementos en síntomas de depresión a lo largo del tiempo en una muestra de adolescentes. Sin embargo, un estudio previo llevado a cabo con estudiantes universitarias encontró que el esquema de subyugación predijo de forma marginal cambios en síntomas de depresión durante el periodo de seguimiento (Eberhart et al., 2011). Asimismo, otros estudios llevados a cabo con población adolescente muestran que factores de vulnerabilidad que implican una consideración muy elevada en los demás, tales como la sociotropía, la necesidad-preocupación obsesiva con el abandono y la separación, sentimientos de no ser amado y miedo a la pérdida- y las

preocupaciones acerca de las evaluaciones por pares predijeron síntomas de depresión en adolescentes (Calvete, 2011a; Little y Garber, 2005; Rudolph y Conley, 2005).

Por otro lado, que los esquemas de autonomía deteriorada y rendimiento no predijeran síntomas de depresión contradice lo encontrado por estudios previos tanto con población adulta (Eberhart et al., 2011) como con población adolescente (Calvete et al., 2015).

Por último, de acuerdo con la perspectiva de la teoría de la desesperanza de la depresión y con los resultados obtenidos en investigaciones previas, el estilo inferencial negativo predijo un incremento de los síntomas de depresión en el T2 (Calvete, 2011a, b; Calvete et al., 2013; Calvete et al., 2008; Hilsman y Garber, 1995; Nolen-Hoeksema et al., 1986, 1992; Spence et al., 2002). Este resultado se confirmó tanto para el estilo inferencial relativo a estresores sociales como de rendimiento.

En cuanto a la conceptualización de la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas desde un enfoque interactivo, como se ha indicado, los resultados obtenidos proporcionan apoyo parcial. En este estudio, únicamente los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás interactúan con las inferencias negativas para predecir síntomas de depresión en la muestra de adolescentes.

En concreto, y de acuerdo con la hipótesis de la vulnerabilidad específica, los resultados muestran que la relación predictiva entre las inferencias negativas relativas a estresores sociales -inferencias acerca de las causas, las consecuencias y la propia persona- y los síntomas de depresión es más grande para aquellos

adolescentes que puntuaron alto en los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás. Por un lado, el dominio de desconexión y rechazo incluye los esquemas de abandono e inestabilidad, abuso y desconfianza, privación emocional e imperfección y vergüenza, los cuales involucran una expectativa de rechazo por parte de los demás y una visión negativa de la propia persona. Por otro lado, los esquemas de subyugación y necesidad de aprobación que componen el dominio de orientación a los demás implican satisfacer las necesidades emocionales y los deseos de los demás sin tener en cuenta las propias necesidades y preferencias. Por lo tanto, ambos dominios de esquema poseen un enfoque en temas interpersonales. Por su parte, las inferencias negativas implican interpretar que los problemas están provocados por causas estables y globales de la propia persona, y que tendrán consecuencias no deseables. Los resultados de este estudio muestran que tales interpretaciones realizadas sobre eventos negativos de carácter social (p. ej., No te invitan a una fiesta de cumpleaños a la que van varios amigos) son mucho más perjudiciales para aquellas personas que poseen la expectativa de que serán rechazadas y/o que otorgan un gran valor a las relaciones sociales y a la aceptación por parte de los demás. Este resultado es coherente con el resultado obtenido por Calvete (2011a), quien encontró que el impacto de las inferencias negativas acerca de estresores sociales en los síntomas de depresión fue mayor para adolescentes con altas puntuaciones en el esquema de sociotropía. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en ambos estudios, se puede concluir que aquellos esquemas de carácter interpersonal interactúan con las inferencias negativas acerca de estresores sociales en la predicción de síntomas de depresión en la adolescencia.

Sin embargo, en contra de lo esperado, la asociación entre las inferencias negativas acerca de las causas, las consecuencias y la propia persona sobre

estresores de rendimiento y los síntomas de depresión es más grande para aquellas personas que puntuaron bajo en los esquemas disfuncionales tempranos de los dominios de desconexión y rechazo y orientación a los demás. Hasta la fecha no se tiene constancia de estudios previos que examinen la relación interactiva entre los esquemas disfuncionales tempranos del dominio de desconexión y rechazo y orientación a los demás y las inferencias negativas acerca de estresores de rendimiento, y por lo tanto, es difícil explicar los resultados observados en el presente estudio. Futuras investigaciones deberán replicar estos resultados para determinar su solidez.

Al mismo tiempo, y de acuerdo con lo previsto, las inferencias negativas relativas a estresores sociales no moderaron la asociación predictiva entre los esquemas del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento y síntomas de depresión. Sin embargo, en contra de lo esperado, las inferencias negativas acerca de estresores de rendimiento tampoco interactuaron con los esquemas del dominio de autonomía deteriorada y rendimiento para predecir incrementos en los síntomas de depresión en la muestra. Es decir, la relación entre las inferencias negativas acerca de estresores de rendimiento y los síntomas de depresión no varía en función de las puntuaciones en esquemas disfuncionales tempranos. El fallo del presente estudio en proporcionar apoyo al modelo de interacción propuesto exige que futuras investigaciones examinen enfoques interactivos alternativos, que pueden dar lugar a una mayor comprensión acerca de los procesos que subyacen a la depresión.

Conclusión: Los resultados obtenidos en esta parte del estudio, junto con los obtenidos en otros estudios previos (Abela, 2002; Abela y Payne, 2003; Abela y Taylor, 2003; Abela y Skitch, 2007; Abela y Sullivan, 2003; Alloy et al., 2000;

Calvete, 2011a; Conley et al., 2001; Metalsky et al., 1993; Robinson y Alloy, 2003; Robinson et al., 1995; Southall y Roberts, 2002), respaldan en parte la idea más general de que diferentes factores cognitivos interactúan entre sí para predecir síntomas de depresión. Consecuentemente, resulta necesario que futuras investigaciones examinen las relaciones interactivas entre los diferentes factores de vulnerabilidad y riesgo propuestos por las diversas teorías cognitivas.

8.2. Las inferencias negativas median la asociación predictiva entre los esquemas disfuncionales tempranos y los síntomas de depresión en adolescentes

Este segundo enfoque examinó si como se propone en la estructura jerárquica de las cogniciones de Beck la relación entre los esquemas (Young, 1999; Young et al., 2003) y el desarrollo prospectivo y el mantenimiento de los síntomas de depresión en adolescentes está mediada por los productos cognitivos de la teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson et al., 1989). Los resultados proporcionaron apoyo parcial para la hipótesis relativa a que las inferencias negativas median la relación predictiva entre esquemas disfuncionales tempranos y síntomas de depresión. La asociación entre esquemas disfuncionales tempranos del dominio interpersonal y síntomas de depresión fue mediada por inferencias negativas sobre estresores sociales. Sin embargo, las inferencias negativas sobre estresores de rendimiento no mediaron la relación entre esquemas disfuncionales tempranos de autonomía y síntomas de depresión.

Así, la hipótesis de mediación fue observada para esquemas disfuncionales tempranos del dominio interpersonal, que incluye miedo al abandono,

percepciones de desconfianza, privación afectiva, deficiencia y vergüenza, subyugación a los deseos de las demás personas y necesidad de aceptación. Es decir, los adolescentes que creen que sus propias necesidades de seguridad, estabilidad, empatía y amor no se cumplirán y quienes sacrifican sus propias necesidades con el fin de satisfacer las necesidades de las demás personas son más propensos a realizar inferencias negativas acerca de estresores sociales, las cuales, a su vez, contribuyen a un incremento de los síntomas de depresión en el tiempo. Estos resultados son consistentes con aquellos obtenidos por Calvete (2011a), quien encontró que la asociación entre el esquema de sociotropía y síntomas de depresión estaba parcialmente mediado por inferencias negativas sobre estresores sociales. En conjunto, estos resultados indican que las inferencias negativas sobre estresores sociales son una vía importante a través de la cual los esquemas disfuncionales tempranos centrados en las relaciones interpersonales predicen síntomas de depresión en la adolescencia.

Los esquemas disfuncionales tempranos de autonomía deteriorada y rendimiento predijeron inferencias negativas sobre estresores de rendimiento en el T2. Estos resultados apoyan la investigación previa (Abela, 2002), en la que los individuos con patrones cognitivos estables que implican creencias acerca de la necesidad de logro son más propensos a realizar inferencias negativas sobre estresores de rendimiento. Sin embargo, en contra de nuestra hipótesis y resultados de investigaciones anteriores (Abela y Seligman, 2000), las inferencias negativas sobre rendimiento no predijeron síntomas de depresión en el T3.

De forma interesante, los esquemas de autonomía mostraron un efecto directo en los síntomas de depresión. Esto es, aquellos adolescentes que puntuaron alto en esquemas disfuncionales tempranos centrados en la autonomía

experimentaron un incremento en los síntomas de depresión a lo largo del tiempo, pero esta relación prospectiva no estuvo explicada por las inferencias negativas que hicieron sobre los estresores de rendimiento. Como se ha mencionado, estudios previos han encontrado que los esquemas en el dominio de autonomía deteriorada y rendimiento predicen directamente síntomas de depresión (p. ej., Calvete et al., 2012, 2013; 2015; Eberhart et al., 2011). El presente estudio confirma que los esquemas de autonomía están asociados de forma longitudinal con los síntomas de depresión, pero que esta relación no está mediada a través de la elaboración de inferencias negativas acerca de estresores de logro. Estudios futuros deben examinar otros mecanismos mediante los cuales estos esquemas disfuncionales tempranos pueden operar, incluyendo respuestas de afrontamiento y rumiación. Por ejemplo, la teoría de Young postula que los esquemas operan a través de las estrategias de afrontamiento tales como la evitación, la compensación y el rendimiento, y que estas respuestas de afrontamiento pueden dar lugar a diferentes dificultades emocionales (Young et al., 2003). Aunque la investigación transversal ha proporcionado apoyo para esta hipótesis (Calvete, Corral y Estévez, 2007), se requieren estudios longitudinales.

En general, los resultados encontrados en relación al enfoque de mediación, replican y amplían significativamente investigaciones anteriores mostrando que ciertos riesgos cognitivos, específicamente las inferencias negativas en este estudio, longitudinalmente median la relación entre las vulnerabilidades cognitivas duraderas, específicamente esquemas disfuncionales tempranos, y los síntomas de depresión (Calvete, 2011a; Pössel y Thomas, 2010; Spasojevic y Alloy, 2001). Estos resultados también son consistentes con la investigación sobre conducta agresiva (Calvete y Orue, 2012; Orue et al., 2014; Zelli, Dodge, Laird y Lochman, 1999), ansiedad social (Calvete et al., 2013) y el papel de la rumiación

como mecanismo mediador entre esquemas y síntomas de depresión (Orue et al., 2014).

8.3. Limitaciones e implicaciones

A pesar de su contribución científica al campo de la depresión adolescente, esta tesis doctoral adolece de varias limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar sus resultados, y que además tienen implicaciones para las futuras investigaciones en esta área. Una limitación se refiere al uso exclusivo de medidas de auto-informe para evaluar todos los constructos cognitivos (p. ej., esquemas disfuncionales tempranos, inferencias negativas y síntomas de depresión). Las medidas de auto-informe son apropiadas y fiables para evaluar tanto las cogniciones como los síntomas de depresión dada la naturaleza del fenómeno (Robinson et al., 1995). No obstante, resultaría especialmente interesante que estos resultados fueran replicados utilizando entrevistas clínicas diagnósticas y múltiples informantes (p. ej., progenitores, profesorado, iguales) para la medición de los síntomas de depresión, ya que las medidas de auto-informe no son necesariamente generalizables a niveles significativos de depresión (p. ej., depresión mayor). Por otra parte, para llevar a cabo esta tesis doctoral se evaluaron únicamente las subescalas de desconexión y rechazo, orientación a los demás y autonomía deteriorada y rendimiento del YSQ-3 (YSQ-3; Young, 2006), e incluso, para examinar el enfoque de mediación los esquemas de desconexión y rechazo y orientación a los demás se agruparon formando una categoría denominada esquemas interpersonales. Esta selección se llevó a cabo apoyándonos en estudios previos. Sin embargo, futuras investigaciones deberán evaluar las hipótesis de este estudio con los cinco dominios de esquema propuestos por la teoría de esquemas (Young, 1999; Young et al., 2003).

En segundo lugar, dado que se utilizó una muestra comunitaria de adolescentes y se evaluaron síntomas de depresión, se desconoce si estas relaciones también tienen lugar con depresiones clínicas (p. ej., trastorno depresivo mayor). A pesar de esta limitación, el rango de edad seleccionado es de interés en la medida en que investigaciones pasadas han señalado que durante la adolescencia se da un aumento de depresión (Costello et al., 2003; Hankin et al., 1998). Asimismo, la muestra utilizada no es representativa de toda la población española. Más aún, dada la homogeneidad de la muestra (p. ej., muestra caucásica, rango de edad de entre 13-17 años) es necesario que futuras investigaciones examinen si los resultados obtenidos son generalizables, por un lado, al conjunto de la población española y, por otro lado, a poblaciones con diferentes características raciales, lingüísticas y culturales.

En tercer lugar, no se administró una medida de eventos vitales negativos. No obstante, varias investigaciones han puesto de manifiesto que ambas variables cognitivas (esquemas disfuncionales tempranos e inferencias negativas) ejercen un efecto directo en los síntomas de depresión (p. ej., Calvete et al., 2015 para efecto directo de los esquemas disfuncionales tempranos; Calvete, 2011a) para efecto directo de las inferencias negativas). Además, los autores del instrumento ACSQ afirman que dado que en las propias instrucciones del instrumento de medida se solicita que la persona se intente imaginar a sí misma con claridad en cada una de las situaciones descritas y que, además, se ponga a sí misma en cada situación, de cara a responder al cuestionario, se entiende que la persona está de hecho haciendo frente al evento vital negativo planteado.

Por último, futuros estudios deberán integrar variables cognitivas adicionales procedentes de otras teorías cognitivas, tanto de riesgo (p. ej.,

rumiación) como de protección (p. ej., autoestima), así como otros tipos de síntomas adicionales (p. ej., agresividad, ansiedad) para examinar si la integración de los diferentes factores cognitivos examinada predice síntomas de depresión específicamente o también otras formas de psicopatología. También deberán utilizar diferentes enfoques para la conceptualización de las relaciones entre los diferentes factores como, por ejemplo, el enfoque del eslabón más débil o el enfoque aditivo (Abela y Hankin, 2008), enfoques que hasta la fecha han sido más extensamente utilizados para examinar las relaciones existentes entre diferentes constructos cognitivos de una misma teoría (p. ej., Abela y Sarin, 2002; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004).

A pesar de las limitaciones, lo novedoso y relevante de esta investigación radica en lo que sigue. Esta investigación contribuye a la comprensión de la etiología y mantenimiento de los síntomas de depresión en adolescentes, siendo la primera investigación longitudinal que examina la integración entre los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas como predictora de síntomas de depresión a lo largo del tiempo. Además, el estudio considera y diferencia entre aquellos esquemas e inferencias del dominio interpersonal por un lado y los esquemas e inferencias de autonomía por otro.

Los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral tienen implicaciones tanto para la investigación futura como para las intervenciones con jóvenes adolescentes. Desde el punto de vista teórico, se subraya la importancia de la integración del modelo de terapia de esquemas y de la teoría de la desesperanza de la depresión con el objetivo de alcanzar una comprensión más profunda de los mecanismos implicados en el desarrollo de respuestas depresivas que tienen lugar en la adolescencia. En resumen, los resultados globales obtenidos muestran que

ambos tipos de vulnerabilidades contribuyen al desarrollo de depresión y proporcionan apoyo parcial a la integración de los esquemas disfuncionales tempranos y las inferencias negativas usando los enfoques de interacción y mediación.

Desde el punto de vista clínico, para mejorar la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales orientadas al tratamiento de la depresión en población adolescente, así como los programas de prevención, resulta relevante tener en consideración las relaciones existentes entre los diferentes factores cognitivos negativos (p. ej., esquemas disfuncionales tempranos e inferencias negativas), ya que tales relaciones pueden contribuir a la aparición de sintomatología depresiva. De forma específica, las intervenciones deben ir dirigidas a ayudar a los y las adolescentes a entender el rol que los esquemas disfuncionales tempranos juegan cuando realizan interpretaciones acerca de las causas, las consecuencias y las características propias de los estresores que tienen lugar en sus vidas. Incrementar la conciencia sobre los esquemas disfuncionales tempranos debe dar lugar a inferencias más adaptativas y, por lo tanto, a una reducción de los síntomas de depresión experimentados.

REFERENCIAS

- Abela, J. R. Z. (2001). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 241-254. doi: 10.1023/A:101333815728
- Abela, J. R. Z. (2002). Depressive mood reactions to failure in the achievement domain: A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 531-552. doi: 10.1023/A:1016236018858
- Abela, J. R. Z. y Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In J. R. Z. Abela y B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 35-78). New York: Guilford.
- Abela, J. R. Z. y McGirr, A. (2007). Operationalizing “cognitive vulnerability” and “stress” from the perspective of the hopelessness theory: A multi-wave longitudinal study of children of affectively ill parents. *British Journal of Clinical Psychology*, 46. doi: 10.1348/014466507X192023
- Abela, J. R. Z., McGirr, A., y Skitch, S. A. (2007). Depressogenic inferential styles, negative events, and depressive symptoms in youth: An attempt to reconcile past inconsistent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2397-2406. doi: 10.1016/j.brat.2007.03.012
- Abela, J. R. Z., Parkinson, C., Stolorow, D. y Starrs, C. (2009). A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in

- middle adolescence. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 38, 354-364. doi: 10.1080/15374410902851630
- Abela, J. R. Z. y Payne, A. V. L. (2003). A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in school children. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 519-535. doi: 10.1023/A:1026303020478
- Abela, J. R. Z. y Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 811-829. doi: 10.1023/A:1021245618183
- Abela, J. R. Z. y Seligman, M. E. P. (2000). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 361-378. doi: 10.1023/A:1005571518032
- Abela, J. R. Z. y Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes as a cognitive vulnerability factor for depression in children of affectively ill parents: A multiwave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1127-1140. doi: 10.1016/j.brat.2006.09.011
- Abela, J. R. Z., Skitch, S. A., Adams, P., y Hankin, B. L. (2006). The timing of parent and child depression: A hopelessness theory perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 253-263. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_9
- Abela, J. R. Z., Stolorow, D., Mineka, S., Yao, S., Zhao Zhu, X. y Hankin, B. L. (2011). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescents in

- urban and rural hunan, China: a multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 765-778. doi: 10.1037/a0025295
- Abela, J. R. Z. y Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23, 384-404. doi: 10.1177/0272431603258345
- Abela, J. R. Z. y Taylor, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in children: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, 32, 408-418. doi: 10.1207/S15374424JCCP3203_09
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., y Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. In G. M. Buchanan y M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 113-114). Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Alloy, L. B. y Clements, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive therapy and Research*, 22, 303-335. doi: 10.1023/A:1018753028007
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. C., Rose, D. T., Robinson, M. S., et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive

- Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis-I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418. doi: 10.1037/0021-843X.109.3.403
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, , G., et al. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59, 893-901. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.893
- Auerbach, R. P. y Ho, M. R. (2012). A cognitive-interpersonal model of adolescent depression: the impact of family conflict and depressogenic cognitive styles. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 792-802. doi: 10.1080/15374416.2012.727760
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333. doi: 10.1001/archpsyc.1963.01720160014002
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton y J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149. doi: 10.11001/jama.1975.032600240050026
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory II: manual*. San Antonio. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. y Young, J. E. (1985). Depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 206-244). New York: The Guilford Press.

- Bennet, D. S. y Bates, J. E. (1995). Prospective models of depressive symptoms in early adolescence: Attributional style, stress, and support. *Journal of Early Adolescence*, 15, 299-315. doi: 10.1177/0272431695015003002
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De Las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29 (1), 134-140. doi: 10.6018/analesps.29.1.137831
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: A research Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Blankstein, K. R. y Flett, G. L. (1993). *Development of the general hassles scale for students*. Unpublished manuscript, University of Toronto at Mississauga.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148. doi: 10.1037/0003-066X.36.2.129
- Boyd, J. H., Weissman, M., Thompson, W. D. y Myers, J. K. (1982). Screening for depression in a community sample: Understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1195-1200. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290100059010
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez Bernardos, M. L., Bersabe, R. M. y Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescents: Resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.

- Brooks, T. L., Harris, S. K., Thrall, J. S. y Woods, E. R. (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 31, 240-246. doi: 10.1016/51054-139x(02)00385-3
- Brozina, K. y Abela, J. R. Z. (2006). Symptoms of hopelessness depression and anxiety in children: Specificity of the hopelessness theory. *Journal of of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 515-527. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_3
- Calvete, E. (2011a). Integrating sociotropy, negative inferences and social stressors as explanations for the development of depression in adolescence: interactive and mediational mechanisms. *Cognitive Therapy & Research*, 35, 477-490. doi: 10.1007/s10608-010-9320-4
- Calvete, E. (2011b). Temporal relationships between inferential style and depressive symptoms in adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 438-457. doi: 10.1521/ijct.2011.4.4.438
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38, 735-746. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- 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, 179-190.

- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 369-382. doi: 10.1080/10615800701628850
- Calvete, E. y Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 105-117. doi: 10.1007/s10802-011-9546-y
- Calvete, E., Orue, I., y Hankin, B. L. (2012). Depression in adolescents: reciprocal influences between depression, stress and cognitive vulnerabilities. *European Psychiatry*, 27, 1-1. doi: 10.1016/s0924-9338(12)74438-3
- Calvete, E., Orue, I., y Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 399-410. doi: 10.1007/s10802-012-9691-y
- Calvete, E., Orue, I., y Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99. doi: 10.1007/s10862-014-9438-x
- Calvete, E., Villardón, L., y Estévez, A. (2008). Attributional style and depressive symptoms in adolescents: an examination of the role of various indicators of cognitive vulnerability. *Behaviour Research & Therapy*, 46, 944-953. doi: 10.1016/j.brat.2008.04.010

- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescents. *Ansiedad y Estrés*, 13, 215-227.
- Cámara, M. y Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. doi: 10.1007/s10862-011-9261-6
- Cheung, C. K. y Bagley, C. (1998). Validating an American scale in Hong-Kong: The center for epidemiological studies depression scale (CES-D). *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 132, 169-186. doi: 10.1080/00223989809599157
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J. y Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the adolescent perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541. doi: 10.1037/0022-006X.55.4.534
- Conley, C. S., Haines, B. A., Hilt, L. M., y Metalsky, G. I. (2001). The children's attributional style interview: Developmental test of cognitive diathesis-stress theories of depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 445-463. doi: 10.1023/A:1010451604161
- Connor-Smith, J. y Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: coping as a mediator or moderator of sociotropy and depressive and anxiety symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55. doi: 10.1023/A:1013889504101

- Cooper, M. J., Rose, K. S., y Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 60-64. doi: 10.1002/eat.20157
- Costello, E. J. y Angold. A. (1988). Scales to assess child and adolescent depression: checklist, screens and nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737. doi: 10.1097/00004583-198811000-00011
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Crocker, J., Alloy, L. B., y Kayne, N. T. (1990). Depression, self-esteem, and attributional style. Manuscript under editorial review.
- Cukor, D., y McGinn, L. K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 19-34. doi: 10.1300/J070v15n0302
- Del Barrio, V. (2000). *La depression infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Derogatis, L. R. (1993a). Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

- Derogatis, L. (1983b). SCL-90-R administration scoring and procedures manual-II for the (R)evised version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dixon, J. F. y Ahrens, A. H. (1992). Stress and attributional styles as predictors of self-reported depression in children. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 623-634. doi: 10.1007/BF01175403
- Dweck, C. S. y Licht, B. G. (1980). Learned helplessness and intellectual achievement. In J. Garber y M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and application* (pp. 197-221). New York: Academic Press.
- Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., y Abela, J. R. Z. (2011). Maladaptive schemas and depression: tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 30(1), 75-104. doi: 10.1521/jscp.2011.30.1.75
- Elliott, D. y Briere, J. (1992). Sexual abuse and trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TCS-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Ellis, L. K. y Rothbart, M. K. (2001). Revision of the early adolescent temperament questionnaire. Poster presented at the 2001. Biennial Meeting of the Society of Research in Child Development, Minneapolis, Minnesota.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., y Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72. doi: 10.1001/archpsyc.62.1.66

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescents no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 39, 217-25.
- Gibb, B. E. y Alloy, L. B. (2006). A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 264-274. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_10
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., y Petrocelli, J. V. (2002). The early maldaptive schema questionnaire-short form: a construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 2-13.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramirez, R., Chavez, L., Shrout, P., Bird, H., et al. (2005). Examining minor depression and major depression in adolescents. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 46, 888-899. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (Eds.). (2002). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.
- Hammen, C. L., Adrian, C., e Hiroto, D. (1988). A longitudinal test of the attributional vulnerability model of depression in children at risk for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 37-46. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_9
- Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability-stress model of depression during adolescence: investigating depressive symptom specificity in a multi-wave

- prospective study. *J Abnorm Child Psychol*, 36, 999-1014. doi: 10.1007/s10802-008-9228-6
- Hankin, B. L. y Abela, J. R. Z. (2005). Depression from childhood through adolescence and adulthood: A developmental vulnerability-stress perspective. In Hankin, B. L. y Abela, J. R. Z. (Eds.), *Development of Psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Child and Adolescent Clinical Psychology*, 31, 491-504. doi: 10.1207/S15374424JCCP3104_8
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. y Haeffel, G. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 309-345. doi: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., y Angell, K. A. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-141. doi: 10.1037/0021-843X.107.0.128
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., y Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632. doi: 10.1023/A:1005561616506

- Hankin, B. L., Fraley, R. C., y Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: Evidence for a trait-like depressogenic cognitive style and the prediction of *depressive* symptoms trajectories in a prospective daily diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 673-685. doi: 10.1037/0022-3514.88.4.673
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810170065010
- Harris, A. E., y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in Young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Hilsman, R. y Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380. doi: 10.1037/0022-3514.69.2.370
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Ingram, R. E. y Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin y J. R. Z. Abela (Eds.). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R. E. y Price, J. M. (2001). *Vulnerability to psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Iwata, N. y Roberts, R. E. (1996). Age differences among Japanese on the center for epidemiologic studies depression scale: An ethnocultural perspective on somatization. *Social Science & Medicine*, 43, 967-974. doi: 10.1016/0277-9536(96)00005-6
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809. doi: 10.1037/0022-3514.37.10.1798
- Joiner, T. E., Jr. (2000). A test of the hopelessness theory of depression in youth psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 167-176. doi: 10.1207/S15374424jccp2902_3
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8 Scientific Software International, Inc.
- Kapornai K. y Vetro, A. (2008). *Depression in children*. Current Opinion in Psychiatry, 21(1), 1-7.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveltd-Dawson, K., y Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510. doi: 10.1037/0022-006X.51.4.504

- Kent, L., Vostanis, P. y Feehan, C. (1997). Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Moods and Feelings Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 565-573. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01543.x
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J. et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 89, 372-380. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. y Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01129-5
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H. L., Milne, B. J. y Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L. y Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(1), 1-24. doi: 10.1007/s10567-006-0013-1
- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203-215. doi: 10.1037/0021-843X.110.2.203

- Little, T., Bovaird, J. A. y Widaman, K. F. (2006). On the merits of orthogonalizing powered and product terms: Implications for modeling interactions among latent variables. *Structural Equation Modeling*, 13, 497-519. doi: 10.1207/s15328007sem1304_1
- Lumley, M. N. y Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3
- Martens, M. P. y Haase, R. F. (2006). Advanced applications of structural equation modeling in counseling psychology research. *The counseling psychologist*, 34, 878-911. doi: 10.1177/0011000005283395
- McGinn, L. K., Cukor, D., y Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242. doi: 10.1007/s10608-005-3166-1
- McGinn, L. K., y Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Eds.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New Yor: The Guilford.
- Méndez, F. X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depression infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563-580.

- Metalsky, G. I., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Semmel, A., y Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617. doi: 10.1037/0022-3514.43.3.612
- Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J., y Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393. doi: 10.1037 / 0022-3514.52.2.386
- Metalsky, G. J., Joiner, T. E., Hardin, T. S., y Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 101-109. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.101
- Mezulis, A. H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A. M. y Hyde, J. S. (2010). Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. *Cogn Ther Res*, 34, 501-513. doi: 10.1007/s10608-009-9281-7
- Millon, T. (1987). Manual for the MCMI-II (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., y Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Montazeri, M. S., Farsani, Z. K., Mehrabi, H. y Shakiba, A. (2013). Relationship between early maladaptive schemas and depression in guidance school

- students in Falavarjan. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23, 178-188.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., y Seligman, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and attributional style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442. doi: 10.1037/0022-3514.51.2.435
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., y Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A five-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.405
- Orue, I., Calvete, E. y Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37, 1281-1291. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.09.004
- Panak, W. F. y Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology*, 4, 145-165. doi: 10.1017/S0954579400005617
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J. y Stemmler, M. (1993). Depression in adolescence. *Am Psychol*, 48, 155-68. doi: 10.1037/0003-066X.48.2.155
- Petrie, K. y Chamberlain, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 485-487. doi: 10.1037/0022-006X.51.4.485

- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., y Campbell, L. F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 183-191. doi: 10.1023/A:1010969321426
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., y Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55(1), 56-64. doi: 10.1001/archpsyc.55.1.56
- Pössel, P. y Thomas D. D. (2010). Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? A three-wave longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 224-240. doi: 10.1002/jclp.20751
- Prinstein, M. J. y Aikins, J. W. (2004). Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 147-158. doi: 10.1023/B:JACP.0000019767.55592.63
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306

- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166. doi: 10.1007/BF01537606
- Rijkeboer, M. M. y Boo, G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 41, 102-109. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.11.001
- Robinson, M. S. y Alloy, L. B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-Reactive Rumination Interact to Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-292. doi: 10.23/A:10239144164469
- Robinson, N. S., Garber, J., y Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 453-463. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.453
- Rudolph, K. D. (2008). Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 673-679. doi: 10.1037/0021-843X.117.3.673
- Rudolph, K. D. y Conley, C. S. (2005). The socioemotional costs and benefits of social-evaluative concerns: Do girls care too much? *Journal of Personality*, 73(1), 115-138. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00306.x

- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. X. y Garber, J. (2014). Prevención de la depression en niños y adolescents: revision y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Schmidt, N., Joiner, T., Young, J., y Telch, M. (1995). The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321. doi: 10.1007/BF02230402
- Schwartz, J. A. J., Kaslow, N. J., Seeley, J. y Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive, and interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 188-198. doi: 10.1207/S15374424jccp2902_5
- Shah, R., y Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 19-25.
- Shrout, P. E. y Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedure and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445. doi: 10.1037/1082-989X.7.4.422
- Simmons, J., Cooper, M. J., Drinkwater, J., y Stewart, A. (2006). Cognitive schemata in depressed adolescent girls and their mothers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 219-232. doi: 10.1017/S1352465805002766
- Southall, D. y Roberts, J. E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 563-579. doi: 10.1023/A:1020457508320

- Spasojevic, J. y Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37. doi: 10.1037//1528-3542.1.1.25
- Spence, S. H., Sheffield, J., Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: Moderators of the impact of negative life events on the development of depressive in adolescence? *Journal of Clinical and Child Psychology*, 31, 219-229. doi: 10.1207/S15374424JCCP3102_07
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Compas, B. E. y Connor-Smith, J. (2005). Parent and adolescent responses to poverty-related stress: tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 283-298. doi: 10.1007/s10826-005-5056-2
- 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, 519-530.
- Wright, M. O., Crawford, E., y Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (1991). *Early maladaptive schemas*. Unpublished manuscript.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

- Young, J. E. (1998). The Young Schema Questionnaire –shortened inventory.
<http://www.schematherapy.com>.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota: Professional Resource Press / Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. y Brown, G. (1990). *Schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young schemas questionnaire-S1*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Zelli, A., Dodge, K. A., Laird, R. D. y Lochman, J. E. (1999). The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 150-166.

ANEXO: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Somos un equipo de psicólogas de la Universidad de Deusto. Queremos pedirte tu colaboración en este estudio sobre las emociones que pueden tener chicos y chicas de tu edad. Tu participación es voluntaria. En el estudio vais a participar más de 1000 jóvenes.

Puedes sentirte seguro/a a la hora de contestar porque toda la información que nos des es **completamente confidencial** y es para el uso exclusivo de los investigadores de este estudio.

Es muy importante que contestes con sinceridad. Si hay alguna pregunta que prefieras dejar en blanco puedes hacerlo, pero no olvides que tus respuestas son muy valiosas para ayudarnos a conocer mejor las emociones y sentimientos de los jóvenes de tu edad. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés seguro/a, basa tu respuesta en lo que *realmente sientes no en lo que pienses que es más adecuado*.

Dentro de aproximadamente siete meses volveremos al aula para haceros más preguntas.

No dudes en preguntar a las investigadoras cualquier duda que se te ocurra.

Indica los siguientes datos:

Inicial 3ºapellido: _____ Inicial 4ºapellido: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Chica ♀: ☐

Chico ♂: ☐

Por favor intenta imaginarte a ti mismo/a con claridad en cada una de las situaciones siguientes. Ponte a ti mismo/a en cada situación y decide cuál crees que sería la **causa principal** del acontecimiento si realmente te ocurriera a **ti**. A continuación te preguntaremos algunas cuestiones sobre qué **significaría** para ti la situación si te ocurriera realmente.

1. SACAS UNA MALA NOTA EN UN EXAMEN.

a. ¿Sacaste mala nota por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que sacaste mala nota hará que saques también malas notas en el futuro?

Nunca más hará que saque mala nota en un examen	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que saque malas notas en los exámenes
---	---------------	--

c. ¿Crees que la razón de tu mala nota provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente causará problemas en mis notas de los exámenes	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
--	---------------	---

d. ¿Crees que te sucederán otras cosas malas como consecuencia de tu mala nota en el examen?

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

e. ¿Crees que algo falla en ti ya que sacaste mala nota en el examen?

No quiere decir que algo falle en mí	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mí
--------------------------------------	---------------	---

2. QUIERES TENER NOVIO O NOVIA PERO NO LO TIENES.

a. ¿No tienes novio / novia por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que no tienes novio/a hará que no tengas novio/a tampoco en el futuro?

Nunca más hará que no tenga novio / novia	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que no tenga novio / novia
---	---------------	---

c. ¿Crees que la razón por la que no tienes novio/a provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente causará problemas en mi vida amorosa	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
--	---------------	---

d. ¿Crees que te sucederán otras cosas malas debido a que no tienes novio / novia?

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

e. ¿Crees que algo falla en ti ya que no tienes novio / novia?

No quiere decir que algo falle en mi	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mi
--------------------------------------	---------------	---

3. TIENES UNA GRAN BRONCA CON TUS PADRES.

a. ¿Tuviste una bronca con tus padres por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que tuviste una bronca con tus padres hará que te pelees con ellos de nuevo en el futuro?

Nunca más hará que tenga una pelea con mis padres	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que tenga peleas con mis padres
---	---------------	--

c. ¿Crees que la razón de que tuvieras una bronca con tus padres provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente causará problemas con mis padres	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
--	---------------	---

d. ¿Crees que te sucederán otras cosas malas como consecuencia de haber tenido una bronca con tus padres?

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

e. ¿Crees que algo falla en ti ya que tuviste una bronca con tus padres?

No quiere decir que algo falle en mi	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mi
--------------------------------------	---------------	---

4. NO TE INVITAN A UNA FIESTA DE CUMPLEAÑOS A LA QUE VAN VARIOS AMIGOS.

a. ¿No te invitaron por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que no te invitaron hará que tampoco consigas otras citas en el futuro?

Nunca más hará que no consiga una cita	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que no consiga citas
--	---------------	---

c. ¿Crees que la razón por la que te invitaron provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente me causará problemas a la hora de conseguir citas	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
---	---------------	---

d. ¿Crees que te sucederán otras cosas malas como consecuencia de que no te invitaran?

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

e. ¿Crees que algo falla en ti ya que no te invitaron?

No quiere decir que algo falle en mí	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mí
--------------------------------------	---------------	---

5. TU PROFESOR/A TE RIÑE EN CLASE.

a. ¿Tu profesor te riñó por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que tu profesor te riñó hará que te chille de nuevo también en el futuro?

Nunca más hará que mi profesor me chille	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que mi profesor me chille
--	---------------	--

c. ¿Crees que la razón por la que te riñó tu profesor provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente causará problemas en el colegio / instituto	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
---	---------------	---

d. ¿Crees que te sucederán otras cosas malas debido a que tu profesor te riñó?

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

e. ¿Crees que algo falla en ti puesto que tu profesor te riñó?

No quiere decir que algo falle en mí	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mí
--------------------------------------	---------------	---

6. ALGUIEN DICE ALGO MALO SOBRE TU ASPECTO.

a. ¿Alguien dijo algo malo sobre tu aspecto por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

b. ¿Crees que la razón por la que alguien dijo algo malo sobre tu aspecto hará que la gente diga cosas malas sobre tu aspecto también en el futuro?

Nunca más hará que la gente diga cosas malas sobre mi aspecto	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que la gente diga cosas malas sobre mi aspecto
---	---------------	---

- c. **¿Crees que la razón por la que alguien dijo algo malo sobre tu aspecto provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?**

Solamente causará problemas en lo que la gente diga de mi aspecto	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
---	---------------	---

- d. **¿Crees que te sucederán otras cosas malas debido a que alguien dijo algo malo sobre tu aspecto?**

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

- e. **¿Crees que algo falla en ti ya que alguien dijo algo malo sobre tu aspecto?**

No quiere decir que algo falle en mí	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mí
--------------------------------------	---------------	---

7. EL PROFESOR TE HA PUESTO UN PROBLEMA DIFÍCIL Y NO LO HAS SABIDO RESOLVER.

- a. **¿No supiste resolver el problema por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?**

Totalmente causado por alguna otra razón	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo
--	---------------	---

- b. **¿Crees que la razón por la cual no supiste resolver el problema hará que no sepas resolver problemas en un futuro?**

Nunca más hará que no sepa resolver un problema	1 2 3 4 5 6 7	En el futuro volverá a hacer que no sepa resolver un problema
---	---------------	---

- c. **¿Crees que la razón por la cual no supiste resolver el problema provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?**

Solamente causará dificultades en resolver problemas	1 2 3 4 5 6 7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida
--	---------------	---

- d. **¿Crees que te sucederán otras cosas malas como consecuencia de no haber sabido responder el problema?**

Nada malo sucederá	1 2 3 4 5 6 7	Sucedrán cosas muy malas
--------------------	---------------	--------------------------

- e. **¿Crees que algo falla en ti ya que no supiste resolver el problema?**

No quiere decir que algo falle en mí	1 2 3 4 5 6 7	Claramente significa que algo falla en mí
--------------------------------------	---------------	---

Indica con qué frecuencia experimentaste cada una de las siguientes vivencias durante el último mes.

1= Prácticamente nunca

2= Algunas veces

3= Bastantes veces

4= Casi todo el tiempo

1 2 3 4	1. Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.
1 2 3 4	2. Sentí que era tan bueno/a como otras personas.
1 2 3 4	3. Me sentí molesto/a por cosas que habitualmente no me molestan.
1 2 3 4	4. Las personas eran poco amistosas.
1 2 3 4	5. Tuve dificultades en concentrarme en los que estaba haciendo.
1 2 3 4	6. Me sentí deprimido/a.
1 2 3 4	7. Me sentí esperanzado/a respecto al futuro.
1 2 3 4	8. No tenía ganas de comer.
1 2 3 4	9. Sentí que no gustaba a la gente.
1 2 3 4	10.Sentí que mi vida había sido un fracaso.
1 2 3 4	11.Me sentí solo/a.
1 2 3 4	12.Fui feliz.
1 2 3 4	13.Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.
1 2 3 4	14.Sentí miedo.
1 2 3 4	15.Tuve ganas de llorar.
1 2 3 4	16.Disfrute de la vida.
1 2 3 4	17.Mi sueño fue agitado o inquieto.
1 2 3 4	18.Hablé menos de lo habitual.
1 2 3 4	19.Me sentí triste.
1 2 3 4	20.Sentí que no podía continuar.

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Escoge la puntuación más elevada de 1 a 6 que te describe y márcalo junto a cada frase.

- | |
|---|
| 1 = Totalmente falso
2 = La mayoría de las veces falso
3 = Más falso que verdadero
4 = Más verdadero que falso
5 = La mayoría de las veces verdadero
6 = Me describe perfectamente |
|---|

1 2 3 4 5 6	1. Sospecho que la gente se aprovechará de mí.
1 2 3 4 5 6	2. Pienso que ningún chico o chica que me guste podría quererme cuando viese mis defectos
1 2 3 4 5 6	3. Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.
1 2 3 4 5 6	4. No hago casi nada en el colegio o instituto tan bien como lo pueden hacer otros.
1 2 3 4 5 6	5. Siento que en cualquier momento podría ocurrirme un desastre (ej., una enfermedad terrible, o un accidente).
1 2 3 4 5 6	6. Sería terrible si no les gustase a mis compañeros/as.
1 2 3 4 5 6	7. Nadie que a mi me guste, querría estar conmigo si me conociese realmente.
1 2 3 4 5 6	8. A la mayoría se le dan mejor que a mí cosas como los estudios y deportes.
1 2 3 4 5 6	9. Tengo la sensación de que algo malo va a ocurrir.
1 2 3 4 5 6	10. Tengo que ser el/la mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo/a mejor.
1 2 3 4 5 6	11. Me aferro mucho a algunas personas porque tengo miedo de que me abandonen.
1 2 3 4 5 6	12. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.
1 2 3 4 5 6	13. Cuando los demás me rechazan, pienso que no merezco la pena.
1 2 3 4 5 6	14. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.
1 2 3 4 5 6	15. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.
1 2 3 4 5 6	16. Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos.

1 2 3 4 5 6	17. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".
1 2 3 4 5 6	18. Me preocupa que me puedan atacar.
1 2 3 4 5 6	19. Me siento incomodo/a rodeado de personas a las que no está claro que les guste.
1 2 3 4 5 6	20. Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie.
1 2 3 4 5 6	21. Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me rechacen que me alejo de ellas.
1 2 3 4 5 6	22. Debo cumplir todas mis responsabilidades.
1 2 3 4 5 6	23. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran apoyo y cariño.
1 2 3 4 5 6	24. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.
1 2 3 4 5 6	25. En las relaciones, dejo que los otros tomen la iniciativa.
1 2 3 4 5 6	26. Cuando estoy con otras personas, busco señales acerca de si les gusta o no estar conmigo.
1 2 3 4 5 6	27. Asumo mis responsabilidades y no busco excusas para mis errores.
1 2 3 4 5 6	28. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.
1 2 3 4 5 6	29. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.
1 2 3 4 5 6	30. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere a los estudios.
1 2 3 4 5 6	31. En mí hay demasiadas cosas que son negativas, como para poder abrirme a los demás.
1 2 3 4 5 6	32. Si alguien critica mi aspecto, siento que no soy atractivo/a para los demás.
1 2 3 4 5 6	33. Cuando creo que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.
1 2 3 4 5 6	34. Soy torpe cuando se trata de rendir en cualquier tarea.
1 2 3 4 5 6	35. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase o que comprendiese mis verdaderas necesidades o sentimientos.
1 2 3 4 5 6	36. No tengo tantas aptitudes para estudiar como la mayoría de la gente.
1 2 3 4 5 6	37. Me preocupa que mi familia pierda todo lo que tiene y acabar en la miseria.
1 2 3 4 5 6	38. Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro/a de lo que hacer.

1 2 3 4 5 6	39. Hago muchas cosas solo por agradar a los demás.
1 2 3 4 5 6	40. Soy bastante desconfiado/a respecto a las intenciones de los demás.
1 2 3 4 5 6	41. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo/a.
1 2 3 4 5 6	42. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que se preocupe realmente por lo que me ocurre
1 2 3 4 5 6	43. Siento que no soy simpático/a.
1 2 3 4 5 6	44. Me preocupa pillar una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.
1 2 3 4 5 6	45. Siento que debo ser agradable con los demás.
1 2 3 4 5 6	46. Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o me abandonen.
1 2 3 4 5 6	47. Siento una presión constante por hacer las cosas y terminirlas.
1 2 3 4 5 6	48. Es importante para mí gustar y ser aceptado por los demás.
1 2 3 4 5 6	49. Cuando me siento feo/a, pienso que no merezco la pena.