

VULNERABILIDAD COGNITIVA AL ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Universidad de Deusto

Tesis doctoral realizada por MARÍA CÁMARA SERRANO

Dirigida por la Dra. ESTHER CALVETE ZUMALDE

La directora

La doctoranda

Bilbao, Marzo de 2009

A Jigme Rimpoché

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Esther Calvete, por su ayuda constante, su disponibilidad, su amplio bagaje, sus cualidades excepcionales como profesora y su apoyo emocional. Ha sido un ejemplo para mí de disciplina, entrega y entusiasmo, cualidades que valoro mucho. Además, ha cumplido su labor de dirigir de forma muy didáctica y generosa y me ha sabido motivar en los momentos críticos.

También agradezco a las compañeras del equipo, Ana, Susana e Izaskun en especial, su ayuda a lo largo de todo el proceso de realización de esta tesis. Me han aportado sus conocimientos en muchas ocasiones, facilitándome la tarea enormemente, además de su compañerismo y amistad. Este largo viaje no hubiese sido lo mismo sin su compañía.

Igualmente, el apoyo de mis padres, Jose Mari, Xavier, familiares y amigos/as ha sido indispensable para soportar las dificultades que se han presentado durante estos años. Gracias a su comprensión, sus ánimos y su valoración he superado todos los obstáculos y proseguido hasta el final. Mi especial agradecimiento a Jigme Rimpoche quien me convenció para embarcarme en este proyecto y quien me ha recordado en todo momento la relevancia del mismo.

Asimismo, gracias a los y las estudiantes que han participado desinteresadamente en este estudio, y que han posibilitado la recogida de datos indispensable para la conclusión del mismo.

Por último, agradezco a Emakunde y al Gobierno Vasco por las subvenciones otorgadas a proyectos relacionados con esta tesis dentro del programa ‘Vulnerabilidad y Estrés’ dirigido por la Dra. Esther Calvete.

La realización de esta tesis ha sido una fuente de aprendizaje y de desarrollo personal para mí, y sin la aportación de todas estas personas nada hubiese sido posible.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO.....	5
1.1. EL ESTRÉS.....	7
1.1.1. <i>DEFINICIÓN Y MODELOS EXPLICATIVOS.....</i>	8
1.1.1.1. Modelos de Estímulo.....	9
1.1.1.2. Modelos de Respuesta.....	10
1.1.1.3. Modelos Interactivos.....	12
1.1.2. <i>LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES.....</i>	14
1.1.3. <i>LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS.....</i>	17
1.1.3.1. Ansiedad y Depresión.....	19
1.1.3.1.1. <i>Ansiedad.....</i>	19
1.1.3.1.2. <i>Depresión.....</i>	20
1.1.4. <i>ESTRÉS Y DESAJUSTE PSICOLÓGICO.....</i>	21
1.2. AFRONTAMIENTO.....	23
1.2.1. <i>APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL AFRONTAMIENTO.....</i>	24
1.2.2. <i>DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO.....</i>	27
1.2.3. <i>MEDICIÓN DEL AFRONTAMIENTO.....</i>	33
1.2.4. <i>AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DE ESTRÉS.....</i>	35
1.2.4.1. Modelo de Efecto Principal.....	36
1.3. CONCLUSIONES.....	41
CAPÍTULO II: MODELO COGNITIVO Y SINTOMAS DE ESTRÉS.....	45
2.1. SUPUESTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO COGNITIVO.....	47
2.2. MODELOS DE VULNERABILIDAD COGNITIVA AL ESTRÉS.....	49
2.2.1. <i>MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE BECK.....</i>	52
2.2.1.1. La Tríada Cognitiva.....	52
2.2.1.2. Distorsiones Cognitivas.....	53
2.2.1.3. Los Esquemas Mentales.....	54
2.2.1.3.1. <i>Niveles Cognitivos.....</i>	54
2.2.1.3.2. <i>El concepto de Esquema.....</i>	55
2.2.1.3.3. <i>Mecanismos de funcionamiento.....</i>	56
2.2.1.3.4. <i>Organización de los esquemas.....</i>	57
2.2.1.4. Apoyo empírico al Modelo de Beck.....	58
2.2.2. <i>MODELO DE LA DESESPERANZA DE ABRAMSON.....</i>	60
2.2.3. <i>MODELO DE LA VULNERABILIDAD INMINENTE.....</i>	63
2.3. TEORÍA DE LA ESPECIFICIDAD COGNITIVA.....	64

2.4. MODELO DE LOS ESQUEMAS DE YOUNG.....	70
2.4.1. ORÍGENES HISTÓRICOS.....	70
2.4.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO.....	71
2.4.2.1. Los Esquemas Inadaptados Tempranos.....	72
2.4.2.2. Los Dominios.....	77
2.4.2.3. Los Procesos de los Esquemas.....	79
2.4.2.4. Los Modos.....	79
2.4.3. MEDICIÓN DE LOS ESQUEMAS.....	80
2.4.4. APLICACIONES DE LA TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS.....	81
2.4.5. EVIDENCIA EMPÍRICA DEL MODELO DE LOS ESQUEMAS.....	82
2.4.5.1. Origen de los Esquemas.....	82
2.4.5.2. Relación entre Esquemas y Desajuste.....	83
2.5. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DESAJUSTE.....	88
2.6. COGNICIÓN Y AFRONTAMIENTO.....	89
2.7. CONCLUSIONES.....	93
CAPÍTULO III: EL APOYO SOCIAL.....	97
3.1. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL APOYO SOCIAL.....	99
3.1.1. NIVELES DE ANÁLISIS.....	100
3.1.2. PERSPECTIVAS DE ESTUDIO.....	101
3.1.2.1. Perspectiva Estructural.....	101
3.1.2.2. Perspectiva Funcional.....	101
3.1.2.3. Perspectiva Contextual.....	102
3.1.3. APOYO RECIBIDO VERSUS PERCIBIDO.....	103
3.2. APOYO SOCIAL Y ESTRÉS.....	106
3.2.1. MODELO DIRECTO O DE EFECTO PRINCIPAL.....	106
3.2.2. MODELO PROTECTOR O DE EFECTO AMORTIGUADOR.....	108
3.2.3. VALORACIÓN CRÍTICA DE LOS DOS MODELOS.....	111
3.2.4. MODELOS DE AFRONTAMIENTO.....	113
3.2.4.1. Modelo de Recursos de Afrontamiento.....	114
3.3. CONCLUSIONES.....	117
CAPÍTULO IV: EL PRESENTE ESTUDIO.....	121
4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	123
4.2. MÉTODO.....	126
4.2.1. PARTICIPANTES.....	126
4.2.2. PROCEDIMIENTO.....	128
4.2.3. INSTRUMENTOS.....	129

CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	135
5.1. DESCRIPTIVOS GENERALES.....	137
5.2. ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y SÍNTOMAS.....	141
5.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS.....	143
5.4. VARIABLES COGNITIVAS Y SÍNTOMAS.....	140
5.5. ESTILO COGNITIVO COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS.....	156
5.5.1. <i>TEST DE MODERACION EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN</i>	156
5.5.1.1. Resultados transversales.....	156
5.5.1.2. Resultados longitudinales.....	162
5.5.2. <i>TEST DE MODERACION EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD</i>	174
5.5.2.1. Resultados transversales.....	174
5.5.2.2. Resultados longitudinales.....	178
5.6. MEDIACIÓN DEL AFRONTAMIENTO ENTRE VARIABLES COGNITIVAS Y SÍNTOMAS.....	186
5.6.1. <i>TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN</i>	187
5.6.1.1. Resultados transversales.....	187
5.6.1.2. Resultados longitudinales.....	197
5.6.1.3. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados transversales..	206
5.6.1.4. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados longitudinales	213
5.6.2. <i>TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD</i>	219
5.6.2.1. Resultados transversales.....	219
5.6.2.2. Resultados longitudinales.....	228
5.6.2.3. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados transversales...	238
5.6.2.4. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados longitudinales.	245
5.7. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS.....	251
5.7.1. <i>TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN:</i> <i>RESULTADOS TRANSVERSALES</i>	251
5.7.1.1 El apoyo social y los sucesos totales.....	252
5.7.1.2. El apoyo social y los sucesos vitales.....	253
5.7.1.3. El apoyo social y los sucesos sociales.....	256
5.7.2. <i>TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN:</i> <i>RESULTADOS LONGITUDINALES</i>	257
5.7.2.1 El apoyo social y los sucesos totales.....	257
5.7.2.2. El apoyo social y los sucesos vitales.....	259

5.7.2.3. El apoyo social y los sucesos sociales.....	261
5.7.3. <i>TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD:</i>	
<i>RESULTADOS TRANSVERSALES</i>	262
5.7.3.1 El apoyo social y los sucesos totales.....	263
5.7.3.2. El apoyo social y los sucesos vitales.....	264
5.7.3.3. El apoyo social y los sucesos sociales.....	265
5.7.4. <i>TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD:</i>	
<i>RESULTADOS LONGITUDINALES</i>	266
5.7.4.1 El apoyo social y los sucesos totales.....	266
5.7.4.2. El apoyo social y los sucesos vitales.....	267
5.7.4.3. El apoyo social y los sucesos sociales.....	270
5.8. MEDIACIÓN DEL AFRONTAMIENTO ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LOS SÍNTOMAS.....	271
5.8.1. <i>TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN</i>	271
5.8.1.1. Resultados transversales.....	271
5.8.1.2. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados transversales...	276
5.8.2. <i>TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD</i>	281
5.8.2.1. Resultados transversales.....	281
5.8.2.2. Mediación del porcentaje de distanciamiento: Resultados transversales...	285
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	291
6.1. LOS ACONTECIMIENTOS COMO PREDICTORES DE LOS SÍNTOMAS	293
6.2. LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS A LOS SÍNTOMAS	295
6.3. EL ESTILO COGNITIVO COMO PREDICTOR DE LOS SÍNTOMAS.....	297
6.4. EL ESTILO COGNITIVO COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS: ESPECIFICIDAD COGNITIVA.....	299
6.5. EL AFRONTAMIENTO COMO MEDIADOR ENTRE LOS ESQUEMAS COGNITIVOS Y LOS SÍNTOMAS.....	304
6.6. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS.....	308
6.7. EL AFRONTAMIENTO COMO MEDIADOR ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LOS SÍNTOMAS.....	311
6.8. LIMITACIONES Y DIRECCIONES FUTURAS.....	313
6.9. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN.....	316
6.10. CONCLUSIONES FINALES.....	318
REFERENCIAS	321

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta las previsiones del estudio epidemiológico de la OMS (ESEMeD/MHDEA 2000, 2004b), si seguimos la tendencia actual se estima que el 20,8% de la población española está en riesgo de sufrir un trastorno de ánimo a lo largo de su vida y el 13,3% cualquier trastorno de ansiedad. Si consideramos los trastornos de ansiedad y depresión dentro del mismo continuo que los síntomas ansiosos y depresivos (Eysenck, 1997), resulta de especial interés el estudio de sus factores de riesgo para su aplicación en la prevención y la intervención.

Desde hace décadas se estudia el papel de los acontecimientos vitales en el desarrollo de síntomas de estrés y, en esta investigación, se evaluará en estudiantes universitarios de primeros cursos. Son muchos los estudios que han comprobado que la incorporación a la vida universitaria constituye un periodo de especial vulnerabilidad para desarrollar algún trastorno emocional (Bouteyre, Maurel y Bernaud, 2007; Park y Adler, 2003; Tao, Dong, Pratt, Hunsberger y Pancer, 2000). Las exigencias académicas, el cambio del sistema de estudios, conocer a gente nueva y, en algunos casos, abandonar el hogar familiar caracterizan a esta etapa de transición. Sin embargo, gran parte de las investigaciones en este ámbito se han llevado a cabo en culturas anglosajonas cuyas condiciones vitales son bien distintas. A este respecto, en esta tesis se evaluarán los acontecimientos que más frecuentemente afectan a una muestra de 658 estudiantes universitarios de Bizkaia.

Los Modelos de Diátesis al Estrés (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck, 1976) plantean que estos acontecimientos afectarán especialmente a aquellas personas cognitivamente vulnerables desembocando en síntomas depresivos. Los mayoría de estudios que han evaluado este paradigma se han centrado en las actitudes disfuncionales (Modelo Cognitivo de la Depresión; Beck, 1976) y/o el estilo atribucional negativo (Modelo de la Desesperanza; Abramson et al., 1989) como factores de vulnerabilidad cognitiva. Sin embargo, son escasos los estudios que se han basado en otros modelos cognitivos como el Modelo de los Esquemas (Young y Klosko, 1994). Por ese motivo, uno de los principales objetivos de esta tesis es evaluar la vulnerabilidad cognitiva desde el Modelo planteado por Young. Según este autor,

como resultado de la interacción entre el temperamento infantil y los estilos de crianza, las personas desarrollamos una serie de esquemas cognitivos, los esquemas inadaptados tempranos, que van a sentar las bases del auto-concepto y de la concepción del mundo. Aunque existen varias versiones, en este caso se incluirá un sistema de clasificación de 15 esquemas inadaptados tempranos (Abandono, Abuso, Privación emocional, Imperfección, Aislamiento social, Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego, Fracaso, Grandiosidad, Autocontrol insuficiente, Autosacrificio, Subyugación, Inhibición emocional, Estándares inalcanzables) que presumiblemente subyacen a la patología.

En este estudio longitudinal se evaluará el alcance de los esquemas en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión, controlando el solapamiento entre ambos trastornos, que ha sido ampliamente evidenciado en estudios anteriores (Beck y Perkins, 2001; Clark, Steer y Beck, 1994). De este modo, otro objetivo consiste en corroborar la existencia de cierta especificidad referente a los esquemas presentes en la sintomatología ansiosa y depresiva una vez controlado su solapamiento. Hasta el momento, la Hipótesis de la Especificidad del Contenido (Beck, 1976) se ha demostrado sobre todo a nivel de productos cognitivos, donde las cogniciones relacionadas con el fracaso y las pérdidas están presentes en la depresión y aquellas que denotan amenaza o peligro en la ansiedad (Oei y Kwon, 2007). Sin embargo, para llegar a una mayor comprensión de estos trastornos emocionales resulta especialmente interesante evaluarlo a nivel de las estructuras cognitivas (esquemas indaptados tempranos). A los esquemas se añadirán la sociotropía como dimensión de la personalidad que se ha revelado predictora de la depresión (e.g. Husky, Mazure, Maciejewski y Swendsen, 2007), y la orientación negativa a los problemas perteneciente a la categoría de procesos cognitivos más significativos en el desajuste (e.g. Sahler et al., 2002).

Mientras que estas variables cognitivas se han planteado como precipitantes de los síntomas internalizantes, desde la Hipótesis de Amortiguación (Cohen y Wills, 1985) el apoyo social se presenta como un factor protector del estrés. De modo que otro objetivo de esta tesis es evaluar el papel específico del apoyo de padres, amigos y relaciones íntimas en proteger a los estudiantes del impacto de los estresores. Son pocos los estudios longitudinales que incluyen, además, los síntomas de ansiedad en relación

al apoyo social de estudiantes, y hasta el momento ninguno ha sido realizado en una muestra española, a pesar de las claras diferencias culturales existentes en la percepción del apoyo social (Calvete y Connor-Smith, 2006).

Por último, para entender los procesos a través de los cuales tanto el estilo cognitivo como el apoyo social afectan al ajuste psicológico se recurrió al Modelo de los Recursos (Holahan y Moos, 1987). Este modelo sugiere al afrontamiento como mecanismo mediante el cual los recursos individuales y sociales de la persona afectan a los síntomas de estrés. Hasta la fecha sólo existe un estudio en el cual los recursos individuales se han representado por los dominios de los esquemas inadaptados (Calvete, Corral y Estévez, 2007), y ninguno que incluya además la sociotropía y la orientación negativa a los problemas en un diseño longitudinal. Igualmente, el apoyo social de padres, amistades y relaciones íntimas se espera disminuya los síntomas de ansiedad y depresión gracias al uso de estrategias de afrontamiento funcionales y al menor uso de aquellas disfuncionales. A pesar de que son muchos los sistemas de clasificación del afrontamiento, la amplia evidencia existente apunta a las estrategias de distanciamiento (e.g. pensamiento ilusorio, negación y evitación) como predictoras de un aumento de síntomas y a las estrategias de control primario (resolución de problemas, regulación emocional y expresión emocional) y control secundario (distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación) asociadas a menos sintomatología.

CAPITULO I

EL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO

La investigación relacionando el estrés vital y el ajuste psicológico es inseparable del estudio sobre la forma en que se afrontan los acontecimientos. De modo que el concepto de afrontamiento al estrés ha contribuido enormemente a una mejor comprensión de la relación entre el entorno y la salud, mostrando como los procesos de afrontamiento pueden afectar al comportamiento y los caminos a través de los cuales nos adaptamos o no al medio.

En este capítulo se abordarán los distintos modelos explicativos del estrés como preludeo a la aproximación conceptual del afrontamiento, a la cual seguirá una breve revisión de los estudios que relacionan las distintas formas de afrontamiento con el ajuste psicológico.

1.1. EL ESTRÉS

En la sociedad moderna occidental estamos influidos por una ‘cultura del estrés’, constructo relativamente nuevo (Selye, 1976) que se utiliza tanto en el mundo científico como en la cultura popular para explicar conceptos muy distintos. A veces se refiere a los agentes externos o acontecimientos vitales desencadenantes (*Los exámenes son muy estresantes*); en otras ocasiones a los efectos internos en forma de molestias psicológicas, físicas y sociales (*Estoy estresada desde que empecé en este nuevo trabajo*); incluso se identifica con el ejercitar cierta presión (*¡No me estreses que ya lo voy a terminar!*).

Teniendo en cuenta la cantidad de variables que intervienen y por lo tanto se han utilizado, conceptualizado y medido en el estudio del estrés, es conveniente hacer una diferenciación como la elaborada por Jones y Bright (2001) en la Tabla 1.

Estresores	Variables intervenientes	Consecuencias
Eventos vitales mayores - Matrimonio - Pérdida de un ser querido - Divorcio, separación - Enfermedad	Personalidad - Tipo A - Locus de control - Pesimismo - Afecto negativo	Efectos psicológicos - Bienestar psicológico - Ansiedad /depresión - Animo - Satisfacción laboral
Molestias diarias - Discusiones - Averías del coche	Estilos de afrontamiento - Dirigido a la emoción - Dirigido al problema	Funcionamiento fisiológico - Taquicardia - Tensión sanguínea - Secreción de adrenalina
Estresores crónicos - Trabajo excesivo - Conflicto de roles - Vivienda inadecuada	Factores ambientales - Apoyo social - Control de la situación	Enfermedades - Cardiovasculares - Gripe
		Conductas - Funcionamiento laboral - Fumar/beber

Tabla 1: Variables que se han incluido bajo el constructo del estrés (Jones y Bright, 2001)

Pero a pesar de esta falta de claridad en el concepto de estrés, el interés científico y la investigación sobre este fenómeno es muy amplio debido a sus consecuencias en la salud de las personas. Tal y como lo señala Cox (1978; 1995), ha habido una evolución en la conceptualización del estrés desde que comenzó a estudiarse hasta la actualidad con tres principales modelos explicativos.

1.1.1. DEFINICIÓN Y MODELOS EXPLICATIVOS

El concepto de estrés comenzó por ser descrito como una causa externa en el medio o estresor (estrés como estímulo); después se abordó como un sentimiento, respuesta o tensión interna (estrés como respuesta); y por último, las teorías más recientes lo han descrito como la interacción entre el estresor y la valoración individual del mismo (estrés como la interacción).

1.1.1.1. MODELOS DE ESTÍMULO

El primer enfoque se conoce con el nombre de *Modelo de Ingeniería* (*Engineering Model*) por su analogía con la ingeniería puesto que pretende medir el estrés de la persona como si se tratara de una máquina, es decir, un fenómeno externo a la misma. En este modelo se considera al estrés como una característica aversiva del medio. En base a esto, el estrés representa cualquier circunstancia que exige de la persona un cambio en su modo de vida habitual (Holmes y Rahe, 1967).

Así se trata al estrés como una variable independiente y requiere la evaluación de los estímulos que son diagnóstico del estrés. Esto se realiza a través de escalas de medida de los acontecimientos vitales estresantes en los que las personas indican la ocurrencia e intensidad de dichos acontecimientos. Los pioneros en este tipo de instrumentos fueron Holmes y Rahe (1967) con la creación del *Schedule of Recent Experiences* que consiste en un listado de 43 eventos mayores que se había visto precedían a la enfermedad. A partir de entonces se desarrollaron decenas de escalas, algunas de ellas creadas para distintos subgrupos de la población (e.g. niños y adolescentes, soldados de la guerra del Golfo, refugiados, etc.), cuya característica principal es que se basan en categorías generales más que específicas. Lo cual ha resultado en que, a menudo, situaciones tan distintas como una gripe y un ataque al corazón terminen incluyéndose en la misma categoría de ‘haber sufrido una enfermedad seria’ (Dohrenwend, Link, Kern, Shrout y Markowitz, 1990).

El amplio cuerpo de investigación que vincula los acontecimientos con la psicopatología se ha realizado utilizando este tipo de listados, que han sido sujetos a muchas críticas (Dohrenwend, 2006). Por un lado, el porcentaje tan escaso de varianza que explican los acontecimientos (15% en Smith, Smoll y Ptacek, 1990) teniendo en cuenta que, como veremos en próximos capítulos, hay otras variables intervinientes (i.e. el apoyo social, los estilos cognitivos, etc.). Por otro lado, los problemas de fiabilidad y validez de las medidas que dificulta la interpretación de los resultados. En definitiva, Dohrenwend (2006) afirma que el problema principal en este tipo de escalas es la ‘variabilidad intracategorial’, es decir, que eventos muy distintos se incluyen en la misma categoría. Según Dohrenwend (2000), estas diferencias pueden presentarse en base a seis factores que caracterizan a los acontecimientos: la magnitud (probabilidad de

modificar la vida cotidiana), la valencia (¿Es positivo o negativo? ¿Implica ganancia o pérdida? ¿Es deseable o indeseable?), la fuente (depende del entorno o de las acciones individuales), la predictibilidad (predecible o no), la centralidad (desde la amenaza a las necesidades básicas hasta los deseos superfluos) y, por último, la potencia de agotar a la persona físicamente.

Finalmente, la crítica principal a los modelos de estímulo subraya la imposibilidad de identificar con exactitud lo que resulta estresante de forma objetiva para todo el mundo, teniendo en cuenta que las personas difieren mucho en las reacciones que tienen ante estresores similares dependiendo de la interpretación que hacen de ellos (Lazarus y Folkman, 1984).

1.1.1.2. MODELOS DE RESPUESTA

El segundo enfoque se puede denominar el Modelo Medicofisiológico (*Medicophysiological Model*) y define el estrés en términos de efectos fisiológicos comunes a un rango de estímulos aversivos (Selye, 1976). Se centra en las respuestas características del estrés (fisiológicas, psicológicas y conductuales) sea cual fuera la naturaleza del estresor. En este caso, el estrés se trata como una variable dependiente, la respuesta a un agente estresor.

La teoría de Selye (1976) sobre el Síndrome General de Adaptación, SGA (*General Adaptation Syndrome, GAS*) representa el mejor ejemplo de esta categoría. El síndrome de respuesta es un patrón inespecífico y universal de reacciones de defensa al servicio de proteger a la persona. Esta reacción se ha denominado el SGA y ocurre en tres etapas: en la primera etapa se desencadena la *reacción de alarma* una vez se han movilizadas las defensas; a continuación tiene lugar la *fase de resistencia*, en la cual el cuerpo se adapta al estresor y a largo plazo produce las ‘enfermedades de adaptación’ (úlceras, enfermedades cardiovasculares, asma, etc.); en la fase final aparece el *agotamiento* ya que las defensas se interrumpen y, en última instancia, puede llevar a la muerte. Algunas de las aplicaciones de esta teoría han sido la medicina psicosomática, originada con Alexander y sus asociados (Alexander, 1950), que ha prestado atención a los efectos del estrés y la ansiedad en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y respiratorio a través de la activación del sistema nervioso simpático o autónomo (SNA).

La cuestión de la inespecificidad en la respuesta ha sido ampliamente cuestionada, por un lado, por parte de las teorías de la emoción (Mandler, 1975; Schachter y Singer, 1962) ante la evidencia de que una activación corporal generalizada puede ser interpretada, vivenciada y respondida de formas muy distintas (e.g. estar enamorado y tener miedo, ambas producen aumento en la actividad del SNA y la vivencia emocional es opuesta).

Por otro lado, el propio Selye (1980) llegó a contemplar la especificidad de la respuesta dependiendo de los estímulos, pero serán otros autores los que demuestren que incluso los componentes fisiológicos de la respuesta van a variar dependiendo del tipo de estresor y de la persona o ambas (Lacey, Kagas, Lacey y Moos, 1963; Mason, 1971; Obrist, 1976, entre otros). Por ejemplo, Lacey et al. (1963) en su hipótesis de admisión-rechazo, demostraron que la respuesta en tasa cardíaca dependía de la tarea impuesta. Así, la concentración mental llevaba a la aceleración cardíaca y la atención al ambiente al decremento cardíaco. Por su lado, Mason (1971) se centró en los distintos patrones de respuesta en el sistema endocrino en función del tipo de amenaza. La incertidumbre se asoció con un aumento en la secreción de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) y cortisol, mientras que la cólera y el miedo llevaba a incrementos sólo en la norepinefrina y el cortisol. Obrist (1976) también cuestionó la inespecificidad de la respuesta al estrés con el modelo del afrontamiento activo y pasivo. Sugiere que ante el afrontamiento pasivo, el corazón se mostraba bajo un mayor control vago (unido a la actividad somática) y la presión sanguínea por los procesos vasculares. En cambio, con el afrontamiento activo, el corazón estaba bajo un mayor control simpático (independiente de la actividad somática) y la presión sanguínea por las influencias cardíacas. También cabe mencionar el modelo de Everly (1989) de respuesta fisiológica al estrés que será desarrollado en el próximo apartado.

Los dos primeros modelos (estímulo-respuesta) del estrés han sido criticados por ser modelos circulares que consideran a la persona como un vehículo pasivo que traduce los estímulos en respuestas psicológicas y fisiológicas ignorando las interacciones entre ellos (Lazarus y Folkman, 1984). Ambos están basados en un paradigma reduccionista de estímulo-respuesta.

1.1.1.3. MODELOS INTERACTIVOS

El tercer enfoque es el Modelo Psicológico donde el estrés se conceptualiza como la interacción dinámica de la persona y su entorno. Al estudiarlo, el estrés se infiere de la dificultad de las interacciones y se mide por los procesos emocionales y cognitivos subyacentes. Resulta evidente en la teoría propuesta por Lazarus y Folkman (1986), en la cual el estrés psicológico se entiende como ‘una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar’ (p.43). Esta definición subraya la naturaleza subjetiva del estrés, convirtiéndose la propia valoración de los sucesos lo que determina si se va a experimentar estrés y a que nivel de intensidad.

De acuerdo con este modelo, la mayoría de los procesos de estrés pasan por tres fases (Folkman y Lazarus, 1985). La experiencia de estrés comienza con la *fase de anticipación*, en la cual la persona se prepara para el estresor y piensa en la forma y consecuencias que tendrá para sí misma. Cuando llega el estresor, la persona realiza intentos de afrontarlo y espera su resultado en la llamada *etapa de espera*. Por último, la *etapa de resultado*, que incluye la exposición y reacciones de la persona al resultado, exitoso o no, de su respuesta de afrontamiento.

Además, en todo proceso de estrés, Lazarus distingue entre dos conceptos principales: la evaluación cognitiva y las respuestas de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986). La *evaluación cognitiva* es el proceso de pensamiento el cual a su vez está dividido en tres tipos: la evaluación primaria, la secundaria y la reevaluación. Durante la **evaluación primaria**, la persona va a valorar si el estímulo es relevante para su bienestar y de qué manera. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), los acontecimientos pueden evaluarse como irrelevantes, benignos o estresantes. Cuando la situación no tiene implicaciones para la persona se valorará como *irrelevante* y la persona no experimentará ninguna reacción negativa (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). Si la situación se valora como *benigna-positiva*, significa que se prevén las consecuencias como preservadoras del bienestar generando emociones placenteras. Por último, si el estímulo se valora como *estresante* puede implicar daño o pérdida, amenaza o desafío. El daño o pérdida se identifica con situaciones en las cuales la persona sufre algún perjuicio personal. Se considera amenaza cuando los daños no han

ocurrido pero se anticipan. El desafío implica situaciones en las que hay posibilidades de ganar o perder (Lazarus y Folkman, 1986). La **evaluación secundaria** se relaciona con la estimación que hace la persona sobre su habilidad para afrontar, ajustarse o controlar el estresor potencialmente significativo. De modo que la evaluación secundaria implica, por un lado, una búsqueda cognitiva de las opciones disponibles de afrontar la situación, y por otro, un pronóstico del éxito de las distintas opciones (Lazarus y Folkman, 1986). Bandura (1977) diferencia estos dos procesos como *expectativas de resultados*, para referirse a la valoración de que una determinada conducta producirá ciertos resultados, y *expectativas de eficacia*, para referirse a la creencia en la capacidad de llevar a cabo tal conducta.

De esta manera, la persona toma conciencia de la discrepancia que existe entre las estrategias y capacidad de afrontamiento personales y las demandas de la situación, que cuanto mayor sea, mayor será el estrés experimentado (Reeve, 1994). Sin embargo, tal y como lo enfatizan Lazarus y Folkman (1986), la evaluación primaria y la secundaria no sólo no son excluyentes, sino que se influyen mutuamente para provocar una respuesta de afrontamiento. Finalmente, la **reevaluación** que puede estar basada en la nueva información obtenida de la persona y/o el ambiente, así como de los esfuerzos cognitivos de afrontamiento. Este proceso de reevaluación continuará determinará tanto el grado de estrés como la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

Asimismo, los autores de esta teoría han demostrado en diversos estudios la capacidad predictiva de la evaluación, tanto primaria como secundaria, en la orientación de la respuesta de afrontamiento y en las consecuencias del encuentro (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

A pesar de ser el modelo más influyente y que mejor explica y define el proceso de estrés, el modelo de Lazarus ha sido criticado por basarse únicamente en la experiencia subjetiva e individual de la persona, de manera que las personas que sobreestiman su destreza difícilmente se sentirían estresadas (Hobfoll, 1989).

En definitiva, la conceptualización del estrés es un tema de debate actual y cada uno de los modelos explicativos ha aportado datos que enriquecen el estudio de este campo. Como consecuencia, se han realizado numerosos estudios relacionando los

estresores o acontecimientos vitales y las repuestas o los síntomas de estrés. Además, la investigación en las últimas décadas se ha orientado al estudio de los procesos subyacentes a esta relación, tales como los estilos cognitivos, los rasgos de personalidad, los tipos de afrontamiento, etc.

1.1.2. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

El modelo general de estrés, como se ha mencionado previamente, comienza con la percepción de un acontecimiento estímulo que genera síntomas de estrés. Estos estresores pueden diferenciarse cualitativa y cuantitativamente. La forma de clasificarlos más extendida es en función del grado, intensidad y cualidad del estresor. Según estos criterios podemos diferenciar entre un acontecimiento vital, una molestia diaria o una circunstancia de la vida crónica.

Los **acontecimientos vitales mayores** se refieren a las situaciones surgidas de sucesos familiares, personales y económicos que requieren ajustes considerables. Pueden hallarse fuera del control de la persona (muerte de un ser querido, perder el puesto de trabajo, lesión o enfermedad, desastres naturales, guerras, etc) o estar influidos por la misma (embarazo, separación sentimental, exámenes, etc.). Lo que tienen en común los acontecimientos estresantes es un componente de amenaza o daño, aunque algunos autores (Holmes y Masuda, 1974) mantienen la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo, puede provocar estrés.

Las **molestias diarias** se han definido como ‘exigencias irritantes, frustrantes y angustiantes y relaciones problemáticas que nos preocupan de forma cotidiana’ (Lazarus y DeLongis, 1983, p. 247). Algunos ejemplos de molestias diarias son la preocupación por el peso, extraviar cosas, las tareas de casa, etc. (Reeve, 1994). Aunque sean menos dramáticas que los acontecimientos mayores, pueden resultar incluso más relevantes en el proceso de adaptación y conservación de la salud (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981; Pillow, Zautra y Sandler, 1996).

Las **circunstancias crónicas** son situaciones persistentes y aversivas que se mantienen en el tiempo, como por ejemplo las malas condiciones de vivienda, el trabajo insatisfactorio, las enfermedades crónicas, etc. Se considera que el gran daño que

ejercen en el organismo proviene del hecho de que son condiciones duraderas y agotan al individuo (Reeve, 1994).

Otra forma de clasificar los estresores de manera cualitativa es la desarrollada por Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1986) en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.), donde podemos diferenciar las situaciones generadoras de ansiedad, o estrés en este caso, en los siguientes ámbitos:

En primer lugar están las **situaciones de rendimiento**, que implican de algún modo ponerse a prueba y asumir responsabilidades. Algunos ejemplos serían hablar en público, hacer un examen o una prueba, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo y recibir críticas o la posibilidad de ser evaluado negativamente.

Otro ámbito es el de las **situaciones interpersonales** que conllevan contactos sexuales y de interacción social, tales como ir a una cita, estar en una situación sexual íntima con alguien, asistir a una reunión social, conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, etc.

Asimismo se pueden incluir las **situaciones fóbicas** causantes de altos niveles de ansiedad para algunas personas, como viajar en avión o barco, estar en lugares altos o aguas profundas, ver escenas violentas, los dentistas o las inyecciones, las multitudes y los espacios cerrados.

Por último, estos autores (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) mencionan las **situaciones habituales** que se presentan a diario y que, a veces, pueden generar estrés a la hora de dormir, en el trabajo, en los estudios, etc.

Con el objetivo de recoger el espectro de situaciones generadoras de estrés, no sería erróneo añadir a esta clasificación un último tipo de situaciones que tengan que ver con amenazas a la propia **salud** o **integridad** personal y/o familiar, tales como una enfermedad crónica, la muerte de un ser querido, un divorcio, un traslado, que a pesar de ser menos frecuentes, son altamente estresantes cuando ocurren.

Como se ha indicado previamente, son numerosas las escalas desarrolladas para medir los acontecimientos estresantes mayores y el efecto que tienen en las personas como predictores de síntomas de estrés. A su vez, existen escalas que recogen los acontecimientos menores o molestias diarias, tales como *Hassles Scale and Uplifts Scale* (Kanner et al., 1981), que también se han asociado al estrés.

Teniendo en cuenta el mencionado problema de la variabilidad de las categorías que incluyen estas escalas, Dohrenwend (2006) ha señalado algunas de las consecuencias. En primer lugar, la falta de fiabilidad del recuerdo así como la posibilidad de sesgos. Resulta evidente en un estudio realizado por Raphael, Cloitre y Dohrenwend (1991) que comparaban las diferencias en las respuestas dadas retrospectivamente al cabo de 10 meses y aquellas recogidas mes a mes durante ese mismo periodo. Sorprendentemente, sólo encontró un 25% de acuerdo entre ambas. En cuanto a los sesgos del recuerdo, caben destacar los informes de veteranos de la guerra del Golfo que, dos años después, variaban en función de haber sufrido síntomas de estrés postraumático y de la información que se publicaba en los medios de comunicación (Morgan, 1997).

Otro factor que origina confusión en la interpretación de los resultados es el solapamiento entre acontecimientos y síntomas. En algunas ocasiones, puede resultar difícil de identificar si categorías incluidas en estas escalas, como los cambios en los hábitos de alimentación o las dificultades para dormir, forman parte de un acontecimiento vital o más bien son síntomas de estrés (Dohrenwend y Shrout, 1985). Incluso situaciones, como un divorcio o un despido, pueden derivarse de un trastorno psicológico subyacente. Como consecuencia, la validez de constructo de estas escalas queda afectada. Lo mismo para la validez de criterio en las escalas de autoinforme, donde resulta dificultoso contrastar información tan precisa, y a veces subjetiva, con observadores externos. Se han desarrollado algunos procedimientos para subsanar la variabilidad intracategorial. Entre otros, la inclusión de una evaluación subjetiva del grado en que un evento es estresante para la persona; adjuntar definiciones de lo que incluye cada categoría y, el más eficaz pero costoso procedimiento, realizar entrevistas personales sistemáticamente evaluadas (Dohrenwend, 2006).

1.1.3. LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS

El estudio de los síntomas de estrés es un tema de preocupación mayor basada en la suposición de que de los síntomas son el preludio o la expresión directa del proceso de enfermedad. Dada la ambigüedad del proceso de estrés, el número de síntomas que se han asociado con la experiencia de estrés es muy amplio. Algunos autores incluso han denunciado el abuso del concepto de estrés para denominar otros problemas psicológicos que son menos aceptables socialmente (Marks, Murray, Evans y Willig, 2000).

En este contexto es interesante la clasificación de Rice (1999). Este autor ha recogido y revisado los síntomas relacionados con el estrés, agrupándolos en cuatro niveles de expresión: conductual, cognitivo, fisiológico y emocional.

Los **síntomas conductuales** incluyen la falta de decisión, la evitación, el aislamiento de amigos y familia, los arrebatos de agresión, el consumo de drogas, los cambios en los patrones de sueño, el descuido de las responsabilidades, la baja productividad, el absentismo y la propensión a accidentes.

Algunos de los **síntomas cognitivos** derivados del estrés son la pérdida de motivación y concentración, la excesiva preocupación, la pérdida de memoria, la percepción errónea, la confusión, la disminución en la capacidad de toma de decisiones, la capacidad reducida de resolución de problemas, la auto-compasión y la pérdida de esperanza. En general, el estrés tiene el potencial de añadir al patrón de pensamiento organizado un mayor número de auto-evaluaciones negativas. Una explicación del mecanismo a través del cual el estrés deteriora el funcionamiento cognitivo es que limita el foco de atención de la persona quedando dirigido únicamente hacia la propia gestión del estrés o hacia otros elementos del ambiente no relevantes para la tarea a realizar (Mandler, 1975). Por ejemplo, los pensamientos de fracaso o de preocupación compiten por la atención con los pensamientos relacionados con la tarea.

En cuanto a los **síntomas fisiológicos**, el estrés provoca la hiperactividad del sistema nervioso. Cuando la actividad simpática es sostenida, las hormonas y vísceras hiperactivas provocan la alteración fisiológica que, a la larga, puede dañar a los órganos

internos (Selye, 1976). Los síntomas más notables son fatiga y debilidad física, pérdida de apetito y energía, migrañas y dolores de cabeza, dolores de espalda incluyendo la zona lumbar y tensión muscular que puede traducirse en espasmos y temblores. En el sistema cardiovascular, se refleja por la aceleración del ritmo cardíaco, hipertensión y exacerbación del proceso aterosclerótico. El sistema respiratorio responde con una respiración acelerada pero superficial y, en casos extremos, con hiperventilación (Rice, 1999).

En el ámbito de la respuesta fisiológica al estrés, hay que mencionar el Modelo de Everly (1989). Este autor indentificó tres ejes a través de los cuales los estresores afectan al organismo. En primer lugar, el eje neurológico que comprende tres vías de respuesta al estrés: el sistema nervioso simpático, el sistema nervioso parasimpático y el sistema nervioso neuromuscular. Son los primeros sistemas activados durante el arousal por ser los más rápidos y directos. Después, con el objetivo de mantener la activación en periodos más prolongados, interviene el eje de la respuesta *fight-or-flight*, el eje neuroendocrino. Así, la respuesta hormonal viene dada por la secreción de catecolaminas, cuyo efecto es un aumento de la actividad somática generalizada. Esto lleva al último eje implicado en el mecanismo de respuesta fisiológica al estrés, el eje endocrino. Este eje es el responsable de las respuestas somáticas más crónicas y prolongadas del estrés con cuatro sistemas implicados: el adrenocortical, el somatotrópico, el tiroideo y el pituitario posterior. A través del funcionamiento prolongado de estos tres ejes, se explica el proceso de estrés y cómo éste puede ejercer daños crónicos en el organismo. De hecho, existen algunos síndromes que se han asociado con el estrés como el síndrome de intestino irritable, el síndrome de fatiga crónica, etc.

Entre los **síntomas emocionales** se han encontrado la ansiedad, el miedo, la irritabilidad, la depresión, la negación, el sentimiento de amenaza, la frustración, la culpabilidad, la incertidumbre y la pérdida de control.

En concreto, la ansiedad y la depresión son alteraciones emocionales muy extendidas en la población, a menudo asociadas al proceso de estrés y, puesto que serán objeto de este estudio, se van a desarrollar con más amplitud.

1.1.3.1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La ansiedad y la depresión constituyen las dos condiciones clínicas más comunes en la población. Como lo señala Rasmussen (2006) en un reciente informe epidemiológico, la ansiedad y la depresión suponen más del 60% de las consultas a los profesionales de la salud mental en Estados Unidos.

Datos del Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD/MHDEA 2000, 2004a), realizado con una amplia muestra de la población en 6 países europeos (incluido España), señalan que el 14% de los entrevistados reconocían haber sufrido en algún momento de su vida un trastorno del ánimo y el 13.6% de ansiedad. En cuanto al último año, un 4.2% padecía un trastorno de ánimo y un 6% de ansiedad. Entre aquellos que sufrían de un trastorno mental y habían consultado un servicio de salud, el 36.5% era por un trastorno de ánimo y el 26.1% de ansiedad (ESEMeD/MHDEA 2000, 2004b). En una muestra representativa de la población española formada por 5.473 personas mayores de 18 años, la prevalencia de trastornos de ánimo en algún momento de la vida fue de 6,7% para los hombres y 15,9% para las mujeres, y la prevalencia de trastornos de ansiedad se estimó en 5,7% para los hombres y 12,8% para las mujeres (Haro et al., 2006).

Asimismo, cabe destacar la alta comorbilidad que existe entre los síntomas de ansiedad y depresión (Clark, 1989; Mineka, Watson y Clark, 1998) así como entre sendos trastornos (Clark, 1989, Kessler et al., 1996). Hay que tener en cuenta que, según la hipótesis de la continuidad, los síntomas de malestar psicológico y los trastornos mentales son parte de un continuo cuya diferencia está en función de la intensidad (Eysenck, 1997; Flett, Vredenburg y Krames, 1997). De esta manera, los síntomas de ansiedad y depresión estarán en un extremo del continuo y los trastornos depresivos y ansiosos en el otro.

1.1.3.1.1. Ansiedad

En primer lugar, habría que distinguir entre la ansiedad (como estado transitorio) y los trastornos de ansiedad que, como Eysenck (1997) asegura, forman parte del mismo continuo. Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad (Lang, 1968), la ansiedad no

es un fenómeno unitario sino que se manifiesta a nivel motor, cognitivo y fisiológico. Citando literalmente a Miguel-Tobal (1987), la ansiedad es ‘la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba *aspectos cognitivos* displacenteros, de tensión y aprensión; *aspectos fisiológicos*, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y *aspectos motores* que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos’ (p. 4).

Por otro lado, Spielberger ha diferenciado entre estado de ansiedad y ansiedad de rasgo. El primero se refiere a una reacción emocional transitoria desencadenada por la interpretación de la situación como amenazante y la segunda, a una predisposición relativamente estable a reaccionar con sentimientos subjetivos de tensión y aprensión y una actividad acentuada del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Es más, existe una evidencia considerable de que en los trastornos de ansiedad está presente la ansiedad de rasgo (Clark, Watson y Mineka, 1994), lo cual apoya la hipótesis de la continuidad explicada en términos de vulnerabilidad cognitiva resultado de una hipervigilancia ante la información de una posible amenaza (Calvo y Cano-Vindel, 1997).

Finalmente, la ansiedad se puede manifestar a través de innumerables trastornos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001) ha clasificado los trastornos de ansiedad de la siguiente forma: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia con o sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado, dándose alta comorbilidad entre todos ellos (ESEMeD-2000, 2004b).

1.1.3.1.2. Depresión

Asimismo se debe diferenciar entre el ánimo deprimido y el trastorno depresivo. El ánimo deprimido ‘se refiere a la cualidad afectiva de la depresión, como un sentimiento de tristeza o infelicidad durante un periodo de tiempo indeterminado’

(Hankin y Abramson, 2001; p. 774). En cambio, un trastorno depresivo se define como la reunión de una serie de síntomas (e.g. insomnio, trastornos en la alimentación, problemas de concentración) que deben estar presentes durante un periodo concreto (por lo menos dos semanas) junto a una afección funcional (Hankin y Abramson, 2001).

Hay distintas perspectivas sobre el ánimo deprimido y el trastorno de depresión. Para algunos son categóricamente distintos (e.g. Coyne, 1994) mientras que para otros ambos forman parte de un continuo cuya diferencia sería únicamente de grado (para revisión véase Flett et al., 1997). En lo que parece haber más acuerdo es en que el ánimo deprimido supone un factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo (Harrington, Funge, Rutter, Pickles y Hill, 1990).

El DSM-IV-TR (2001) ha definido la depresión como un trastorno del estado de ánimo cuya característica fundamental es la alteración del humor. Según este sistema de clasificación, los trastornos depresivos se dividen en: trastorno depresivo mayor, trastorno dístimico y trastorno depresivo no especificado.

Como se desarrollará en el capítulo siguiente, desde los modelos cognitivos se ha observado que la ansiedad está asociada a contenidos relacionados con el peligro, el futuro y la incertidumbre mientras que la depresión está vinculada con temas de pérdidas, el pasado y mayor certeza (Eysenck, Payne y Santos, 2006).

1.1.4. ESTRÉS Y DESAJUSTE PSICOLÓGICO

Como se ha descrito en el apartado anterior, el estrés se ha vinculado a trastornos emocionales tales como la ansiedad y la depresión. En las últimas décadas ha aumentado el interés sobre la relación que existe entre los acontecimientos estresantes en el bienestar físico y psicológico y han sido muchos los estudios que han mostrado una indudable asociación con distintos estresores, muestras y síntomas. De esta manera, los primeros estudios ya encontraban mayor índice de depresión en personas que habían sufrido acontecimientos vitales mayores (Brown y Harris, 1978). Las molestias diarias también están relacionadas con el estrés psicológico (Bouteyre et al., 2007; Dunn y Whelton, 2006).

En cuanto a estresores más específicos, encontramos aquellos más extendidos como los conflictos entre padres e hijos que se ha demostrado aumentan la vulnerabilidad a la depresión y otras formas de estrés (Lee, Su y Yoshida, 2005), o problemas económicos que resultaban en síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad en padres y sus hijos adolescentes (Wadsworth, Raviv, Compas y Connor-Smith, 2005). También situaciones como cuidar de un enfermo de Alzheimer predice síntomas de ansiedad y depresión (Pruchno y Resch, 1989). En una muestra de personal militar, los estresores laborales agudos y crónicos estaban relacionados con más síntomas (Day y Livingstone, 2001).

Puesto que se trata de la población de la presente investigación, cabe destacar los síntomas de estrés propios de los estudiantes universitarios. Por ejemplo, se ha observado que los síntomas de estrés son de especial incidencia entre los universitarios llegando a cifras de uno de cada tres estudiantes que cumple criterios de ansiedad y depresión (Allgöwer, Wardle y Steptoe, 2001). Hay que tener en cuenta que el primer año de universidad viene acompañado de muchos cambios significativos: disminuye la protección y supervisión de los padres y profesores, para muchos será la primera vez que viven fuera del entorno familiar, hay mayores desafíos académicos y relaciones sociales nuevas y, en definitiva, es el momento de transición entre la adolescencia y la vida adulta (Tao et al., 2000; Zaleski, Levey-Thors y Schiaffino, 1998). Así, se ha visto que los acontecimientos mayores relacionados con temas tan comunes como la familia, la salud, los estudios o las relaciones sociales predecían un aumento en los síntomas de ansiedad y depresión (Blalock y Joiner, 2000). Estos síntomas parece que aumentan especialmente a lo largo del primer año de universidad (Bouteyre et al., 2007; Park y Adler, 2003; Tao et al., 2000; Wintre y Yaffe, 2000). Incluso se ha observado que las molestias relacionadas con cursar el primer año en la universidad se han asociado con mayor riesgo de síntomas de estrés que los eventos mayores (Wolf, Elston y Kissling, 1989). Por último, estos síntomas se han asociado al pobre rendimiento académico y a la participación limitada en las actividades universitarias (Reifman y Dunkel-Schetter, 1990).

A pesar de la importancia de los acontecimientos estresantes en el proceso de estrés, sólo explican un 15% de la varianza de los síntomas (Smith, Smoll y Ptacek, 1990), de manera que muchos autores se han visto en la necesidad de investigar las

variables intervinientes en esta relación. Esta tarea se ha realizado siguiendo dos líneas de investigación, la primera enfocándose en el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) y la segunda en los rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad al estrés (Clark, Watson et al., 1994).

Por lo tanto, el afrontamiento es una variable que ha recibido mucha atención por la evidencia existente de su papel mediador en la relación entre estresores y síntomas (Aldwin y Revenson, 1987; Calvete y Connor-Smith, 2006; Holahan y Moos, 1987; Pruchno y Resch, 1989, entre otros)

1.2. EL AFRONTAMIENTO

El estudio del afrontamiento¹ al estrés sigue proliferando desde su origen como tal en el año 1966 con la publicación del libro de Richard Lazarus, *Psychological Stress and the Coping Process*, en el cual incluye una amplia gama de respuestas cognitivas y conductuales que las personas usan para manejar su estrés. Pero será en las décadas de los setenta y ochenta, cuando se considere al afrontamiento como un campo distintivo de investigación psicológica con estudios clásicos como los de Moos (1976), Pearling y Schooler (1978) y Folkman y Lazarus (1980). Desde entonces se han publicado decenas de miles de estudios sobre el afrontamiento. Buscando en el EBSCO la palabra clave ‘coping’ aparecen 49.087 artículos publicados sobre el mismo (22 de diciembre de 2008).

Como señalan Compas y colaboradores (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001), el estudio de la naturaleza y la función de los procesos de afrontamiento resulta un tema de interés para la investigación básica y aplicada. Desde la perspectiva de la investigación básica, el afrontamiento representa un aspecto importante de procesos más generales de autorregulación de la emoción, cognición, conducta y fisiología (Eisenberg, Fabes y Guthrie, 1997). Además, desde la perspectiva aplicada, la forma en que las personas afrontan el estrés es significativa puesto que se ha demostrado actúa como mediador (Aldwin y Revenson, 1987; Calvete, Corral y Estévez, 2008; Holahan y Moos, 1987; Pruchno y Resch, 1989; Wadsworth y Compas,

¹ Afrontamiento: es la traducción española del término inglés ‘coping’ cuyo significado es ‘hacer frente a algo’

2002), moderador (Blalock y Joiner, 2000; Day y Livingstone, 2001; Lee et al., 2005) y ambos (Wadsworth et al., 2005; Sandler, Tien y West, 1994) del impacto del estrés en el ajuste psicológico. De esta manera, dichos estudios pueden ayudar al diseño de intervenciones psicológicas ajustadas para el tratamiento y la prevención de la psicopatología asociada al estrés (por ejemplo enseñar habilidades de afrontamiento adecuadas a la situación; Somerfield y McCrae, 2000).

Sin embargo, a pesar de la indiscutida importancia que se da al estudio del afrontamiento, existe una ausencia de consenso en cuanto a la conceptualización, categorización y medición de este proceso entre los muchos estudios existentes. Esta preocupante falta de acuerdo queda demostrada en el estudio de Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003), en el que llevaron a cabo una revisión y análisis crítico de los sistemas de categorización para clasificar las formas de afrontamiento durante los últimos 20 años. Entre los más de 100 sistemas de categorización examinados en su revisión, no encontraron dos que incluyan el mismo grupo de categorías. El problema más obvio resultado de este desacuerdo es la dificultad de comparar y avanzar en el desarrollo de este campo (Compas et al., 2001; Skinner et al., 2003). No obstante, en base a la revisión realizada se pueden enumerar distintas aproximaciones conceptuales al afrontamiento.

1.2.1. APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL AFRONTAMIENTO

El modelo más extendido y quizás el pionero del estudio del afrontamiento es el modelo cognitivo-contextual de **Lazarus y Folkman** (1984). Estos autores definen el afrontamiento como ‘aquellos esfuerzos *cognitivos* y *conductuales*, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo’ (Lazarus y Folkman, 1986; p. 164). En este modelo, el afrontamiento se percibe como un proceso dinámico que se modifica en respuesta a las demandas cambiantes de un acontecimiento estresante. Por lo tanto, el afrontamiento se conceptualiza como el conjunto de respuestas voluntarias que se dirigen hacia la resolución de la relación estresante entre el yo y el medio (*afrontamiento dirigido al problema*) o a paliar las emociones negativas que surgen como consecuencia del estrés (*el afrontamiento dirigido a la emoción*). En general, el afrontamiento dirigido a la

emoción es más probable que ocurra cuando se considere que no se puede hacer más para modificar las condiciones del entorno, mientras que el afrontamiento dirigido al problema se dará cuando las condiciones del entorno se perciban como susceptibles de cambio (Lazarus y Folkman, 1984). Esta definición forma parte de un modelo motivacional más amplio de estrés psicológico y emoción, en el cual la evaluación cognitiva determinará lo que es estresante para la persona (Reeve, 1994). El afrontamiento es un proceso dirigido a una meta donde el individuo orienta los pensamientos y comportamientos hacia los objetivos de resolver la fuente de estrés y manejar las reacciones emocionales.

Otro modelo es el planteado por **Weisz y colaboradores** (Band y Weisz, 1988; Rudolph, Dennig y Weisz, 1995; Weisz, McCabe y Dennig, 1994) que ha tenido en cuenta la perspectiva del desarrollo humano en su conceptualización del afrontamiento. También consideran al afrontamiento como un proceso motivacional y dirigido a una meta, sin embargo, en este modelo los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a mantener, aumentar o alterar el control sobre el entorno y uno mismo. El afrontamiento de *control primario* se define como el afrontamiento que pretende influir en los acontecimientos objetivos, mientras que el afrontamiento de *control secundario* se refiere al afrontamiento que pretende aumentar la acomodación a las circunstancias; por último, la renuncia al control se define como la ausencia de cualquier intento de afrontamiento. Esto significa que distinguen entre las *respuestas*, las *metas* y las *consecuencias* del afrontamiento. Las respuestas son las acciones intencionales, mentales o físicas, en reacción al estresor y dirigidas al entorno o a un estado interno. Las metas son los objetivos o intentos de respuestas de afrontamiento y reflejan la naturaleza motivacional del mismo. El resultado tiene que ver con las consecuencias específicas de los esfuerzos volitivos de afrontamiento.

Otros autores han integrado a su vez las respuestas involuntarias al concepto de afrontamiento (Eisenberg et al., 1997; Skinner y Wellborn, 1994) sin importar el grado de control implicado, a diferencia de otros enfoques que limitan el afrontamiento a aquellas respuestas que implican un control consciente o volición (Compas, 1987; Lazarus y Folkman, 1984; Rudolph et al., 1995).

Consecuentemente, **Skinner y Wellborn** (1994) definen el afrontamiento como ‘la manera en que la gente regula su conducta, emoción y orientación bajo condiciones de estrés psicológico’ (p. 112). El afrontamiento dirigido a regular la conducta abarca la búsqueda de información y resolución de problemas, la regulación de la emoción se ocupa de mantener una mirada optimista, y la regulación de la orientación incluye la evitación. Skinner y Wellborn, al igual que Lazarus, sitúan al afrontamiento en un modelo motivacional de control psicológico basado en los motivos básicos humanos o necesidades de competencia, autonomía y relación.

En la misma línea, **Eisenberg y colaboradores** (1997) definen el afrontamiento como un proceso de auto-regulación. Reconocen que las personas regulan su conducta y emociones de forma continua y el afrontamiento se refiere específicamente a la auto-regulación frente al estrés. Distinguen tres aspectos: intentos de regular la emoción directamente (*afrontamiento dirigido a la emoción*), intentos de regular la situación (*afrontamiento dirigido al problema*) e intentos de regular la conducta dirigida por la emoción (*regulación de la conducta*). Al igual que Skinner, incluyen las respuestas automáticas y las voluntarias.

El presente estudio se basa en el modelo de **Compas y colaboradores** (Compas, 1998; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 1999) que diferencian entre las respuestas voluntarias o de afrontamiento y las involuntarias o automáticas. En este modelo, se considera al afrontamiento como un aspecto dentro de un conjunto de procesos de auto-regulación más amplio que se realizan en respuesta al estrés. De esta forma, el afrontamiento se define como ‘los esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y el entorno en respuesta a acontecimientos o circunstancias estresantes’ (Compas et al., 2001, p. 89). Estos procesos de regulación se engloban, y a su vez están limitados, por el desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional de la persona. De manera que el nivel de desarrollo de una persona contribuye tanto a los recursos disponibles como a limitar los tipos de respuestas de afrontamiento (Lazarus, 1996). Así, se ha planteado que en la infancia y adolescencia las respuestas frente al estrés son más flexibles, variables y automáticas, mientras que en la edad adulta se tiende a dar respuestas más rígidas y estables (Wadsworth et al., 2005).

Existen otros términos que se han utilizado indistintamente con el afrontamiento pero que no son sinónimos (Compas et al., 2001). Por un lado la **competencia**, que hace referencia a las características o recursos necesarios para una adaptación adecuada y por otro la **resistencia**, que es la consecuencia de la competencia y el afrontamiento. El afrontamiento se refiere al proceso de adaptación que pone en funcionamiento acciones y pensamientos independientemente de la eficacia del resultado o de la competencia y la resistencia.

1.2.2. DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO

Puesto que no existe consenso en la conceptualización del afrontamiento, tampoco hay acuerdo en cuanto a las categorías que mejor explican las distintas estrategias de afrontamiento. Las categorías más usadas en el estudio del afrontamiento son las siguientes: afrontamiento dirigido al problema versus a la emoción, control primario versus secundario, implicación versus distanciamiento.

En primer lugar, la dimensión del **afrontamiento dirigido a un problema** versus **a la emoción** (Lazarus y Folkman, 1984) está relacionada con la función o propósito de la estrategia. Las respuestas de afrontamiento actúan sobre la fuente de estrés en el entorno buscando información, generando posibles soluciones o realizando acciones (afrontamiento dirigido al problema), o están dirigidas a paliar las emociones negativas que surgen expresando las propias emociones, buscando apoyo emocional de otros o evitando la fuente de estrés (afrontamiento dirigido a la emoción).

Son numerosos los estudios que han utilizado esta distinción, sin embargo, el mismo Lazarus indicó que ‘distinguir entre dos funciones, pero tratarlas como si fueran tipos de acciones de afrontamiento distintas, ha llevado a una excesiva simplificación de la forma en que funciona y es medido el afrontamiento en investigación’ (Lazarus, 1996; p. 292). Es decir, estas formas de afrontamiento no son mutuamente excluyentes, como muchos estudios han asumido, sino que la mayoría de los tipos de afrontamiento pueden servir a ambas funciones (Skinner et al., 2003).

Otra crítica bastante extendida a estos conceptos es su falta de claridad. Muestra de ello es la ausencia de consenso sobre las estrategias que deben incluir. Así, hay

categorizaciones que incluyen formas muy distintas de afrontamiento como la relajación, el escribir y la auto-crítica en la categoría de afrontamiento dirigido a la emoción cuando, teóricamente, pueden pertenecer a ambas (Compas et al., 2001). Por último, no es exhaustiva como dimensión que pueda explicar todas las formas de afrontamiento ya que estrategias, como la acomodación, quedan excluidas (Skinner et al., 2003).

En segundo lugar, la dimensión relacionada con la acción de la persona y cuya distinción más extendida es el **afrontamiento de control primario** versus **secundario**. El control primario está diseñado para intervenir en los acontecimientos objetivos o las propias reacciones, y abarca formas de afrontamiento como la resolución de problemas, la acción instrumental y la regulación emocional. El control secundario se refiere al afrontamiento dirigido a adaptar las características personales a la situación, e incluye formas de afrontamiento como la aceptación y la reestructuración cognitiva. Estas dos categorías de afrontamiento también se han denominado asimilación y acomodación respectivamente.

La crítica fundamental a esta dimensión como única capaz de explicar el afrontamiento, tiene que ver con la ausencia de varias formas de afrontamiento de distanciamiento tales como la evitación, la negación o el pensamiento ilusorio. Igual que en la dimensión anterior, se reclama la falta de claridad sobre sus características y la falta de exhaustividad (Skinner et al., 2003).

Precisamente, la tercera dimensión más utilizada es el **afrontamiento de implicación** versus **distanciamiento**, y se refiere al modo de afrontamiento. En general, distingue entre las respuestas orientadas hacia la fuente de estrés, hacia las propias emociones o pensamientos (implicación), y las respuestas que se alejan del estresor, de las propias emociones o pensamientos (distanciamiento). Existen variantes como la vigilancia versus la evitación y el acercamiento versus el alejamiento. Sin embargo, la categorización implicación-distanciamiento es más completa porque, a diferencia de la evitación, dentro del distanciamiento pueden incluirse respuestas como la distracción cognitiva (Compas et al., 2001).

Esta categoría ha sido igualmente criticada como única dimensión explicativa del afrontamiento por los mismos motivos que las anteriores: falta de claridad y exhaustividad. Por un lado, tiende a excluir importantes respuestas como la observación, la búsqueda de información, la agresión, la acomodación y la rumiación. Por otro lado, hay estrategias que son confusas: por ejemplo, la búsqueda de apoyo se considera como una estrategia de acercamiento a pesar de que la persona se aleja del estresor, y estrategias como externalizar o ventilar emociones, se han clasificado como de evitación cuando están dirigidas al estresor (Skinner et al., 2003).

Por último, hay que recordar la distinción entre **respuestas voluntarias** y **respuestas involuntarias** (Compas et al., 2001) que, como se ha mencionado previamente, no se utilizará en la presente investigación que incluye únicamente las respuestas voluntarias o de afrontamiento. Según este modelo, las repuestas voluntarias son los pensamientos y conductas controladas por la persona, y las involuntarias son las respuestas automáticas sobre las cuales la persona no tiene control. No obstante, no hay que olvidar que ambas se influyen mutuamente (Connor-Smith y Compas, 2004).

Esta dimensión ha sido criticada por la confusión existente a la hora de clasificar estrategias como la distracción o la rumiación, que pueden pertenecer a ambas categorías (respuestas voluntarias e involuntarias) siendo mutuamente excluyentes. Además, su estatus puede cambiar con el paso del tiempo, es decir, pueden empezar siendo respuestas voluntarias y luego convertirse en automáticas (Skinner et al., 2003).

Otras categorías menos utilizadas son el afrontamiento solitario versus social, el afrontamiento cognitivo versus conductual y el afrontamiento activo versus pasivo.

Es evidente que ninguna de las dimensiones por sí sola puede recoger todas las respuestas de estrés, y teniendo en cuenta que el afrontamiento no es un comportamiento unidimensional y específico sino que es un constructo multidimensional (Pearlin y Schooler, 1978), se puede afirmar que ninguna dimensión particular debería usarse como una categoría de orden superior. Así lo sugieren Skinner et al. (2003) que, después de analizar los estudios de afrontamiento realizados hasta el momento, proponen estructurar los sistemas de categorización del afrontamiento en cuatro niveles conceptuales de orden jerárquico. Según estos autores, en el nivel inferior

se hallan los ‘ejemplos’ o infinitud de respuestas que las personas utilizan para manejar situaciones específicas, tales como *Llevo el bolígrafo de la suerte cuando tengo un examen* o *Veo la televisión para distraerme*. En el nivel superior, se encuentran los procesos adaptativos básicos que intervienen entre el estrés y sus consecuencias psicológicas, sociales y fisiológicas. Este nivel considera al afrontamiento como una ‘estrategia de adaptación’ al servicio de funciones evolutivas más amplias, tales como recabar la información necesaria sobre el entorno o escapar de una situación peligrosa. Asimismo, se presentan dos niveles intermedios. En el inferior se explican los ejemplos en categorías conceptualmente más claras y exhaustivas (e.g. resolver el problema, negación, evitación). Se pueden denominar ‘formas de afrontamiento’ o ‘estrategias de afrontamiento’. A su vez, éstas pueden clasificarse en categorías de mayor orden de acuerdo con su función adaptativa y se les puede denominar ‘familias de afrontamiento’ tales como: acercamiento, afrontamiento centrado en la emoción y acomodación. Como resultado, estrategias como la resolución de problemas, no se consideran únicamente una estrategia de implicación voluntaria, sino que también está orientado a un estresor (control 1º). De esta manera, la categorización de los modos de afrontamiento puede ser útil para distinguir sistemáticamente formas de afrontamiento inferiores dentro de una familia. Inclusive las distintas formas de afrontamiento pueden ser complementarias.

Pero para que no resulte confuso es necesario clasificar los subtipos de afrontamiento. Se han propuesto muchos subtipos de afrontamiento y los ítems de las medidas se han agrupado en categorías en base al análisis factorial, agrupación conceptual o combinando ambos métodos. Sin embargo, como se ha mencionado, existe poca consistencia en la aplicación de los subtipos de afrontamiento en las distintas medidas y estudios, llevando a una dificultad en el desarrollo de un cuadro veraz de la estructura del afrontamiento. Skinner et al. (2003) encontraron únicamente cuatro estudios que hayan evaluado empíricamente los modelos conceptuales en la estructura del afrontamiento en sistemas de categoría jerárquicos. Para ello han utilizado el análisis factorial confirmatorio de formas de afrontamiento de orden inferior que se agrupan en categorías de orden superior.

En primer lugar, el estudio de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989) en cuyo modelo distinguen dos niveles, uno superior y uno inferior. El primero consta de la dimensión de afrontamiento de implicación versus de distanciamiento. En el segundo

nivel diferencian entre el afrontamiento centrado en la emoción versus en el problema, lo que resulta en cuatro factores secundarios: la implicación en el problema (incluye resolución de problemas y reestructuración cognitiva), la implicación en la emoción (incluye expresión emocional y apoyo social), el distanciamiento del problema (incluye evitación del problema y pensamiento ilusorio) y distanciamiento emocional (incluye auto-crítica y retirada social). Utilizaron entrevistas semi-estructuradas, cuestionarios abiertos y sesiones de brain-storming.

En segundo lugar, el modelo de Ayers, Sandler, West y Roosa (1996) que comenzó con 11 categorías de afrontamiento de orden inferior derivadas del análisis del contenido de entrevistas semi-estructuradas con niños y una amplia revisión de la literatura de afrontamiento en la infancia y adolescencia. Tras realizar un análisis factorial confirmatorio, resultaron 10 escalas de afrontamiento organizadas en cuatro factores de orden superior: el afrontamiento activo (toma de decisiones cognitiva, resolución de problemas activo, busca de comprensión y reestructuración cognitiva positiva), el apoyo social (apoyo enfocado en la emoción y el problema), la distracción (acción distractiva y liberación física de energía) y la evitación (evitación cognitiva y de acción).

En tercer lugar, Walker, Smith, Garber y Van Slyke (1997) desarrollaron un instrumento multidimensional para evaluar las respuestas de afrontamiento de niños y niñas al dolor crónico, específicamente el dolor abdominal recurrente. Identificaron 15 categorías de orden inferior que se podían agrupar en tres factores: el afrontamiento activo, el afrontamiento pasivo y el afrontamiento acomodativo.

Por último, Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman (2000) condujeron un análisis factorial confirmatorio con una muestra de más de 400 adolescentes mayores y 300 menores. Para la selección de las categorías de orden inferior, se apoyaron en una revisión de la literatura e instrumentos existentes. Así resultaron 19 categorías inferiores, incluidas en seis familias más amplias que se organizaban en una jerarquía de tres dimensiones de respuestas al estrés. En el nivel superior encontramos la distinción entre respuestas **voluntarias** e **involuntarias** (Compas, Connor-Smith, Osowiecki y Welch, 1997), para la cual se han basado en una investigación más extensa de la psicología cognitiva, social, de desarrollo y clínica.

Consideran al afrontamiento como todas aquellas respuestas bajo el control voluntario de la persona. A su vez, estos esfuerzos voluntarios pueden estar orientados a regular las propias respuestas cognitivas, conductuales, emocionales o fisiológicas ante el estresor o a regular el propio estresor (Lazarus y Folkman, 1984). En un segundo nivel, proponen que tanto las respuestas voluntarias como las involuntarias pueden dividirse en aquellas que conllevan la **implicación** con un estresor y las que en cambio implican **distanciamiento**. En un tercer nivel, las respuestas voluntarias de implicación pueden diferenciarse, dependiendo de sus objetivos, en respuestas de **control primario** y de **control secundario**, que también han sido denominadas como afrontamiento activo y acomodativo respectivamente (Walker et al., 1997).

Ese modelo queda apoyado empíricamente con el desarrollo de una medida de afrontamiento y de respuestas involuntarias al estrés, proveniente del análisis factorial confirmatorio en tres muestras de adolescentes que informaban de sus respuestas al estrés en tres dominios: el estrés interpersonal, la presión económica y el conflicto familiar (Connor-Smith et al., 2000). Finalmente, este modelo resulta en cinco factores explicativos de las respuestas al estrés, que a su vez se clasifican en 19 estrategias:

- 1) *El afrontamiento de implicación de control primario* que incluye las estrategias de resolución de problemas, regulación emocional y expresión emocional.
- 2) *El afrontamiento de implicación de control secundario* que contiene las estrategias de distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación.
- 3) *El afrontamiento de distanciamiento* con las estrategias de evitación, negación y pensamiento ilusorio.
- 4) *Las respuestas involuntarias de implicación* que incluyen las estrategias de rumiación, pensamientos intrusivos, activación emocional, activación fisiológica y acción impulsiva.
- 5) *Las respuestas involuntarias de distanciamiento* que constan de las estrategias de adormecimiento emocional, interferencia cognitiva, evitación involuntaria y la inacción.

Además, el modelo ha sido validado también en España, encontrándose una gran similitud en las respuestas al estrés en distintos países (Connor-Smith y Calvete, 2004).

1.2.3. MEDICIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Como consecuencia de una falta de acuerdo sobre la clasificación de los distintos tipos de estrategias de afrontamiento, existe un gran número de cuestionarios o medidas de afrontamiento que se originan con cada modelo. Sin embargo, tal y como lo señalan Somerfield y McCrae (2000), hay una grave distancia entre los modelos teóricos de estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaefer, 1993, entre otros) y la metodología de la investigación en el afrontamiento, incluyendo las medidas del mismo.

El primer instrumento que estimuló el interés por medir el afrontamiento se conoce como *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman y Lazarus, 1988), que ha sido adaptado al castellano por Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor (*Cuestionario de Formas de Afrontamiento y acontecimientos estresantes*, 1992). En este cuestionario se miden cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y afrontamiento cognitivo.

Las limitaciones de este instrumento han sido recogidas por Aliaga y Capafóns (1996) a través de un análisis crítico realizado con estudios que han usado este cuestionario. Estos autores reclaman la falta de estabilidad en su estructura factorial, empeorada por la ausencia de un referente situacional que se repita de un estudio a otro. Por otro lado, los ítems de este cuestionario describen las conductas pero no las intenciones, con lo cual un mismo ítem puede ser significativo en diferentes factores. Asimismo, los ítems a menudo son excesivamente ambiguos lo que provoca una baja validez de contenido. Además, no se incluyen estrategias de afrontamiento frecuentes en otros cuestionarios como la asertividad, el autocontrol, etc. Por último, este instrumento no posee estrategias de afrontamiento específicas de la situación puesto que está orientado a situaciones generales.

Otros instrumentos conocidos son el COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que incluye un rango más amplio de estrategias posibles, el *Coping Response Inventory* (Moos y Schaefer, 1993), el *Coping Strategy Indicator* (Amirkham, 1990), etc.

Un instrumento original en castellano y de nuestra cultura, creado para medir más formas de afrontamiento, es el Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992). En este instrumento encontramos las siguientes categorías: el afrontamiento cognitivo dirigido a modificar la situación, el afrontamiento cognitivo dirigido a modificar la emoción, el afrontamiento conductual-motor dirigido a modificar la situación y la emoción, el afrontamiento pasivo y, por último, el afrontamiento evitativo.

A pesar del amplio número de escalas desarrolladas para medir el afrontamiento, muchas de ellas tienen serias limitaciones (Connor-Smith et al., 2000). En primer lugar, a menudo no están basadas en un modelo teórico con lo cual carecen de una conceptualización adecuada (Somerfield y McCrae, 2000). En otros casos, tal y como lo señala Compas (1998), muchos estudios fracasan en recoger la amplia diversidad de respuestas al estrés, cayendo en dicotomías simplistas como el afrontamiento centrado en la emoción versus en el problema. Igualmente, la mayoría de investigaciones se basan en las respuestas globales a estresores generales, sin tener en cuenta el contexto en el que las personas utilizan las distintas estrategias. Esta limitación disminuye la fiabilidad de la medida, porque por ejemplo se ha demostrado que ante estresores incontrolables las respuestas de afrontamiento de control primario no son funcionales (Calvete y Connor-Smith, 2006; Carver et al., 1993).

Por otro lado, las propiedades psicométricas de muchas de las medidas no se han establecido adecuadamente, con datos muy limitados en la fiabilidad test-retest y validez de las escalas (Compas et al., 2001). El uso del análisis factorial confirmatorio y la evaluación de las relaciones convergentes y discriminantes con otras escalas son pasos importantes para establecer la validez de criterio y de constructo. A nuestro conocer, sólo tres medidas han utilizado esta metodología estadística: *Children's Coping Strategy Checklist* (CCSC, Ayers et al., 1996), *Pain Response Inventory* (Walker et al., 1997) y *Responses to Stress Questionnaire* (Connor-Smith et al., 2000). Igualmente, en aquellas medidas de preguntas cerradas, los ítems puntúan alto en deseabilidad social ya que las personas no describen como realizan concretamente una respuesta de afrontamiento específica. Por último, hay pocas medidas que tienen en cuenta las respuestas involuntarias al estrés.

Conscientes de estas limitaciones, este estudio se ha realizado con la medida desarrollada por Connor-Smith et al. (2000), el Cuestionario de Respuestas al Estrés que ha superado cada una de las limitaciones mencionadas. Originalmente fue diseñado para adolescentes, pero es adaptable a otras poblaciones con muy buenas propiedades psicométricas (por ejemplo, en mujeres masectomizadas, Compas et al., 2006; o estudiantes universitarios, Connor-Smith y Calvete, 2004). El análisis factorial confirmatorio con una consistencia interna de entre .37 a .76, ha resultado en 19 escalas de estrategias de respuestas al estrés organizadas en 5 factores ya mencionados.

1.2.4. AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DE ESTRÉS

Disponemos de amplia evidencia en la literatura sobre el papel que tienen las estrategias de afrontamiento utilizadas en la forma en que respondemos ante situaciones estresantes. Sin embargo, a menudo encontramos diferencias en los resultados o serias dificultades para integrar y comparar los distintos estudios (Skinner et al., 2003). Este hecho puede estar debido a varios factores: En primer lugar, las diferencias en la conceptualización y clasificación de los tipos de afrontamiento. Por otro lado, la amplia gama de estresores evaluados (generales o específicos, controlables o incontrolables; agudos o crónicos, etc...). Asimismo, hay que tener en cuenta los síntomas elegidos para valorar el nivel de estrés, la muestra seleccionada, así como el diseño, la metodología y las escalas utilizadas.

Frente a tales limitaciones y a la cantidad de publicaciones sobre los correlatos psicológicos del afrontamiento, Compas y colaboradores (2001) en su revisión exhaustiva de todos los estudios de niños y adolescentes realizados hasta la fecha, agruparon los resultados en torno a dos dimensiones frecuentemente utilizadas: el afrontamiento dirigido al problema versus a la emoción y el afrontamiento de implicación versus distanciamiento. A continuación relacionaron estas dimensiones con los síntomas clasificados en internalizantes (ansiedad, depresión, síntomas somáticos), externalizantes (agresión y problemas de conducta) y de competencia (social y académica). Los resultados generales muestran un patrón de mejor ajuste psicológico asociado al uso de estrategias de acercamiento y dirigidas al problema cuyos tipos con mayores puntuaciones incluyen la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la reevaluación positiva del estresor. Por otro lado, la mayoría de estudios

mostraban una asociación significativa entre el afrontamiento de distanciamiento y dirigido a la emoción con un menor ajuste psicológico. Entre las estrategias con mayores puntuaciones encontraron la evitación cognitiva y conductual, el aislamiento social, la aceptación resignada, la ventilación emocional o descarga, el pensamiento ilusorio, auto-culpabilizarse y auto-criticarse.

Desafortunadamente no existe ningún estudio que haya realizado esta costosa tarea con la población adulta y hacerlo superaría el objetivo de esta tesis. Sin embargo, en líneas generales los resultados obtenidos en muestras de adolescentes y niños son bastante similares a los encontrados en estudios revisados con adultos.

Con el objetivo de comprender mejor el posible papel que juega el afrontamiento en el proceso de estrés, se han teorizado tres posibles roles en la relación estrés-ajuste psicológico (Pruchno y Resch, 1989): el afrontamiento como efecto principal, el afrontamiento como mediador y el afrontamiento como moderador del impacto del estrés en la salud.

1.2.4.1. MODELO DE EFECTO PRINCIPAL

Son numerosos los estudios que muestran que las estrategias de **distanciamiento** se relacionan positivamente con los síntomas de estrés en estudiantes universitarios (Blalock y Joiner, 2000; Connor-Smith y Compas, 2002; Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams y Winkworth, 2000; Mosley et al., 1994; Steward et al., 1997), en madres de niños diabéticos (Blankfeld y Holahan, 1996), en madres divorciadas (Zautra, Sheets y Sandler, 1996), en parejas infértiles (Morrow, Thoreson y Penney, 1995), en personal militar (Day y Livingstone, 2001), en profesores universitarios (Dunn y Whelton, 2006), matrimonios (Folkman et al., 1986), ancianos (Cantarazo, Horaney y Creasey, 1995) y en pacientes con depresión (Holahan y Moos, 1987). Se ha encontrado menor bienestar psicológico en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (Holland y Holahan, 2003), mayor ansiedad y depresión en las parejas de enfermos de Alzheimer (Pruchno y Resch, 1989) y más síntomas de depresión en adolescentes (Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth, Rieckmann, Benson y Compas, 2004). Asimismo se ha asociado al empeoramiento de la salud física (Davey, Tallis y Hodgson, 1993) y a la progresión del cáncer (Epping-Jordan, Compas y Howell, 1994).

El carácter disfuncional del afrontamiento de distanciamiento también se ha demostrado en estudios longitudinales, por ejemplo, frente a estresores mayores como someterse a una biopsia de cáncer de mama (Stanton y Snider, 1993), una oposición (Bolger, 1990) o una fertilización in vitro (Litt, Tennen, Affleck y Klock, 1992). También hay evidencias con muestras de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (Carver et al., 1993), estudiantes universitarios (Aldwin y Revenson, 1987; Aspinwall y Taylor, 1992; Blalock y Joiner, 2000; Brissette, Carver y Scheier, 2002; Steward et al., 1997; Vitaliano, Maiuro, Mitchell y Russo, 1989) y en personas deprimidas (Holahan y Moos, 1987).

Dentro de las escalas utilizadas, son múltiples los tipos de afrontamiento de distanciamiento que se han demostrado disfuncionales. Entre ellos cabe destacar el pensamiento ilusorio (Bolger, 1990; Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984), el escapismo (Litt et al., 1992), la negación (Carver et al., 1993), la auto-distracción (Carver et al., 1989) o el distanciamiento conductual (Carver et al., 1993).

Sin embargo, el afrontamiento con estrategias de distanciamiento no se ha probado siempre perjudicial puesto que en algunos estudios predice un mejor ajuste marital en padres de hijos con cáncer (Dahlquist et al., 1993), menos dolor en los dos años consecutivos a la pérdida de un ser querido (Bonanno, Znoj, Siddique y Horowitz, 1993), menos ansiedad en pacientes con cáncer de mama que usaban la negación tanto al principio como después del tratamiento (Watson, Greer, Blake y Shrapnell, 1984) y más afecto positivo en mujeres en tratamiento de quimioterapia y que usaban el distanciamiento (Manne et al., 1994).

Suls y Fletcher (1985) han dado una explicación a estos resultados en un meta-análisis de 43 estudios sobre el cáncer. Encontraron que las estrategias de evitación eran eficaces cuando las medidas de resultado eran inmediatas, mientras que las estrategias activas eran más eficaces cuando las medidas eran a largo plazo. Otra explicación alternativa tiene que ver con la diferencia en la naturaleza de los estresores o la conceptualización del afrontamiento de distanciamiento.

Por otro lado, el uso de estrategias de **afrontamiento de implicación de control primario y secundario** como la reevaluación positiva, la resolución de problemas, la

reestructuración, la aceptación y el pensamiento positivo se han asociado con menor índice de depresión en madres de niños diabéticos (Blankfeld y Holahan, 1996), menor estrés percibido y síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios (Aldwin y Revenson, 1987; Aspinwall y Taylor, 1992; Bouteyre et al., 2007; Brisette et al., 2002; Connor-Smith y Compas, 2002; Mosley et al., 1994; Steward et al., 1997; Vitaliano et al., 1989) y adolescentes (Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth et al., 2004; 2005), menores índices de ansiedad, depresión y agresividad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a corto y largo plazo (Carver et al., 1993; Osowiecki y Compas, 1999), mejora de los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades cardíacas (Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1995) y en la población general (Holahan y Moos, 1991). También se ha asociado con mayor bienestar psicológico en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (Epping-Jordan et al., 1999; Holland y Holahan, 2003), con mayor afecto positivo en las parejas de enfermos de Alzheimer (Pruchno y Resch, 1989), con una disminución de los problemas internalizantes y externalizantes en adultos en situación económica precaria (Vinokur, Price y Schul, 1995), con menos síntomas de depresión en adolescentes (Wadsworth et al., 2004) y una mejor salud física en estudiantes universitarios (Park y Adler, 2003).

No obstante, existen algunos estudios con resultados contradictorios en cuanto a los efectos beneficiosos de este tipo de estrategias (Calvete y Connor-Smith, 2006; Cantarazo et al., 1995; Kocot y Goodman, 2003; Lee et al., 2005; Martin y Dahlen, 2005).

En cuanto a las estrategias de control primario, el estudio de Calvete y Connor-Smith (2006) con una muestra de estudiantes universitarios americanos y españoles mostraba que tales estrategias estaban asociadas con mayores índices de ansiedad, depresión y agresividad. Similares resultados en el estudio de Kocot y Goodman (2003) se han explicado por la naturaleza de los acontecimientos. Así, las estrategias de control primario serán adaptativas en situaciones controlables, mientras que en situaciones incontrolables pueden incluso ser disfuncionales (Carver et al., 1993; Compas et al., 2001; Skinner et al., 2003). De hecho, hay estudios que no incluían estresores concretos en los que el afrontamiento centrado en la tarea ha tenido efectos beneficiosos (Aldwin y Revenson, 1987; Aspinwall y Taylor, 1992, entre otros). En cambio, no ha sido el caso en estudios que se realizaban con una muestra que había sufrido estresores

concretos e incontrolables como el cáncer de mama (Carver et al., 1993), ante el cual solamente la aceptación y el sentido del humor mostraron beneficios en los síntomas de estrés a largo plazo.

Los padres del estudio del afrontamiento han planteado el Modelo de la Bondad del Ajuste (*Goodness-Fit-Model*) que sugiere que la eficacia de una estrategia particular va a depender de la buena adecuación entre la estrategia y la controlabilidad del evento (Lazarus y Folkman, 1984). Consecuentemente, si ante una situación incontrolable se intenta actuar activamente, es probable que tenga un efecto contraproducente de frustración y desesperanza (Roth y Cohen, 1986). Tal es el caso del estudio de Terry y Hynes (1998) con un estresor de bajo control, el fracaso en la fertilización in vitro, para el cual las estrategias de resolución de problemas estaban asociadas con peor ajuste que otras.

Alternativamente, en el estudio de Lee y colaboradores (2005), el afrontamiento de resolución de problemas aumentaba el afecto positivo sólo en las situaciones en las que el estresor, en este caso el conflicto familiar, se presentaba a bajo nivel mientras que a niveles altos aumentaba el afecto negativo.

Otra explicación posible a estos resultados contradictorios puede concederse al rol de terceras variables intervinientes. Por ejemplo, en el estudio de Cantarazo et al. (1995), tras controlar factores cognitivos como las expectativas de regulación del ánimo negativo, las estrategias de afrontamiento activo estaban relacionadas con más síntomas depresivos.

Por último, el argumento que da respuesta a los resultados obtenidos en muchos estudios tiene que ver con la taxonomía de afrontamiento utilizada. Aquellas escalas que incluían la categoría de afrontamiento dirigido al problema versus a la emoción, a menudo han encontrado que el afrontamiento dirigido a la emoción estaba relacionado con más síntomas físicos y psicológicos (Aldwin y Revenson, 1987; Aspinwall y Taylor, 1992; Lightsey y Hulsey, 2002; Michell y Hodson, 1983). Con todo, y como se ha mencionado previamente, esta categoría se ha mostrado inadecuada por varias razones. Son frecuentes las escalas que incluyen en la categoría de afrontamiento dirigido a la emoción, tipos de afrontamiento que pueden incluso parecer opuestos

como, por ejemplo, el acercamiento emocional y la evitación emocional (Folkman y Moskowitz, 2004). Es una categoría que no distingue entre tipologías muy diversas. De hecho, se ha comprobado que estrategias como la *expresión emocional* y la *regulación emocional*, teóricamente centradas en la emoción, están relacionadas con menos síntomas internalizantes y externalizantes en estudios de autoinforme (Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth y Compas, 2002), y con menos síntomas y mejor salud física a largo plazo en estudios experimentales (para una revisión véase Pennebaker, 1997); mientras que estrategias como la *descarga emocional* se han asociado con más síntomas depresivos en estudios longitudinales en muestras de personas con depresión clínica (Swindle, Cronkite y Moos, 1989) y con enfermedades crónicas (Felton et al., 1984).

En relación a las estrategias de control secundario, un estudio que contradice sus efectos beneficiosos es el realizado por Martin y Dahlen (2005). Empleando una muestra de estudiantes ante estresores inespecíficos, encontraron que la aceptación predecía más síntomas depresivos. Estos autores explicaron tales resultados en base al tinte de desesperanza y derrotismo que acompañan a los ítems de la escala de aceptación.

A pesar de la amplia evidencia empírica que demuestra la asociación entre el afrontamiento y los síntomas, el número de estudios longitudinales es minoritario, lo que dificulta comprobar la dirección de esta relación. Entre los que cumplen este criterio, podemos destacar los estudios de Aldwin y Revenson (1987), Aspinwall y Taylor (1992), Brissette et al. (2002), Blalock y Joiner, (2000), Steward et al. (1997), Vitaliano et al. (1989), realizados con estudiantes universitarios. Asimismo, otros estudios prospectivos realizados con otras muestras son los de Holahan y Moos (1991) con población de adultos, Swindle et al. (1989) con población clínica y Epping-Jordan et al. (1999) con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Resultan a su vez interesantes los resultados de Carver et al. (1993) en mujeres masectomizadas donde se demuestra la influencia recíproca existente entre los síntomas de estrés y el afrontamiento, de manera que el aumento de síntomas predecía más negación, distanciamiento y auto-distracción a los 3 meses de sufrir una operación de cáncer de mama.

En un estudio comparativo del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas entre personas diagnosticadas de depresión y personas sin ese trastorno, se observó que los deprimidos usaban con más frecuencia la búsqueda de apoyo y el pensamiento ilusorio pero, en cambio, no se diferenciaban de los no deprimidos en el uso del afrontamiento dirigido al problema (Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981).

En definitiva, ha quedado ampliamente demostrada la relación entre el afrontamiento y el ajuste psicológico, y el paso siguiente es profundizar en esta relación para determinar con precisión el rol del afrontamiento en la influencia del estrés sobre los síntomas psicológicos. Esto implica, por ejemplo, evaluar si el afrontamiento actúa como moderador versus mediador de la relación.

1.3. CONCLUSIONES

La conceptualización del estrés es un tema de debate actual y cada uno de los modelos explicativos ha aportado datos que enriquecen el estudio de este campo. De esta manera, se han realizado numerosas investigaciones con los estresores o acontecimientos vitales y las repuestas o los síntomas de estrés basados en los modelos de estímulo-respuesta. Pero la investigación en las últimas décadas, desde modelos más psicológicos, está orientada a la interacción entre ambas (estresores-síntomas) y a los procesos subyacentes a esta relación, tales como los estilos cognitivos y los tipos de afrontamiento.

Es el caso de la conocida teoría propuesta por Lazarus y Folkman (1984), la cual se ha basado en dos conceptos principales: la evaluación cognitiva y las respuestas de afrontamiento. La *evaluación cognitiva* es el proceso de pensamiento a través del cual la persona va a valorar si el estímulo es relevante para su bienestar y de qué manera (evaluación primaria) así como la propia habilidad para afrontar, ajustarse o controlar el estresor potencialmente significativo (evaluación secundaria). De esta forma, la persona toma conciencia de la discrepancia que existe entre las estrategias y la capacidad de afrontamiento personales y las demandas de la situación que cuanto mayores sean, mayor será el estrés experimentado.

El modelo general de estrés comienza con la percepción de un acontecimiento estímulo que genera síntomas de estrés y que puede diferenciarse cualitativa y cuantitativamente. Una forma de clasificar los acontecimientos es en función del grado, intensidad y cualidad de los mismos, pudiendo distinguir así entre los acontecimientos vitales mayores, las molestias diarias y las circunstancias crónicas.

Asimismo, el estudio de los síntomas de estrés es un tema de preocupación mayor basado en la suposición de que los síntomas de malestar psicológico y los trastornos mentales son parte de un continuo cuya diferencia es de grado (*Hipótesis de la Continuidad*). Dada la ambigüedad del proceso de estrés, el número de síntomas que se han asociado con la experiencia de estrés es muy amplio y pueden agruparse en cuatro niveles de expresión: conductual, cognitivo, fisiológico y emocional. En ocasiones, los síntomas emocionales pueden ser muy intensos y manifestarse en depresión y cuadros de ansiedad, y precisamente éstos, serán objeto de este estudio debido a su gran incidencia en la población.

Por su parte, el afrontamiento es una variable que ha recibido mucha atención en las últimas décadas por la amplia evidencia que lo relaciona con el ajuste psicológico. Pero a su vez, carece de una conceptualización, taxonomía y medición consensuadas entre los muchos estudios existentes, lo que dificulta llegar a resultados concluyentes.

En este estudio me basaré en la dimensión de respuestas voluntarias o de afrontamiento del modelo planteado por Compas et al. (1999). Precisamente, este modelo considera al afrontamiento como un aspecto dentro de un conjunto de procesos de autorregulación más amplio que se realizan en respuesta al estrés. A diferencia de modelos anteriores que presentan grandes limitaciones a la hora de integrar la amplia gama de respuestas de afrontamiento de forma clara y organizada, este modelo estructura el afrontamiento en tres categorías organizadas jerárquicamente. En el nivel superior, se encuentra la distinción entre respuestas *voluntarias* e *involuntarias*, teniendo en cuenta que el afrontamiento se refiere a todas aquellas respuestas bajo el control voluntario de la persona. En un segundo nivel, proponen que ambas respuestas voluntarias e involuntarias pueden a su vez distinguirse entre las de *implicación* o de *distanciamiento* con un estresor. En un tercer nivel, las respuestas voluntarias de implicación pueden diferenciarse, dependiendo de sus objetivos, en respuestas de

control primario o *secundario* también denominadas como afrontamiento activo y acomodativo respectivamente.

Los resultados generales de la amplia literatura existente, muestran un patrón de mejor ajuste psicológico asociado al uso de estrategias de implicación de control primario (resolución de problemas, regulación emocional y expresión emocional) y secundario (distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación). Cabe destacar el debate existente sobre la ambigua categoría de afrontamiento centrado en la emoción que a menudo se ha relacionado con más síntomas de estrés. Por otro lado, la mayoría de estudios muestran una asociación significativa entre el afrontamiento de distanciamiento (evitación, negación y pensamiento ilusorio) y un menor ajuste psicológico.

CAPITULO II

MODELO COGNITIVO Y SINTOMAS DE ESTRÉS

En este capítulo se describirán los modelos más relevantes de vulnerabilidad cognitiva al estrés y, en particular, el modelo de los esquemas de Young en el cual se ha basado esta tesis. Asimismo, se revisará la relación existente entre las variables cognitivas y el afrontamiento.

2.1. SUPUESTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO COGNITIVO

Desde el modelo cognitivo, se asume que los procesos mentales -como la interpretación, la atención o la memoria- son eventos intermediarios que interceden entre los estímulos ambientales y las respuestas emocionales. De este modo, el pensamiento distorsionado o disfuncional influirá en el estado de ánimo y la conducta de las personas. No es la situación en sí misma la que determina lo que las personas sienten, sino más bien la manera en la cual construyen la situación (Beck, 1964; Ellis, 1962).

Las bases del modelo cognitivo se pueden resumir en tres supuestos. El primero explica cómo la actividad cognitiva afecta a la conducta y a las emociones. El segundo considera que el funcionamiento cognitivo puede ser observado así como modificado. Y el tercero afirma que el cambio de conducta deseado puede ser influido mediante el cambio cognitivo (Dobson y Block, 2002).

Según la teoría cognitiva existe un continuo entre los procesos cognitivos funcionales y disfuncionales. Dicho de otro modo:

‘El modelo cognitivo de la psicopatología propone que la conducta excesiva disfuncional y las emociones estresantes o el afecto inadecuado que se encuentran en los distintos trastornos psiquiátricos son exageraciones de los procesos adaptativos normales’ (Beck, 1991, p. 370).

Se pueden considerar a Albert Ellis y a Aarón T. Beck los precursores de las dos corrientes fundamentales de terapia cognitiva, aplicación práctica del modelo cognitivo, cuyo objeto de tratamiento son las estructuras profundas cognitivas responsables del malestar de la persona.

Por un lado, Ellis (1962) desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TRE), denominando a las estructuras mentales más profundas con la etiqueta de *creencias irracionales*. Las describió como falsas, expresadas como mandatos, perjudiciales para el logro de nuestros objetivos en la vida y causantes del sufrimiento emocional. Algunos ejemplos de ideas irracionales identificadas por Ellis son la necesidad de aceptación, las altas autoexpectativas, la culpabilización, la irresponsabilidad emocional, la baja tolerancia a la frustración y el perfeccionismo (Ellis y Bernard, 1990).

Por otro lado, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva (TC) y su objeto de tratamiento son las *creencias disfuncionales*. Supone que ya desde la temprana infancia, las personas desarrollan ciertas creencias sobre ellas mismas, otras personas y el mundo. Estas creencias fundamentales están profundamente integradas y aparecen a la persona como verdades absolutas. Son las que guiarán niveles más superficiales de cognición tales como los supuestos y los pensamientos automáticos (Beck, 1976).

A nivel general, se pueden sintetizar las bases que caracterizan a la terapia cognitiva de la siguiente manera (Freeman, 1995). En primer lugar, se trata de una terapia basada en la experiencia consciente, a diferencia de otras terapias como la psicoanalítica que asumen y trabajan con la parte inconsciente. Además, las cogniciones son consideradas como las variables mediadoras² responsables de las emociones inadaptadas, motivo por el cual son el objeto del trabajo terapéutico. La herramienta terapéutica principal utilizada es la pregunta y el terapeuta se implica de forma directiva con el paciente, no permanece pasivo y aséptico. Por último, la teoría proviene de hallazgos empíricos obtenidos con métodos acordes con la psicología científica.

Sin embargo, si hay lugar para comparar a los pioneros de la aplicación del modelo cognitivo cabe destacar que, en primer lugar, Beck es un académico y se centra más en la depresión y los trastornos de ansiedad. Ellis, en cambio, proviene de la práctica y ha considerado un abanico más amplio de patologías. En cuanto a la teoría, mientras que Ellis supone que la irracionalidad es una tendencia biológica, Beck habla de supuestos disfuncionales del aprendizaje. Por otro lado, a pesar de que ambos modelos asumen que la naturaleza de los trastornos emocionales se encuentra en las

² A pesar de que a menudo se les llama a las variables cognitivas mediadoras, desde el punto de vista metodológico no lo son sino que en realidad su papel es de moderación (véase Calvete, *en prensa*).

estructuras cognitivas, la TRE habla de creencias irracionales y la TC de creencias disfuncionales. De esta manera, los objetivos de la terapia serán un cambio de filosofía en el caso de la TRE y un cambio de expectativas en el caso de la TC (Beck, 1976; Ellis, 1962).

Desde entonces y teniendo en cuenta que el origen de la teoría cognitiva y la mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de la depresión, otros autores han adaptado esta psicoterapia con éxito a otros muchos trastornos y poblaciones. Entre otras patologías, se ha aplicado a los trastornos de ansiedad (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), trastornos de personalidad (Beck, Freeman et al., 1991), trastornos de pánico (Clark, 1986a), trastornos obsesivo-compulsivos (Salkovskis y Kirk, 1989), fobia social (Wells, 1995), trastornos de alimentación (Freeman, 1995) y abuso de sustancias (Beck, Wright, Newman, y Liese, 1993).

En definitiva, desde los modelos cognitivos se puede decir que existe una clara asociación entre las cogniciones y los síntomas de estrés. Y es en base a esta relación que se han desarrollado los modelos de diátesis al estrés o vulnerabilidad cognitiva al estrés.

2.2. MODELOS DE VULNERABILIDAD COGNITIVA AL ESTRÉS

El trabajo de los modelos de vulnerabilidad se centra en los antecedentes cognitivos de los trastornos emocionales, así como en su papel en el desarrollo, mantenimiento, prevención y tratamiento de los mismos.

En su origen, el Modelo Genérico de la Vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001) se elaboró a partir de otros modelos existentes sobre la depresión, tal y como el Modelo de la Depresión de Beck (1987) y la Teoría de la Desesperanza de Abramson y colaboradores (Abramson et al., 1989). Ambos han articulado teorías que son suficientemente similares a nivel conceptual para ser consideradas como un modelo explicativo de la depresión ilustrado en el siguiente diagrama:

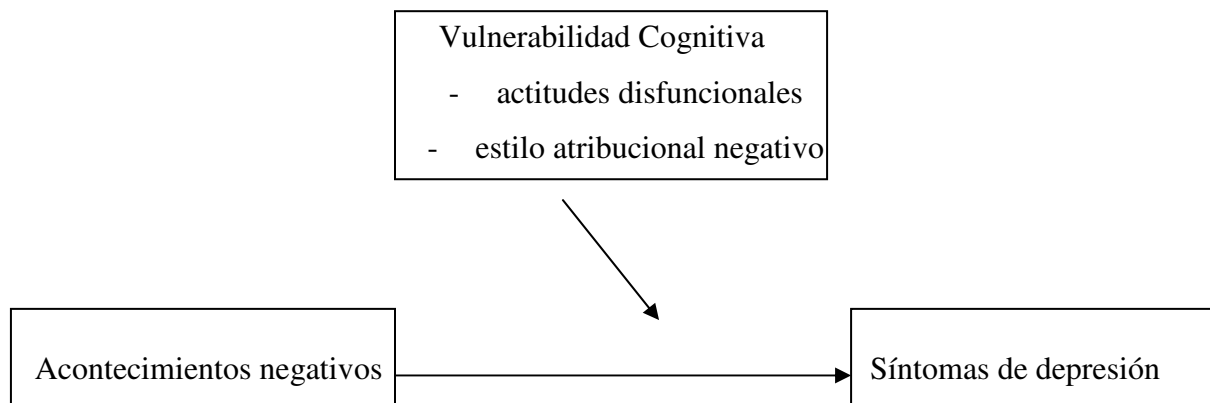


Figura 1: Diagrama de Modelo Genérico de Vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001).

La esencia de este paradigma es que un individuo con vulnerabilidad cognitiva es más probable que se deprima que alguien no vulnerable al afrontar un acontecimiento estresante, interpretando tal acontecimiento de forma negativa (*actitudes disfuncionales*; Beck, 1987) y/o haciendo inferencias negativas sobre la causa, consecuencias o implicaciones del evento (*estilo atribucional negativo*; Abramson et al., 1989). Es decir, existirá una interacción entre los estresores y los estilos cognitivos.

Los modelos de vulnerabilidad cognitiva al estrés también han sido denominados *Modelos de diátesis-estrés* ya que proponen que ciertos estilos de pensamiento y procesamiento de la información representan una diátesis que, en la presencia y no en la ausencia de estresores vitales negativos, aumenta la vulnerabilidad al desarrollo de la depresión (Abramson et al., 1989). Sin embargo, investigadores más recientes que trabajan en este paradigma prefieren el término *vulnerabilidad* al de *diátesis* porque el primero denota la idea de predisposiciones aprendidas y modificables, frente al segundo cuya connotación de rasgos genéricos e inmutables no corresponde con este paradigma (Just, Abramson y Alloy, 2001).

El origen de la vulnerabilidad cognitiva se encuentra en las experiencias infantiles -relaciones de apego y modelado defectuosas- que una vez instaladas se van reforzando a lo largo de la vida (Alloy y Riskind, 2006). Sin embargo, como veremos más adelante, la especificidad de estos factores de desarrollo es una cuestión que requiere mayor estudio.

En cuanto a los rasgos característicos de los modelos cognitivos de vulnerabilidad, cabe destacar en primer lugar, la diferencia entre los *fenómenos distales* que se presentan antes de que se desarrolle el problema y son típicamente predisposiciones cognitivas a responder de forma inadaptada, y los *fenómenos proximales* que se encuentran cercanos en el tiempo a los síntomas y son procesos mentales específicos de la situación (Riskind y Alloy, 2006). También se habla de factores predisponentes (aprendidos o constitutivos) y precipitantes (ambientales). Sabemos que algunas personas parecen ‘resilientes’ (Hammen, 2003) y afrontan las dificultades de los acontecimientos estresantes exitosamente mientras que a otras, estos acontecimientos parecen superarles, desarrollando síntomas de estrés. Según el paradigma de la vulnerabilidad, los factores precipitantes van a producir trastornos emocionales en aquellas personas que tienen una vulnerabilidad cognitiva que les predispone a los trastornos.

Conjuntamente, se han identificado factores que actúan contra el desarrollo de problemas psicológicos, los *factores protectores* como el apoyo social y las estrategias eficaces de afrontamiento, y otros que aumentan los síntomas, los *factores exacerbantes* como el afecto negativo o los acontecimientos vitales negativos. Por otro lado, factores adicionales como la personalidad o las condiciones sociodemográficas se ha visto tienen un efecto moderador en los síntomas psicológicos (Riskind y Alloy, 2006).

Otra característica importante de la vulnerabilidad cognitiva es que está asociada con sesgos del procesamiento de la información específicos de cada trastorno y en cogniciones proximales concretas (Clark, Beck y Brown, 1989). Por ejemplo, el sesgo específico en la ansiedad implicará información relevante a la amenaza y en la depresión a la pérdida, la derrota irreversible y la desesperanza.

A continuación se describirán los modelos más destacados que responden al paradigma de la vulnerabilidad cognitiva al estrés: el Modelo de la Depresión de Beck (1976), el Modelo de la Desesperanza de Abramson y colaboradores (1989), el Modelo de la Ansiedad de Riskind (1997) y el Modelo de los Esquemas de Young (Young y Klosko, 1994; 2001) al que se dedicará mayor atención por ser el modelo de esta investigación.

2.2.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN DE BECK

Beck y sus colaboradores presentaron las bases del modelo original con sus dos publicaciones más importantes *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (Beck, 1976) y *Cognitive Therapy of Depresión* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) en las cuales se demostró la relación entre cognición y emoción inicialmente en el tratamiento de la depresión. En concreto, plantearon la existencia de estructuras cognitivas negativas, a saber, esquemas negativos de uno mismo y del mundo, que contienen distorsiones cognitivas o *actitudes disfuncionales* (por ejemplo ‘*No soy nada si una persona no me quiere*’) que actúan como una diátesis para la depresión (Beck et al., 1979).

El Modelo de Beck se fundamenta en tres conceptos cognitivos que serán descritos a continuación para su mayor comprensión: la tríada cognitiva, las distorsiones cognitivas y los esquemas.

2.2.1.1. LA TRÍADA COGNITIVA

Beck (1976) desarrolló la conocida ‘tríada cognitiva’ en la cual opera la dinámica de la depresión, consistente en tres patrones cognitivos importantes que llevan a la persona a verse a sí misma, sus experiencias y su futuro de forma particular. Los tres componentes son:

- 1º- **Visión negativa de sí misma.** La persona se percibe deficiente y privada de cualidades, lo que le lleva a sentirse indigna. Se infravalora y critica sistemáticamente, careciendo así de las cualidades para ser feliz.
- 2º - **Visión negativa del mundo.** Consiste en interpretar las experiencias que tiene en el mundo de manera pesimista y acomodar los hechos para deducir conclusiones sesgadas hacia el polo negativo.
- 3º - **Visión negativa del futuro.** Implica anticipar dificultades y problemas, perdiendo la esperanza de que éstos puedan solucionarse.

2.2.1.2. DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son los productos de una interpretación errónea de la realidad objetiva, de manera que las conclusiones a las que llegan las personas deprimidas confirman sus expectativas negativas (Segal, 1988). Los errores sistemáticos más comunes que han sido identificados en el razonamiento de pacientes depresivos son (Freeman, 1987; Kruglanski y Ajzen, 1983):

- El *pensamiento todo-o-nada*, que se refiere a la tendencia a evaluar la actuación o cualidades personales de forma extrema.
- La *sobregeneralización*, en la cual de forma arbitraria se concluye que un acontecimiento negativo aislado ocurrirá de manera recurrente.
- La *abstracción selectiva*, que denota la tendencia a elegir de manera selectiva evidencias que validen las ideas depresivas e ignorar todo aquello que las invalide.
- La *inferencia arbitraria*, que implica llegar a una conclusión arbitraria y negativa que no está justificada por los hechos o que incluso está en contradicción con los mismos.
- La *personalización*, que es una distorsión a través de la cual la persona toma los hechos que no tienen que ver con ella y los convierte en personalmente significativos.
- La *magnificación o minimización*, que también se denomina la distorsión binocular porque la persona bien exagera los hechos desproporcionadamente o bien les quita importancia.
- El *razonamiento emocional*, que implica adjudicar a las propias emociones el valor de realidad siguiendo la lógica ‘Lo siento por lo tanto lo soy’.
- Las *afirmaciones ‘debería’*, cuyo objetivo es motivar a la persona a través de la culpabilidad.

En el sistema jerárquico descrito por Hollon y Kriss (1984), la tríada cognitiva y los conceptos distorsionados están considerados como productos cognitivos que resultan de la operación de una estructura subyacente, los esquemas cognitivos.

2.2.1.3. LOS ESQUEMAS MENTALES

Los teóricos de la Terapia Cognitiva han identificado la existencia de distintos niveles de funcionamiento cognitivo dentro de los cuales los esquemas forman parte de uno de ellos, con sus mecanismos de funcionamiento y organizaciones particulares.

2.2.1.3.1. Niveles Cognitivos

Beck (1976) planteó tres componentes cognitivos diferenciados en su nivel de profundidad, generalización y acceso a la conciencia: los pensamientos automáticos, los supuestos y las creencias fundamentales o esquemas cognitivos.

En el nivel más superficial se encuentran los **pensamientos automáticos**, también denominados ‘autodiálogo’, formados por el flujo continuo de pensamientos e imágenes que cruzan nuestra mente y a los que, con frecuencia, no prestamos atención (Beck, 1976).

En el nivel más profundo, Beck ha propuesto dos tipos de estructuras: los supuestos y las creencias disfuncionales o esquemas. Si lo comparamos con la imagen de un árbol, las ramas son los pensamientos automáticos, el tronco son los supuestos y las raíces son las creencias fundamentales (Wills y Sanders, 1997). Los **supuestos** y las **creencias** se entienden como un marco de referencia o un conjunto de reglas para determinar nuestra ‘forma de ser’ en el mundo, es decir, la manera en que juzgamos las situaciones, a los demás y a nosotros mismos (Beck, 1976). La diferencia entre los supuestos y las creencias es que los últimos se expresan en términos absolutos (por ejemplo, ‘*no valgo la pena*’ ‘*la gente no me respeta*’) y los primeros son afirmaciones condicionales del tipo ‘*si trabajo duro entonces me respetarán*’. Los supuestos permiten mantener las creencias subyacentes. Los pensamientos automáticos son a los que tenemos acceso directamente y surgen constantemente en las situaciones concretas en base a las estructuras más profundas (por ejemplo, ‘*Juan no me respeta*’).

Las creencias o esquemas se forman a partir de las experiencias tempranas de nuestra infancia y se van revisando a lo largo de la vida. Muchas de ellas fueron funcionales en algún momento y si se continúan utilizando fuera de contexto y tiempo

pueden originar malestar emocional (Wills y Sanders, 1997). Muchos autores, y el mismo Beck al comienzo, utilizan los términos de esquema y creencia fundamental como sinónimos, pero más adelante matizarán la diferencia otorgando a los esquemas el carácter de *estructuras* y a las creencias fundamentales de *contenido* (Wills y Sanders, 1997).

Otros autores han empleado una taxonomía diferente (Ingram y Kendall, 1986), identificando tres tipos de variables cognitivas, correspondientes a los niveles de análisis del sistema cognitivo, y las han descrito de forma sistematizada. En primer lugar, las **estructuras cognitivas**, que se refieren a los esquemas o a las creencias fundamentales sobre el yo, el mundo y la relación con los demás. Entre otras, han identificado la *Necesidad de Aceptación* o *Sociotropía*. Por otro lado, los **procesos cognitivos** que implican procesamiento de información como la atención, la interpretación y el recuerdo. Un ejemplo de proceso cognitivo es la *Orientación Negativa a los Problemas*. Por último, los **productos cognitivos** que se expresan en los mencionados pensamientos automáticos ante situaciones concretas. Se trata del autodiálogo que llevamos a cabo sin cesar.

2.2.1.3.2. El concepto de Esquema

El concepto de esquema ha sido definido diferentemente entre los distintos autores del modelo cognitivo. Por ejemplo, Beck (1995) afirma que ‘los esquemas son creencias fundamentales globales, rígidas y sobregeneralizadas que operan a nivel cognitivo básico’ (p. 16). Por su lado, Segal (1988) los describe como ‘elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento relativamente cohesivo y duradero, el cual guiará la percepción y evaluación subsiguientes’ (p. 148).

Cole, Jacquez y Maschman (2001) han explicado el desarrollo de los esquemas depresivos utilizando la hipótesis del ‘vaso que ve’. Tal hipótesis propone que la visión de uno mismo se construye a partir de las percepciones de los demás. De esta forma, cuando los niños y las niñas desarrollan los esquemas del yo, la falta de cuidados o rechazo por parte de las figuras de apego importantes es probable que generen contenidos personales de desprecio e invalidez, codificados profundamente en estos

esquemas que, más adelante, van a determinar la visión de los demás y las expectativas de interacción con los mismos.

2.2.1.2.2. Mecanismos de funcionamiento

Beck y sus colaboradores (Beck et al., 1979) propusieron el *Modelo de la Accesibilidad* para explicar el proceso de funcionamiento de los esquemas. Supusieron que las personas deprimidas tienen esquemas del yo sesgados negativamente. Estos permanecen latentes hasta que se activan con los acontecimientos vitales estresantes. Una vez activados ofrecen acceso a una multitud de contenidos negativos y guían un patrón de autorreferencia negativo que precipita la depresión (Rector, Segal y Gemar, 1998). En palabras del propio Beck (Beck et al. 1979):

“La teoría propone que las experiencias tempranas proveen las bases para la formación de conceptos negativos sobre el yo.....Estos pueden estar latentes pero pueden activarse por circunstancias específicas que son análogas a las experiencias inicialmente responsables de alojar la actitud negativa (p.16)”

Se entiende que una vez el esquema se activa, el procesamiento de la información social de la persona es canalizada de acuerdo con los principios descritos en la teoría de los esquemas (selección, abstracción, interpretación e integración; Segal, 1988). Los esquemas se mantienen por mecanismos de atención selectiva, distorsión de la información e ignorando la información contraria. Además, cuanto más se active un constructo se hará más accesible, aumentando así la probabilidad de que se utilice en situaciones futuras.

Alternativamente, otros autores han explicado la vulnerabilidad a la depresión por el *Modelo de la Disponibilidad* en el cual se considera que las personas vulnerables a la depresión disponen de una base de datos de contenidos negativos (como la pérdida, el rechazo, etc...) mucho más desarrollada y cualitativamente distinta de las personas no depresivas, con lo cual los constructos negativos sobre el yo están más disponibles en la memoria (Rector et al., 1998).

Son muchos los estudios que han demostrado que los estilos cognitivos inadaptados están presentes en personas deprimidas (para revisión ver Haaga, Dyck y Ernst, 1991), pero es más difícil establecer si la supuesta vulnerabilidad cognitiva existe en ausencia de síntomas depresivos. Algunas investigaciones han encontrado que las cogniciones de las personas previamente deprimidas no son distintas de aquellas nunca deprimidas, lo cual demuestra que las cogniciones disfuncionales remiten con otros rasgos como el ánimo triste y la anhedonía (Eaves y Rush, 1984; Seligman et al., 1988). Sin embargo, Beck y colaboradores (1979) han explicado estos resultados con la Hipótesis Dependiente del Estado de Ánimo (*Mood-State dependent Hypothesis*; Miranda y Pearsons, 1988) que plantea que las cogniciones disfuncionales estables en las personas vulnerables solamente son accesibles cuando son congruentes con su estado de ánimo triste. Como consecuencia, muchos estudios utilizan la inducción del ánimo triste para acceder a las cogniciones disfuncionales (Dykman, 1997; Roberts y Gamble, 2001; Segal, Gemar y Williams, 1999, entre otros). No obstante, otros autores (Hunt y Forand, 2005) no han encontrado esta estrategia eficaz en personas nunca deprimidas. En definitiva, es una cuestión debatida y de difícil solución utilizando diseños retrospectivos y de autoinforme, que no procuran acceso a las estructuras cognitivas subyacentes y el modo en que operan.

2.2.1.2.4. Organización de los Esquemas

Otro tema debatido ha sido referente a la organización de los esquemas y a la cuestión de si bien son genéricos y uniformemente negativos o si, por el contrario, se organizan en dominios específicos. Beck ha identificado dominios de contenido específico y diferente dentro del esquema del yo que generalmente tratan sobre tres áreas: el logro personal, la necesidad de aceptación y el control (Beck et al., 1979).

El examen psicométrico de la *Escala de Actitudes Disfuncionales (Dysfunctional Attitude Scale, DAS*; Weissman y Beck, 1978), que ha sido explícitamente diseñada para medir los esquemas depresivos, ha llevado a plantear la existencia entre otros de dos esquemas fundamentalmente depresivos: por un lado, la *sociotropía* o necesidad de aprobación definida como la valoración del ‘intercambio positivo con los demás, centrándose en la aceptación, la intimidad, el apoyo y la guía’ (Beck, Epstein y Harrison, 1983, p.3), y por otro lado, la *autonomía* definida como la valoración del

‘funcionamiento independiente, la movilidad, la elección, el logro y la integridad de los propios dominios’ (Beck et al., 1983, p.3). Postulando sobre la presencia de estos dos esquemas negativos con dominios de contenido distintos (sociotropía vs. autonomía), los teóricos cognitivos han examinado si la depresión surge cuando los acontecimientos vitales negativos son congruentes con el esquema (*Hipótesis de la Especificidad de los Síntomas*; Rector et al., 1998). Es decir, los individuos dependientes se deprimirán más frente a un estresor interpersonal, como el rechazo, el conflicto o la pérdida, y los auto-críticos frente a fracasos relacionados con el logro, tales como las dificultades laborales, legales, económicas o problemas de salud.

2.2.1.4. APOYO EMPÍRICO AL MODELO DE BECK

Es amplia la literatura evaluando el modelo de Beck y no siempre se ha confirmado. Dentro de los estudios realizados con el DAS, en el cual se mide un factor único de actitudes disfuncionales caracterizadas por una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro, hay resultados dispares. Por un lado, los que han encontrado apoyo al modelo de la diátesis de Beck en diseños transversales (Kwon y Oei, 1994; Olinger, Kuiper y Shaw, 1987) y longitudinales (Abela y D’Alessandro, 2002; Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 2006; Joiner, Metalsky, Lew y Klocek, 1999; Kwon y Oei, 1992; Lewinsohn, Rohde, y Joiner, 2001; Oei y Kwon, 2007). Por otro lado, los estudios que no han confirmado que la interacción Actitudes disfuncionales X Acontecimientos Negativos influya en los cuadros depresivos en diseños transversales (Robins y Block, 1989; Robins, Block y Peselow, 1990) y longitudinales (Barnett y Gotlib, 1988; Persons y Rao, 1985), a pesar de que sí encontraron una asociación entre las actitudes y los síntomas.

La discrepancia de resultados ha sido explicada por varios motivos (Abela y D’Alessandro, 2002). La diversidad de instrumentos utilizados se suma a la ausencia de estudios que incluyan el ‘priming’ como estrategia para activar las actitudes, como sugieren algunos autores (Miranda y Person, 1988). Además, en los estudios longitudinales varía enormemente el tiempo de seguimiento de unos a otros: desde 4 días en el estudio de Joiner et al. (1999) a 2 años y medio en el estudio de Alloy, Abramson, Whitehouse et al. (2006).

En cuanto a los estudios realizados con los dominios de las actitudes disfuncionales –sociotropía y autonomía- y los estresores interpersonales y de logro también hay resultados mixtos. Se partía de la *Hipótesis de la congruencia de los síntomas*, que prevee una mayor probabilidad de deprimirse en las personas sociótropas que experimenten eventos interpersonales y las autónomas que afronten estresores de logro. Algunos autores conceden apoyo total a esta hipótesis en ambos dominios, sociotropía y autonomía, con estudios longitudinales (Hammen, Marks, Mayol y deMayo, 1985; Segal, Shaw, Vella y Katz, 1992) y transversales (Beck, Taylor y Robbins, 2003). Otras investigaciones han confirmado tal correlación únicamente en el dominio de sociotropía frente a eventos interpersonales en estudios transversales (e.g., Clark, Beck y Brown, 1992; Raghavan, Le y Berenbaum; 2002; Robins, 1990; Rude y Burnham, 1993) y longitudinales (Fresco, Sampson, Craighead y Koons, 2001; Hammen, Ellicott y Gitlin, 1992; Husky et al., 2007; Mazure, Mciejewsky, Jacobs y Bruce, 2002; Robins, Hayes, Block, Kramer y Villena, 1995). Esta diferencia en los resultados no parece estar sistemáticamente relacionada con el uso o no de muestras clínicas, diseños longitudinales o trasversales, o la utilización de distintos instrumentos de medida, ya que los resultados son arbitrarios. En una revisión, Coyne y Whiffen (1995) cuestionan la asunción de que las dimensiones de autonomía y sociotropía sean constructos independientes y se activen por distintos tipos de estresores.

El inconveniente de muchos de los estudios que evalúan las dimensiones de sociotropía y autonomía, es la ausencia de contraste con otros síntomas como la ansiedad u otros estilos emocionales. Como afirman Nietzel y Harris (1990), esta teoría no se puede comprobar totalmente sin un diseño que incluya otros síntomas distintos de la depresión. Esta falta de consistencia queda ilustrada en un estudio de Clark, Beck y Steward (1990) donde la sociotropía se asociaba más fuertemente con la ansiedad que con la depresión, y en otro de Raghavan et al. (2002) en el cual la autonomía correlacionaba más fuertemente con la hostilidad (Raghavan et al., 2002). No obstante, el tema de la especificidad cognitiva será desarrollado más extensamente en el apartado 2.3. de este capítulo.

2.2.2. MODELO DE LA DESESPERANZA DE ABRAMSON

Originalmente, la teoría reformulada de la Indefensión Aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) proponía que las personas con un *estilo atribucional negativo* eran más propensas a deprimirse. Es decir, que la tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales ante los acontecimientos negativos aumentan el riesgo de depresión (Spence, Sheffield y Donovan, 2002). Expandiendo el constructo de vulnerabilidad cognitiva, el **Modelo de la Desesperanza** (Abramson et al., 1989) conceptualiza la vulnerabilidad como un estilo cognitivo característicamente negativo a través del cual las personas tienden a hacer inferencias negativas sobre las causas de un acontecimiento (atribuciones internas, globales y estables), las consecuencias que siguen al evento y las implicaciones personales. De esta manera, el aumento de los sentimientos de desesperanza³ median la relación entre el efecto diatesis-estrés y el incremento en la depresión (Hankin, Abramson y Siler, 2001).

En concreto, este modelo se refiere a un subtipo de depresión denominado ‘depresión de desesperanza’ que se caracteriza por la tristeza, las tendencias de suicidio, la baja energía, la apatía, el retraso psicomotor, las alteraciones del sueño y una mala capacidad de concentración (Lewinsohn et al., 2001).

Varios estudios han encontrado evidencia que apoya la hipótesis de la vulnerabilidad al estrés en el Modelo de la Desesperanza longitudinalmente (Abela, Brozina y Seligman, 2004; Alloy y Clements, 1998; Alloy, Abramson y Francis, 1999; Alloy, Just y Panzarella, 1997; Gibb, Beevers, Andover y Holleran, 2006; Hankin y Abramson, 2002; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004; Hankin et al., 2001; Hankin, Fraley y Abela, 2005; Husky et al., 2007) y transversalmente (Metalsky y Joiner, 1997). El denominador común era que el estilo atribucional negativo, acompañado por un alto índice de acontecimientos negativos estresantes, podía predecir un aumento de los síntomas depresivos. Profundizando en las dimensiones del estilo atribucional (atribución causal, atribución de las consecuencias, implicaciones para el yo y medida total), Calvete, Villardón y Estévez (2008) encontraron que únicamente la dimensión de atribución a causas estables y globales actuaba de moderador. Asimismo,

³ Desesperanza: Las expectativas de que consecuencias altamente deseadas no ocurrirán o que acontecimientos fuertemente aversivos van a suceder (Hankin y col., 2001, p. 608)

se ha hallado un efecto específico del estilo atribucional para la depresión de desesperanza y no para la ansiedad (Alloy y Clements, 1998) u otros tipos de depresión (Alloy et al., 1997).

Hay que mencionar también que algunos estudios solo han encontrado un apoyo parcial al modelo, es decir, no había efecto de interacción con los acontecimientos vitales (Hammen, Adrian y Hiroto, 1988, Robins y Block, 1989; Spence et al., 2002), lo que supone que el estilo atribucional pesimista predecía la depresión futura independientemente de la ocurrencia de acontecimientos estresantes negativos. Por último, existen autores que no encontraron la asociación del estilo atribucional con síntomas depresivos (Ralph y Mineka, 1998).

Con el objetivo de comprobar los dos modelos más representativos del enfoque cognitivo de la depresión, se desarrolló el Proyecto de Vulnerabilidad Cognitiva a la Depresión de Temple-Wiscosin (VCD; Alloy y Abramson, 1999; Alloy et al., 2000) con una muestra de 5.378 estudiantes universitarios en la primera fase, y de 349 para la fase del estudio prospectivo (de 5 años y medio de seguimiento). Se medían las actitudes disfuncionales y el estilo atribucional de los participantes, creando así un grupo de alto riesgo y otro de bajo riesgo cognitivo de sufrir una depresión. Merece señalar que, a diferencia de estudios previos, es el primer estudio de estas características que se centra en identificar una depresión clínica utilizando entrevistas diagnósticas para valorarlo.

Dentro de los interesantes resultados de este proyecto, cabe destacar la tendencia del grupo de alto riesgo, frente al de bajo riesgo, a mostrar una probabilidad mayor de desarrollar un primer episodio de trastorno de depresión mayor (17% vs. 1%), trastorno depresión menor (39% vs. 6%) y depresión de desesperanza (41% vs 5%) durante los primeros 2 años y medio, controlando los síntomas iniciales. Entre los que tenían historia de depresión pasada, los de alto riesgo eran más vulnerables que los de bajo riesgo a desarrollar recurrencias de depresión mayor (27% vs. 6%), menor (50% vs. 26.5%) y de desesperanza (52% vs. 22%; Alloy et al., 1999). Teniendo en cuenta que la muestra de este estudio son estudiantes universitarios sin historia de depresión previa, los resultados contradicen la hipótesis alternativa de la secuela o '*Scar hypothesis*' (véase Lewinsohn, Steinmertz, Larson y Franklin, 1981) que sugiere que los estilos cognitivos negativos son consecuencia de la experiencia pasada de depresión.

En definitiva, el proyecto de VCD demuestra que los estilos cognitivos negativos (incluyendo las actitudes disfuncionales y el estilo atribucional negativo) son un riesgo tanto para recurrencias como para un primer episodio de depresión, sugiriendo que deben de ser procesos similares los que subyacen al primer y subsiguientes episodios. Asimismo, aunque se asume que los estilos cognitivos no son inmutables, se ha observado cierta estabilidad de los mismos en los 2 años y medio de seguimiento independientemente del tratamiento (Alloy, Abramson, Safford y Gibb, 2006).

Este proyecto se amplió para una muestra de adolescentes denominándose el Proyecto de Depresión en Adolescentes de Oregon con procedimientos rigurosos de control de muchas variables (historia familiar, síntomas actuales, etc.; Lewinsohn et al., 2001). Estos autores encontraron que las actitudes disfuncionales actuaban como un factor de riesgo, bajo condiciones de estrés, para desarrollar una depresión. Igualmente, propusieron la existencia de un umbral de vulnerabilidad para la depresión, es decir, un nivel intermedio mínimo para que los estresores lleguen a interactuar con las actitudes disfuncionales. En cuanto al estilo atribucional negativo, la interacción diátesis-estrés fue significativa solamente a bajos niveles de estrés. Es decir, existía vulnerabilidad a la depresión en los adolescentes con estilo atribucional negativo solamente en ausencia de estrés elevado.

No obstante, son pocos los estudios que han comparado los dos modelos, por lo que no se puede valorar si la vulnerabilidad es atribuible a ambos, ni tampoco si explican los mismos factores. Las diferencias quedan reflejadas en un reciente estudio realizado por Husky et al. (2007) con una muestra de 1900 estudiantes universitarios, y un registro diario del procesamiento cognitivo según ambas teorías. En un análisis general, la sociotropía explicaba hasta dos veces más de varianza de los síntomas depresivos que el estilo atribucional. Pero cuando las teorías se comparaban en relación a los eventos negativos, la teoría de la desesperanza explicaba un porcentaje mayor de varianza en el ánimo deprimido que la sociotropía. En la misma línea, Robins y Block (1989) subrayaron el mayor poder predictivo de las actitudes disfuncionales frente al estilo atribucional (32% versus 19% de la varianza), y ninguno interactuaba con los acontecimientos. Por el contrario, en el estudio de Haeffel y colaboradores (2003) prevalece el estilo atribucional frente a las actitudes disfuncionales y Hankin et al. (2004) hallaron similar poder predictivo en ambas.

Parece que los constructos descritos por Beck y Abramson será mejor concebirlos como distintos caminos a la depresión cada uno con una contribución independiente (Husky et al., 2007).

2.2.3. MODELO DE LA VULNERABILIDAD INMINENTE

El Modelo de Vulnerabilidad Inminente (*Looming Vulnerability Model*) (Riskind, 1997), al igual que otros modelos de ansiedad (Beck y Emery, 1985), indica que la evaluación exagerada de amenaza contribuye al inicio, aumento y mantenimiento de la ansiedad y sus trastornos. Pero a diferencia del modelo estándar de Beck, éste se centra en el contenido del peligro dinámico (cualidades como la velocidad y el momento de la amenaza) más que en predicciones estáticas de amenaza. Una vez que este mecanismo innato de evaluación de amenaza se elabora en un estilo cognitivo duradero, interactúa con los eventos ambientales y otros mecanismos cognitivos de orden inferior para determinar que tipo de ansiedad resultará. El origen de este estilo cognitivo hay que remitirlo a la exposición temprana de patrones de apego inseguro, miedos infantiles y a una educación inadecuada (Riskind y Williams, 2006).

Los últimos avances en el Proyecto de Vulnerabilidad Cognitiva a la Ansiedad han encontrado que el *Estilo Inadaptado de Inminencia* (EII, *Looming Maladaptive Style*; Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak y Cortina, 2000) funciona como un esquema de peligro, que produce un sesgo de procesamiento, y desemboca en ansiedad patológica activada por estímulos potencialmente amenazantes. De esta manera, el EII provoca una necesidad imperante de pasar a la acción y de conductas autoprotectoras como, por ejemplo, la evitación.

El estilo de vulnerabilidad inminente se ha mostrado como causa necesaria y suficiente para la experiencia de ansiedad. Además, la forma que adopta el trastorno emergente dependerá de la interacción entre el EII y factores situacionales que crean mecanismos cognitivos proximales de orden inferior, a veces específicos a un estímulo concreto. Así, el Trastorno de Ansiedad Generalizado se produce por la hiperactivación del esquema general de peligro, mientras que la Fobia Social es el resultado de cogniciones próximas de una amenaza, de críticas y vergüenza ante una situación de exposición pública; el Trastorno Obsesivo Compulsivo viene generado por dar excesiva

importancia a los pensamientos intrusivos con la urgencia de suprimirlos; y por último, el Trastorno de Estrés Postraumático es consecuencia de procesos auto-protectores para alejarse de la experiencia traumática (Riskind y Williams, 2006).

Ha quedado reflejado previamente el gran volumen de estudios publicados sobre la depresión en comparación con la ansiedad, para la cual los estudios son más escasos, sobre todo en lo que se refiere a factores cognitivos generales aplicables a todos los trastornos de ansiedad. En ese sentido, el Modelo de Vulnerabilidad Inminente es destacable por plantear un estilo cognitivo común a todos los trastornos de ansiedad y que discrimina de la depresión.

Varios estudios han examinado la validez de este modelo comprobando que correlaciona con la ansiedad, y no con la depresión, en muestras clínicas y no clínicas (Riskind et al., 2000; Williams et al., 2004, entre otros). Al mismo tiempo, no se solapa con otras medidas de ansiedad y asocia a los distintos trastornos de ansiedad como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Riskind y Williams, 2005), la Fobia social y el Trastorno de Estrés Postraumático (Williams, Shahr, Riskind y Joiner, 2004), el Trastorno de Pánico y la Agorafobia (Riskind y Williams, 2006).

2.3. TEORÍA DE LA ESPECIFICIDAD COGNITIVA

El modelo de Beck (1976) establece que cada trastorno emocional podría diferenciarse por la forma y el contenido de los pensamientos, cogniciones y creencias disfuncionales. Esta idea se conoce con el nombre de *Hipótesis de la Especificidad del Contenido Cognitivo*. A nivel estructural, las creencias y actitudes que implican negatividad hacia uno mismo, el mundo y el futuro, así como las pérdidas o privaciones en lo personal, serán propias de la depresión, mientras que los estados de ansiedad estarán dominados por esquemas inadaptados de amenazas físicas o psicológicas con un sentido amplificado de vulnerabilidad. Como resultado de estos esquemas el procesamiento de la información estará sesgado de forma específica. De modo que las personas deprimidas van a procesar selectivamente la información auto-referente, minimizando o incluso ignorando el material positivo, y valorando los sucesos personales negativos como globales y absolutistas. Por otro lado, las personas ansiosas

van a procesar selectivamente los datos sobre peligro y amenaza, sobreestimando su propia vulnerabilidad y evaluando los eventos como tentativos, anticipatorios y específicos de las situaciones de miedo (Beck y Clark, 1988). Igualmente, el contenido de los productos cognitivos se plantea diferente según la Teoría Cognitiva. En la depresión, los pensamientos e imágenes implicando la pérdida y el fracaso toman forma de afirmaciones absolutistas, a diferencia de los pensamientos sobre peligros y amenazas presentes en la ansiedad, que se traducen en preguntas probabilísticas y anticipatorias (Beck et al., 1987).

De la misma forma, los estudios que han investigado el perfil cognitivo específico de la ansiedad y la depresión pueden clasificarse en las distintas categorías cognitivas descritas por Ingram y Kendall (1986): estructuras, procesos y productos cognitivos.

Gran parte de las investigaciones se han centrado en nivel de los productos cognitivos, también denominados pensamientos automáticos o autodiálogo, obteniendo resultados dispares. Hay estudios consistentes con la especificidad en ambas -ansiedad y depresión- en casos clínicos (Beck et al., 1987; Clark et al., 1989; Schniering y Rapee, 2004) y en la población normal (Calvete y Connor-Smith, 2005; Clark, 1986b; Oei y Kwon, 2007; Schniering y Rapee, 2004). Pero existen otros que se han mostrado consistentes sólo con la especificidad en la depresión (Calvete, Estévez, Landín et al., 2005; Joiner et al., 1999), o que no han encontrado en absoluto tal especificidad (Harrell, Chambless y Calhoun, 1981). Igualmente, en una revisión de 13 estudios sobre especificidad, Beck y Perkins (2001) concluyeron que la especificidad sólo se confirmaba para el contenido cognitivo depresivo.

En el nivel de procesos cognitivos, la especificidad también ha sido demostrada en distintas variables. Por un lado, en estudios en los que se medía el procesamiento de la información a través de la realización de una tarea (Greenburg y Beck, 1989; Ingram, Kendall, Smith, Donnell y Ronan, 1987; MacLeod, Mathews y Tata, 1986). Por ejemplo, Greenburg y Beck (1989) pedían a los participantes evocar adjetivos en libre asociación y comprobaron que los pacientes deprimidos y ansiosos recordaban aquellos de contenido específico a su patología. Por otro lado, el estilo atribucional negativo, propuesto en la Teoría de la Desesperanza y considerado como un proceso cognitivo,

también ha sido evaluado en su especificidad. En algunos casos, se ha observado que los estudiantes con estilo atribucional negativo tenían más riesgo de experimentar síntomas de depresión, pero no de ansiedad, al afrontar acontecimientos estresantes (Alloy y Clements, 1998; Hankin et al., 2004; Metalsky y Joiner, 1997; Mongrain y Blackburn, 2006), y en otros no se halló tal especificidad (Ralph y Mineka, 1998). Estos últimos apuntan a un efecto generalizado de síntomas de estrés producido por el estilo cognitivo.

Asímismo, el mencionado Proyecto de Vulnerabilidad Cognitiva de Temple-Wiscosin, realizado conjuntamente con las actitudes disfuncionales y estilo atribucional negativo, también evaluó la especificidad de la depresión controlando los trastornos de ansiedad (Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 2006). Los resultados apuntan a los estilos cognitivos inadaptados como factores de riesgo específicos para la depresión, pero no para la ansiedad a menos que sea comórbida a la depresión

Por último, dentro de los procesos cognitivos cabe destacar la Orientación Negativa a los Problemas que se desarrollará en detalle en el apartado 2.5. A pesar de que son más los estudios que la han relacionado con la depresión (Calvete y Cardeñoso, 2005; Chang y D’Zurilla, 1996; Elliott, Shewchuk y Scott, 2001; Kant, D’Zurilla y Maydeu-Olivares, 1997; Ko et al., 2005; McCabe, Blankstein y Mills, 1999; Sadowsky y Kelly, 1993; Sahler et al., 2002), también se ha visto vinculada a la ansiedad (Elliott et al., 2001; Kant et al., 1997; Ko et al., 2005; Sahler et al., 2002). Como consecuencia se puede afirmar que la ONP es un proceso que ocurre en ambas patologías.

En cuanto al nivel estructural o de esquemas, han sido varias las variables estudiadas. En primer lugar, habría que mencionar los estudios realizados midiendo las actitudes disfuncionales de la teoría de Beck y cuyo instrumento de medida ha sido el DAS. Aunque, en su origen, el DAS estaba diseñado para medir asunciones específicas de la depresión, más adelante se observó que era sensible a otros estados patológicos, entre ellos, la ansiedad (Hollon, Kendal y Lumry, 1986). Los autores que han incluido la ansiedad, han observado que está significativamente asociada con las actitudes disfuncionales (entre ellos: Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 2006; Clark et al., 1989; Ingram et al., 1987; Oei y Kwon, 2007). El problema es que teniendo en cuenta que el DAS proporciona una sólo puntuación, es difícil comprobar tal especificidad si

no es a través de los pensamientos automáticos como mediadores de la relación entre los esquemas y los síntomas. Así lo comprobaron Clark et al. (1989) y Oei y Kwon (2007) observando que las actitudes disfuncionales provocaban síntomas de depresión a través de cogniciones depresivas y síntomas de ansiedad mediante cogniciones ansiosas.

En resumen, los resultados sugieren que la depresión y la ansiedad pueden estar diferenciadas en su contenido cognitivo a través de los pensamientos automáticos ansiógenos y depresógenos. No obstante, las actitudes disfuncionales parecen representar un factor de vulnerabilidad común a ambas.

Dentro del mismo modelo, aunque en su origen estaba planteado solamente para la depresión, algunos autores se han preguntado sobre el efecto de las dimensiones de sociotropía y autonomía en los síntomas de ansiedad. Precisamente, Alford y Gerrity (2003) incluyeron los síntomas ansiosos en un estudio longitudinal con estudiantes universitarios y encontraron que ni la autonomía ni la sociotropía predecía la depresión en el T2, y que únicamente la sociotropía predecía la ansiedad en el T2. Esta falta de consistencia se replica en otros estudios donde la sociotropía se ha asociado más fuertemente con la ansiedad que con la depresión (Clark et al., 1990), y la autonomía correlacionaba más fuertemente con la hostilidad (Raghavan et al., 2002). Fresco et al. (2001) obtuvieron resultados más coherentes con la teoría original en un estudio longitudinal con estudiantes universitarios. En este caso, las personas sociótropas tenían más riesgo de deprimirse ante los eventos interpersonales, mientras que las autónomas tendían a experimentar más síntomas de ansiedad al afrontar eventos de logro. A pesar de que resulta complejo llegar a conclusiones definitivas sobre el rol específico de la sociotropía y la autonomía en ambos trastornos, hay una tendencia a remarcar la importancia del esquema de sociotropía en la depresión.

Dentro de la categoría de estructuras cognitivas, también hay que señalar los estudios realizados con el Modelo de los Esquemas (Young y Klosko, 1994). Este modelo se expondrá en profundidad en el apartado 2.4 donde se describirá igualmente la especificidad cognitiva de los esquemas en el desajuste psicológico.

A pesar del apoyo empírico otorgado a la hipótesis de la especificidad de contenido, se pueden subrayar algunos defectos en la literatura existente provocados por el solapamiento entre ansiedad y depresión.

Existe una alta comorbilidad entre ansiedad y depresión en poblaciones clínicas (Clark, 1989; Kessler et al., 1996) y en poblaciones normales (Clark y Watson, 1991; Mineka, Watson y Clark, 1998) llegando al 16% en muestras de niños y adolescentes (Brady y Kendall, 1992). Por otro lado, en personas deprimidas se ha visto que hasta dos tercios cumplía criterios para uno o más trastornos ansiosos (Judd y Burrows, 1992).

Igualmente, se ha observado que las medidas de autoinforme de ansiedad y depresión correlacionan altamente, entre .62 y .70 (Clark, Steer y Beck, 1994), mientras que en las escalas clínicas hay una mejor discriminación entre ambos trastornos con correlaciones entre .40 y .45 (Clark y Watson, 1991). Por último, cabe señalar que el tratamiento con antidepresivos ha probado mejorar ambos, los síntomas de depresión y los de ansiedad (Bandelow, Andersen y Dolberg, 2007).

Una de las alternativas al modelo de la especificidad que explica la alta correlación entre ansiedad y depresión, ha sido ofrecida por Clark y Watson (1991) en su *Modelo tripartito* de ansiedad y depresión. Según este modelo, las medidas de ansiedad y depresión están evaluando un factor de desajuste psicológico más amplio, común e inespecífico denominado **Afecto Negativo (AN)**. Este factor se caracteriza por la tendencia de la persona a sentirse estresada, preocupada, ansiosa y autocrítica, y por tener una visión negativa de sí misma. El modelo, además, establece la existencia de otras dos dimensiones conocidas como **Afecto Positivo (AP)** y **Activación Fisiológica (AF)**. El afecto positivo refleja el propio nivel de implicación positiva con el medio y tiene componentes de bienestar, afiliación y aventura (Clark y Watson, 1991). Se considera que las bajas puntuaciones en medidas de afecto positivo serán específicas de la depresión, mientras que la activación fisiológica será propia de la ansiedad; por otro lado, ambas puntuarán en el factor inespecífico y común de afecto negativo. Estos autores incluso afirman que factores cognitivos, como estilo atribucional negativo, pensamiento auto-referente negativo y actitudes disfuncionales, no son específicos de la depresión sino que representan el aspecto cognitivo del AN (Clark, Steer et al., 1994).

Esta teoría ha encontrado apoyo empírico en estudios que han realizado análisis factoriales en medidas de autoinforme de ansiedad y depresión, comprobando que pesaban en un factor único de estrés generalizado (Block, 1991; Gotlib, 1984). Asimismo, se ha comprobado la existencia de los tres factores en diversas muestras, tales como estudiantes universitarios (Joiner, 1996; Watson et al., 1995), toxicómanos y población general (Watson et al., 1995). Utilizando diseños correlacionales, algunos autores observaron que el afecto negativo se asociaba con ambas, ansiedad y depresión, y el afecto positivo sólo con la depresión (Clark, Steer et al., 1994; Watson, 1988). No obstante, Watson, Gámez y Simms (2005) señalan la limitación del modelo tripartito en explicar la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, ya que se relaciona únicamente con los síntomas inespecíficos y no con los trastornos (por ejemplo, la fobia social). Tampoco Burns y Eidelson (1998) encontraron apoyo al modelo en tres muestras (estudiantes universitarios, pacientes en busca de tratamiento por toxicomanía y personas en tratamiento por trastornos de ánimo y ansiedad), concluyendo que los síntomas inespecíficos de ansiedad y depresión son fenomenológicamente distintos y no pueden combinarse como un conjunto de síntomas de afecto negativo.

Algunas investigaciones han permitido la integración de ambas posturas, la hipótesis de la especificidad y el modelo tripartito. En un análisis factorial de los síntomas de estos trastornos, se encontró un nivel de primer orden confirmando la especificidad, mientras que un análisis de nivel superior apoyaba la generalidad (Clark et al., 1990; Clark, Steer et al., 1994; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1995). Calvete y Connor-Smith (2005) también lo demuestran en un estudio con estudiantes universitarios donde había dos factores comunes, el autodiálogo positivo y negativo, junto a cuatro categorías específicas de primer orden vinculadas a los síntomas internalizantes y externalizantes. Igualmente, en un meta-análisis, Beck y Perkins (2001) sugieren que la fenomenología cognitiva (en este caso el autodiálogo) se ajusta al modelo tripartito de sintomatología ansiosa y depresiva por poseer factores comunes y específicos.

El modelo tripartito de ansiedad y depresión también ha sido aplicado al Modelo de la Desesperanza con similares resultados. Varios estudios longitudinales encontraron que tanto pacientes con distimia como con ansiedad poseían un estilo atribucional depresivo para los eventos negativos (mas internos, estables y globales), mientras que

para los eventos positivos, el grupo depresivo puntuaba menos en el estilo atribucional que el grupo ansioso (Fresco, Alloy y Reilly-Harrington, 2006; Heimberg et al., 1989).

Por tanto, la evidencia demuestra la existencia de factores comunes y específicos en la sintomatología y las cogniciones ansiosas y depresivas.

2.4. MODELO DE LOS ESQUEMAS DE YOUNG

En 1994, Jeffrey Young propuso un modelo de vulnerabilidad cognitiva al estrés, denominado **Modelo Centrado en los Esquemas**, diseñado para ampliar el modelo original de Terapia Cognitiva de Beck, y en particular, para cubrir la necesidad de tratamiento de los pacientes con trastornos caracteriológicos persistentes que no respondían a la Terapia Cognitiva (TC) estándar (Young y Klosko, 1994; 2001).

Los antecedentes históricos de la Terapia Centrada en los Esquemas hay que buscarlos en el Modelo Cognitivo de Beck y el trabajo de los constructivistas (McGinn y Young, 1996).

2.4.1. ORÍGENES HISTÓRICOS

El Modelo Cognitivo tradicional de Beck, como se ha mencionado en el apartado anterior, enfatiza la importancia de los esquemas en el desarrollo de los trastornos psicológicos (Beck, 1976). Las emociones se explican como el resultado de evaluaciones cognitivas específicas. Asimismo, las creencias fundamentales sobre uno mismo y el mundo, originadas en la infancia, son las responsables de los hábitos actuales de pensamiento y comportamiento.

Young era un asociado de Beck y director de formación del *Cognitive Therapy Center* de Philadelphia en los 80s (Wills y Sanders, 1997), y empezó a desarrollar una forma de terapia cognitiva más eficaz en personas con trastornos de personalidad que se mostraban resistentes a la TC estándar, en parte por las características particulares de este tipo de pacientes y los supuestos propios del enfoque terapéutico.

Los pacientes con trastornos de personalidad se caracterizan por una presentación difusa de su problemática, lo que dificulta considerablemente su tratamiento. Igualmente, presentan serios problemas de relación que obstaculizan el vínculo terapéutico necesario para que el tratamiento sea eficaz. Al fin y al cabo, estas personas se caracterizan por la inflexibilidad y rigidez de sus esquemas, junto a una fuerte tendencia a la evitación que entorpece el éxito de la TC breve (McGinn y Young, 1996).

Hay que tener en cuenta que la TC está estructurada en torno a una serie de criterios que no se cumplen en todas las patologías. Se asume que el paciente tiene acceso a los sentimientos, pensamientos e imágenes con un breve entrenamiento. Además se cuenta con que la persona tiene problemas identificados en los que centrarse. Otro caso para el cual la TC carece de herramientas, es cuando el paciente no puede implicarse en una relación colaborativa con el terapeuta. Por último, se parte de la base de que todas las cogniciones y patrones de comportamiento pueden cambiarse a través del análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación y la práctica (Young y Klosko, 1994; 2001).

Por otro lado, los constructivistas (Phillips, 1995; Piaget, 1971; Stahl, 1989; entre otros) rechazan la teoría de la correspondencia entre pensamientos y creencias (funcionales y disfuncionales) y la realidad externa. Por el contrario, sostienen que la viabilidad de una construcción dada está en función de sus consecuencias para el individuo que la adopta. Los sistemas humanos se caracterizan por una dinámica auto-organizadora y evolucionan de manera que protejan su coherencia interna. Las cogniciones son proactivas y anticipatorias (no pasivas y determinadas). Se da especial énfasis a la dimensión evolutiva, sobre todo a las relaciones primarias de apego (McGinn y Young, 1996).

2.4.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Young (1999) propone cuatro constructos fundamentales para describir su modelo: los esquemas inadaptados tempranos, los dominios de los esquemas, los procesos de los esquemas y los modos de los esquemas. Algunos de los constructos representan una extensión del modelo cognitivo de Beck, mientras que otros son

novedosos. No obstante, la teoría de los esquemas es totalmente consistente con los modelos de vulnerabilidad (Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995).

2.4.2.1. LOS ESQUEMAS INADAPTADOS TEMPRANOS

En el concepto de esquema inadaptado temprano (EIT), Young integra tanto las creencias profundas como los supuestos propuestos por Beck. De esta manera, los EIT se refieren al nivel más profundo de cognición, y son estructuras extremadamente estables y duraderas que se desarrollan en la infancia y se elaboran a lo largo de la vida de la persona (Young, 1999). La diferencia se encuentra en que la mayoría de los EIT son incondicionales, mientras que las asunciones de Beck son condicionales. Además, Young considera que los esquemas incluyen elementos emocionales y patrones de conducta (Young, comunicación personal, Octubre 2008).

Definición. Young ha definido a los EIT como ‘argumentos extremadamente estables y duraderos, compuestos de memorias, emociones, cogniciones, y sensaciones corporales, sobre uno mismo y las relaciones con los demás, que se desarrollan en la infancia y se elaboran a lo largo de la vida de la persona, siendo disfuncionales hasta un grado significativo’ (Young, Klosko y Weishaar, 2003, p. 7).

Características. Dentro de las características fundamentales de los esquemas cabe destacar que normalmente no están de inmediato disponibles en la conciencia sino que actúan como verdades implícitas incuestionables. Asimismo, son cómodos y familiares, y cuando se desafían, la persona distorsionará la información para mantener su validez haciéndose resistentes al cambio. No son ni ‘buenos’ ni ‘malos’ pero pueden ser considerados funcionales o disfuncionales según su eficacia para lograr los objetivos de la persona. Pueden ser dominantes o menores dependiendo de la influencia que tienen en la vida de la persona, especialmente la cantidad de áreas en las cuales está activo (Young, 1999).

Pueden estar activos o latentes, dependiendo de la presencia o ausencia de acontecimientos desencadenantes específicos del esquema que llevan, directa o indirectamente, a desarrollar síntomas de estrés (depresión, pánico, soledad, relaciones problemáticas, rendimiento pobre en el trabajo, adicciones, trastornos psicosomáticos

como la úlcera o el insomnio, etc.; Young, 1999). Sin embargo, tienen un carácter hipervalente en personas con trastornos de personalidad que estarán crónicamente experimentando altos niveles de sintomatología. Este aspecto difiere, en cierta medida, de las teorías originales de diátesis al estrés donde se requieren estresores desencadenantes para activar los esquemas (Beck, 1987; Abramson et al., 1989). No obstante, el propio Beck ha distinguido entre la activación persistente de los esquemas, característica de los trastornos de personalidad (Eje II del DSM-IVR), y la activación pasajera de las condiciones del Eje I (Beck, Freeman et al., 1991). Es más, en un estudio realizado por Schmidt y Joiner (2004) con una muestra de estudiantes universitarios, quedó demostrado que la asociación entre los eventos estresantes y los síntomas psicológicos era menor para aquellos que puntuaban alto en EIT. De acuerdo con el modelo del continuo de la psicopatología, estos esquemas son aplicables a la población normal que dependiendo del tipo de esquema desarrollado y su rigidez, serán más o menos patológicos. De hecho, la estructura factorial del Cuestionario de Esquemas es muy similar en muestras clínicas y no clínicas (Rijkeboer y Van den Bergh, 2006; Schmidt et al., 1995).

Origen. Se originan en la temprana infancia como resultado del temperamento innato infantil que interactúa con las experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y compañeros durante los primeros años de vida, constituyendo así los fundamentos del auto-concepto y la concepción del entorno. No hay que olvidar que el modelo de Young está inspirado en la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1980) que propone que los niños internalizan las interacciones repetidas con los y las cuidadoras en modelos internos de trabajo o esquemas sobre el yo y los demás, integrados en la estructura de la personalidad como patrones relativamente duraderos para las relaciones sociales posteriores. De esta manera, aquellos esquemas que afectan a la seguridad básica del niño o la niña desde una edad muy temprana tendrán peores consecuencias en la vida adulta. Posteriormente, Young (Comunicación personal, Octubre 2008) ha reconocido que también las experiencias en la adolescencia, como es el caso del bullying, pueden provocar el desarrollo de esquemas inadaptados.

En el libro titulado *Reinventa tu vida*, diseñado como un libro de autoayuda al público general, Young y Klosko (2001) utilizan el término más familiar ‘trampas vitales’ para referirse a los esquemas inadaptados.

Así como Beck (1995) consideraba que los esquemas debían evaluarse de manera única en las personas, Young (1999) se propuso encontrar un sistema de clasificación de los esquemas más comunes en las personas y que, presumiblemente, subyacían a la psicopatología. De esta manera, gracias a su experiencia clínica, Young describió 18 esquemas inadaptados y sus características cognitivas, emocionales y conductuales (McGinn y Young, 1996; Young y Klosko, 1994; 2001).

El esquema de **Abandono/ Inestabilidad** se caracteriza por la falta de confianza en los que pueden prestar apoyo, porque son inestables e impredecibles, o de alguna forma hacen temer que nos van a abandonar. El niño o la niña sintió que le abandonaron y que nunca tuvo raíces seguras y, como consecuencia, en la vida adulta puede presentar mucho miedo al abandono y ser muy exigente en las relaciones. Además, a causa de la desconfianza, puede convertirse en una persona celosa.

El esquema de **Privación Emocional** se basa en la expectativa de que el deseo de apoyo emocional no va a ser satisfecho por los demás. El infante se ha sentido privado de nutrición, empatía y protección, desarrollando en la edad adulta un sentimiento frecuente de soledad, incomodidad en las relaciones íntimas y descontento crónico con lo que las personas le dan.

El esquema de **Abuso/Maltrato** implica la creencia de que los demás nos van a dañar, abusar, humillar, mentir o manipular. Sensación de ser injustamente tratado. El origen infantil puede encontrarse en experiencias de traición o abuso, y como consecuencia, posteriormente se desarrolla un miedo atroz al daño y una gran desconfianza ante las intenciones de las demás personas.

En el esquema de **Imperfección/Culpa**, la persona convive con un sentimiento de ser defectuosa en aspectos importantes de la vida y, por tanto, a no sentirse digna de ser querida. El origen es el exceso de crítica, humillaciones o rechazo en la infancia, que puede llevar a la persona adulta a una hipersensibilidad a la crítica, expectativa de ser rechazada y sentimientos de culpabilidad. Asimismo, experimentará una profunda necesidad de aceptación y validación.

El esquema de **Aislamiento social/Alineación** conlleva una sensación de aislamiento del resto del mundo, de ser diferente. El niño o niña es probable que haya pasado mucho tiempo en soledad y se puede manifestar con la dificultad de formar parte de grupos o comunidades.

El esquema de **Dependencia** se refiere a la sensación de incapacidad para manejar las propias responsabilidades diarias de manera eficaz, sin ayuda considerable de las demás personas. Se presenta como desesperanza. Al niño o a la niña no se le promovió que fuese autosuficiente, por lo que crece con pasividad, indecisión, falta de iniciativa y pidiendo ayuda ante cualquier dificultad.

El esquema de **Vulnerabilidad al daño o enfermedad** se caracteriza por un miedo exagerado a que ocurra una desgracia de manera inminente, ante el cual no hay protección posible. El origen puede encontrarse en padres sobreprotectores que transmiten el mensaje de que el mundo es peligroso. Así se va creciendo con miedos infundados, sufriendo frecuentemente de ansiedad, hipocondrías y evitando todo riesgo.

El esquema de **Apego** muestra una excesiva implicación afectiva con una o más personas significativas, al precio de un fracaso en la individualización y el desarrollo social normal. Es posible que la familia haya absorbido al niño o niña de manera que, en la vida adulta, la persona desarrolla sentimientos de fusión o vacío sin alguien al lado, con dificultades para actuar independientemente de la familia.

El esquema de **Fracaso** se caracteriza por la creencia de que se va a fallar inevitablemente. La persona se siente inadecuada, en comparación el resto, en los distintos ámbitos de la vida. Los padres han podido ser muy exigentes y poco reforzadores, con lo cual la persona tiene un autoconcepto muy negativo y se infravalora.

El esquema de **Grandiosidad** está basado en la creencia de ser superior a otras personas, con derechos y privilegios especiales y sin obligación a la norma social de reciprocidad. Se origina con una educación muy permisiva, en la cual no hay límites definidos del comportamiento. Como consecuencia, se desarrolla un carácter egocéntrico, arrogante e impositivo que carece de empatía hacia las demás personas.

El esquema de **Autocontrol Insuficiente** implica un déficit de autocontrol de impulsos y de la tolerancia a la frustración necesaria para lograr los objetivos personales. Probablemente la persona ha crecido en un ambiente donde había inestabilidad, falta de coherencia, permisividad y falta de disciplina, lo que le lleva a tener explosiones emocionales, junto a dificultades para asumir responsabilidades y renunciar al placer inmediato.

El esquema de **Autosacrificio** conlleva una intención exagerada de satisfacer voluntariamente las necesidades de otras personas en las situaciones cotidianas, a expensas de la gratificación de las propias necesidades, lo que termina generando resentimiento hacia esas personas. A menudo, se origina con asumir un rol de cuidador en la infancia, tener padres emocionalmente necesitados u ocupar el primer lugar entre los hermanos.

El esquema de **Subyugación** implica la renuncia a los propios derechos por sentirse coaccionado o coaccionada. Originado con padres dominantes o punitivos cuando el infante se expresa. Se puede presentar en la edad adulta como una excesiva obediencia, combinada con hipersensibilidad a la acusación. Son personas que evitan la confrontación a toda costa.

El esquema de **Inhibición emocional** describe la excesiva inhibición de la acción, sentimientos o comunicación espontáneos, a menudo para evitar la desaprobación, el sentimiento de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos.

El esquema de **Estándares inalcanzables** asume la creencia de que se debe luchar para lograr metas internas excesivamente altas de rendimiento, lo que resulta en sentimientos de presión o dificultad para reducir el ritmo y una crítica constante interna y externa.

Los siguientes esquemas se eliminaron posteriormente por el mismo autor para abreviar la medición de los mismos (Young et al., 2003).

El esquema de **Necesidad de Aprobación o reconocimiento** que da un énfasis excesivo en ganar la aprobación, reconocimiento o atención de otras personas, así como de encajar en un grupo a expensas de desarrollar un sentido del yo seguro y verdadero. La propia auto-estima depende de las reacciones de los demás más que de las propias inclinaciones naturales. Este esquema puede equipararse a la dimensión de *sociotropía* planteada por Beck y desarrollada en el apartado anterior (Beck, 1983).

El esquema de **Negatividad o pesimismo** se caracteriza por una tendencia a maximizar los problemas, los errores, la traición y todo aquello que no va bien, mientras se minimizan o ignoran los aspectos positivos. A menudo, se acompaña de una expectativa de que las situaciones van a ocurrir de manera desastrosa, o incluso de que aquello que va bien terminará fracasando. Esto desemboca en quejas, indecisión y una preocupación constante.

Por último, en el esquema de **Castigo** se asume que las personas deberían ser castigadas por cometer errores. Conlleva una tendencia a la irritabilidad, intolerancia e impaciencia cuando no se cumplen los propios objetivos.

Los esquemas cognitivos, a su vez, están organizados en cinco grandes dominios o categorías según la interferencia sufrida en necesidades básicas de la infancia (Young, 1999).

2.4.2.2. LOS DOMINIOS

El dominio de **Desconexión y rechazo** incluye los esquemas de Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección y Aislamiento Social. Se refiere a las expectativas de que no se van a satisfacer las necesidades de seguridad, estabilidad y aceptación. Origen del entorno familiar típico es desapegado, rechazador, negador, impredecible o abusivo.

El dominio de **Autonomía deteriorada** reúne los esquemas de Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego y Fracaso. Se caracteriza por la expectativa negativa propia y del entorno en la habilidad de funcionar independientemente, o actuar con éxito sin necesitar a otras personas. El origen suele ser un entorno familiar caótico que mina

la confianza del infante, sobreprotector o que fracasa en reforzar la independencia de la familia.

El dominio de **Límites deteriorados** consta de los esquemas de Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente. Existe una deficiencia de límites internos, de responsabilidad en las relaciones interpersonales y de perspectiva a largo plazo. Estos esquemas llevan a una dificultad en respetar los derechos las demás personas, cooperar con ellas, comprometerse o establecer objetivos personales realistas. El entorno familiar suele caracterizarse por la permisividad, la indulgencia, la falta de dirección o un sentido de superioridad.

El dominio de **Orientación a los demás** está compuesto por los esquemas de Autosacrificio y Subyugación. Dentro de este dominio, hay un excesivo foco en los deseos, sentimientos y respuestas de las otras personas a expensas de las propias necesidades. Todo ello para ganar el amor y la aprobación de las mismas, mantener el sentido propio de conexión, evitar represalias o aliviarles el dolor. Las familias de origen suelen tener una aceptación condicionada, donde los infantes deben suprimir aspectos importantes de ellos mismos para obtener amor, atención y aprobación.

Finalmente, el dominio de **Vigilancia Excesiva e Inhibición** incluye los esquemas de Inhibición emocional y Estándares inalcanzables. En este caso, existe un énfasis excesivo en el control de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas para evitar cometer errores. También, las personas tienden a seguir reglas internalizadas rígidamente a expensas de la propia felicidad o salud. La familia típica de este dominio es descorazonada (y a veces castigadora), en la cual predominan las normas, el deber, el perfeccionismo y el evitar errores, antes que el placer, la alegría y la relajación.

No obstante, esta división en dominios está muy cuestionada ya que, como se comprobará más adelante, muchos análisis factoriales para comprobar la estructura de los esquemas no han podido confirmar esta clasificación (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Lee, Taylor y Dunn, 1999; Schmidt et al., 1995; Villa, Calvete, Cardeñoso y Villardón, 2005, entre otros).

2.4.2.3. LOS PROCESOS DE LOS ESQUEMAS

Los procesos de los esquemas son estrategias cognitivas, afectivas o conductuales que explican el funcionamiento de los esquemas en la persona y de qué manera se perpetúan (Young, 1999). Se han identificado tres procesos principales: mantenimiento, evitación y compensación.

A través de los procesos de **mantenimiento** los esquemas se refuerzan y perpetúan convirtiéndose en inflexibles. Son procesos que incluyen distorsiones cognitivas – tales como la magnificación o minimización, la abstracción selectiva y la sobregeneralización- y conductas inadaptadas, que llevan a que se repita la situación vivida en la infancia (Young, 1999). De este modo, si una persona ha crecido en un sistema familiar caracterizado por el abandono emocional, en la edad adulta tenderá a revivir este sentimiento, por ejemplo magnificando una pequeña separación como un gran abandono, lo que hará que se confirme su esquema.

Los procesos de **evitación** del esquema son las estrategias cognitivas, conductuales y emocionales mediante las cuales la persona intenta evitar la activación del esquema y las emociones intensas asociadas al mismo (Young, 1999).

En cuanto a los procesos de **compensación** del esquema, son el resultado de los intentos funcionales que hizo el infante para afrontar el dolor ocasionado por alguna de las experiencias negativas, pero que resultan exagerados en la vida adulta (Young, 1999). Por ejemplo, ocurre cuando la persona con el esquema de dependencia se esfuerza por actuar con independencia.

2.4.2.4. LOS MODOS

Puesto que no todos los esquemas se utilizan a la vez, Young emplea el concepto de ‘modo’ para referirse a un grupo de esquemas que están actualmente activos en una persona y que han adquirido una predominancia en su mente, determinando así un estilo de pensamiento (Young et al., 2003). Young ha propuesto cuatro modos con sus respectivas subdivisiones: los modos de niño (niño vulnerable, niño enfadado, niño impulsivo y niño feliz), los modos de afrontamiento disfuncionales (rendido cumplidor,

protector desapegado y sobrecompensador), los modos parentales disfuncionales (padre punitivo y padre exigente) y el modo de adulto sano.

2.4.3. MEDICIÓN DE LOS ESQUEMAS

Young desarrolló un Cuestionario de Esquemas (*Schema Questionnaire, SQ*; Young y Brown, 1990; 2001) para ayudar a los clínicos a evaluar las cogniciones, afectos y comportamientos que subyacen a la psicopatología, en el cual se medían 16 esquemas en 205 items.

La mayoría de estos esquemas han sido validados por estudios diseñados para medir las propiedades psicométricas del *Schema Questionnaire (SQ)* en distintas muestras. En el estudio realizado por Schmidt et al. (1995), el análisis factorial del SQ con una muestra de 1129 estudiantes demostró la existencia de 12 de los 16 esquemas propuestos por Young. Por otro lado, Lee et al. (1999) utilizaron una muestra clínica relativamente amplia en la cual 14 de los 16 factores emergieron como factores independientes. Pero ninguno de los dos estudios confirmó la estructura de segundo orden de los cinco dominios propuestos por Young. Schmidt et al. (1995) encontraron tres factores de segundo orden que denominaron Desconexión, Sobreconexión y Estándares Inalcanzables, mientras que Lee et al. (1999) hallaron un factor adicional a los del estudio anterior (Límites deteriorados) con algunas diferencias en cuanto a los esquemas incluidos en cada dominio. También hay que mencionar que se ha encontrado similar estructura factorial en el cuestionario de esquemas entre muestras clínicas y no clínicas (Rijkeboer y Van den Bergh, 2006).

Más adelante, Young y Brown (1994) desarrollaron la forma abreviada del Cuestionario de Esquemas (*Schema Questionnaire Short Form, SQ-SF*) utilizando los cinco items que más puntuaban en cada factor del análisis de la versión larga del estudio de Schmidt et al. (1995), de manera que incluyeron 15 esquemas en 75 items.

La estructura del SQ-SF ha sido validada en varias investigaciones. En un estudio realizado con población clínica (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002), había buena consistencia interna en las 15 subescalas de esquemas. En otro con personas que sufren trastornos de alimentación, se confirmaron las propiedades

psicométricas comparables en ambas versiones del SQ (Waller, Meyer y Ohaian, 2001). Por último, Stopa, Thorne, Waters y Preston (2001) encontraron en un grupo de pacientes mixto de salud mental niveles aceptables de consistencia interna a excepción del esquema de Vulnerabilidad al daño. La razón puede ser que es una escala que mide muchos tipos de daño.

En cuanto al análisis de la estructura de segundo orden en la versión reducida, encontramos tres estudios con estudiantes universitarios y uno con pacientes psiquiátricos que han obtenido resultados dispares. El realizado por Calvete y colaboradoras (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005) confirmó la estructura teórica de 15 factores de primer orden, pero no obtuvo evidencia para los cinco dominios de segundo orden. Al igual que previos estudios de la versión larga (Lee et al., 1999; Schmidt et al., 1995), solamente hallaron tres dominios (Autonomía Deteriorada, Desconexión y Estándares Exagerados-Sobreconexión). Estos resultados han sido confirmados por otro estudio posterior (Villa et al., 2005). No obstante, Cecero, Nelson y Gillie (2004) consiguieron validar 14 de los 15 esquemas y los 5 dominios de orden superior. Por último, un estudio realizado con pacientes psiquiátricos confirmó 4 factores de segundo orden que coinciden con los dominios de Desconexión, Autonomía deteriorada, Límites deteriorados y el esquema de Estándares inalcanzables (Hoffart et al., 2005).

En definitiva, la existencia de los 15 esquemas ha quedado demostrada empíricamente con una estructura factorial similar en muestras clínicas y no clínicas, pero la organización de los mismos en 5 categorías o dominios de orden superior necesita mayor apoyo empírico para ser aceptada (Oei y Baranoff, 2007).

2.4.4. APLICACIONES DE LA TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS

La Terapia Centrada en los Esquemas (TCE) es un enfoque integrativo desarrollado por Young (2001) para tratar a los pacientes caracterológicos, incluyendo los trastornos de personalidad borderline, narcisista, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo e histéricos. Además sus técnicas se han utilizado para prevenir la recaída de la depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de alimentación y dolor crónico. Es un modelo pionero que combina

elementos de la terapia cognitivo-conductual con la gestalt, las relaciones de objeto, el constructivismo y los enfoques psicodinámicos en un modelo unificador (Young et al., 2003). Expande la TC convencional poniendo mayor énfasis en la relación terapéutica, experiencia afectiva y las experiencias tempranas de la vida (Young, 1999). Ha quedado demostrada su eficacia en la remisión de la sintomatología al modificar los esquemas en pacientes psiquiátricos (Nordahl, Holthe y Haugum, 2005) y en un estudio comparativo de 3 años en personas que sufrían un trastorno límite de la personalidad (Giesen-Bloo et al., 2006).

2.4.5. EVIDENCIA EMPÍRICA DEL MODELO DE LOS ESQUEMAS

2.4.5.1. ORIGEN DE LOS ESQUEMAS

A pesar de que el modelo planteado por Young localiza claramente el origen de los esquemas en la infancia, de momento, no son muchos los estudios que se han dedicado a demostrarlo.

Shah y Waller (2000) encontraron que había una relación entre los estilos de crianza parentales (por ejemplo, negligencia y sobreprotección) y la severidad en la depresión, mediado por los EIT de Dependencia, Inhibición Emocional, Fracaso, Estándares Inalcanzables y Vulnerabilidad al daño. Resultados similares en la investigación de Harris y Curtin (2002) donde los esquemas de Imperfección, Autocontrol Insuficiente, Dependencia y Vulnerabilidad mediaban la relación entre los estilos de crianza y la depresión en estudiantes universitarios. En una muestra de personas con conducta de juego patológico, los estilos de crianza caracterizados por la inhibición emocional y la aceptación condicionada se asociaban con todos los dominios; asimismo, las críticas constantes sufridas en la infancia se vinculaban a los dominios de desconexión y rechazo y de autonomía deteriorada (Estévez y Calvete, 2007). Las experiencias infantiles de abuso físico y maltrato emocional predecían síntomas de ansiedad a través del esquema de Vulnerabilidad al daño en un estudio realizado con una muestra de adolescentes deprimidos (Lumley y Harkness, 2007). En consistencia con la teoría de la especificidad (Beck, 1976), las experiencias de maltrato emocional sufridas por los adolescentes en la infancia provocarían anhedonía futura mediante los esquemas de Aislamiento social y Autosacrificio (Lumley y Harkness, 2007).

En otra línea de investigación, Cecero et al. (2004) relacionaron los EIT con los distintos tipos de apego adulto en un estudio realizado con estudiantes universitarios. Comprobaron que había un patrón de asociación entre los estilos de apego adulto que contienen una visión negativa del yo, y los EIT. En concreto, parece que los esquemas más tempranos y tóxicos son el de Abandono y el de Abuso que describen los estilos interpersonales en la vida adulta de apego preocupado y miedoso (la división de los tipos de apego utilizada en este estudio se basa en las cuatro categorías propuestas por Bartholomew y Horowitz, 1991).

De hecho, en un principio Young (1999) definió todos los EIT como incondicionales, a diferencia de las asunciones condicionales de Beck. Sin embargo, más adelante modificó su modelo considerando a algunos de ellos condicionales (Young et al. 2003). Así, los EIT que se desarrollan en la infancia más temprana son los más incondicionales y, por lo tanto, más difíciles de modificar – Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección, Aislamiento Social, Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego, Fracaso, Negatividad, Castigo, Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente. Por otro lado, los EIT condicionales se desarrollan a menudo como una forma de aliviar las consecuencias de los esquemas incondicionales, y son más moldeables al cambio – Subyugación, Auto-sacrificio, Búsqueda de aprobación, Inhibición Emocional y Estándares Inalcanzables (Young et al., 2003, p. 22).

2.4.5.2. RELACION ENTRE ESQUEMAS Y DESAJUSTE

Ha quedado demostrada empíricamente la relación entre los esquemas inadaptados tempranos de Young y el desarrollo de diversas formas de desajuste psicológico, en un patrón consistente con la hipótesis de la especificidad de contenido mencionada previamente.

La mayoría de estudios que han intentado validar el cuestionario de esquemas, lo han hecho analizando las relaciones entre los esquemas cognitivos y algunos trastornos o síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, etc). Tal es el caso del mencionado estudio de Schmidt et al. (1995) donde los esquemas de Dependencia e Imperfección predecían mayores puntuaciones de depresión y los

esquemas de Vulnerabilidad al daño e Inhibición Emocional de ansiedad en estudiantes universitarios.

Asimismo, en un estudio comparativo de las dos versiones del Cuestionario de esquemas con una muestra de pacientes psiquiátricos, se observó que los esquemas de Abandono, Imperfección, Subyugación y Autosacrificio correlacionaban con la depresión, el esquema de Estándares Inalcanzables con la ansiedad y el de Imperfección con la ansiedad fóbica (Stopa et al., 2001). Cabe señalar que el perfil de esquemas difiere en los distintos trastornos de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad o fobia social se ha relacionado con los esquemas de Abandono, Fracaso e Inhibición emocional (Calvete y Orue, 2008) o los de Abuso, Imperfección, Grandiosidad, Privación emocional y Estándares inalcanzables (Pinto-Gouveia, castillo y Galhardo, 2006).

En otro estudio similar, la depresión correlacionaba con los esquemas de Abandono y Aislamiento Social y la ansiedad con los de Abandono y Vulnerabilidad (Glaser, Campbell, Calhoun, Bates y Petrocelli, 2002).

Welburn et al. (2002) seleccionaron una amplia muestra clínica en la cual la depresión se asociaba a los esquemas de Abandono y Autocontrol Insuficiente, la ansiedad a los de Abandono, Vulnerabilidad al daño, Fracaso, Autosacrificio e Inhibición Emocional y la paranoia estaba relacionada con los esquemas de Abuso, Vulnerabilidad al Daño, Autocontrol insuficiente y bajo Auto-sacrificio.

Esta revisión sugiere que hay resultados dispares en cuanto a los esquemas que subyacen a los trastornos psicológicos, sobre todo los referentes a la ansiedad y a la depresión. Un motivo puede ser el mencionado solapamiento que existe entre ambos trastornos y que muchos estudios han dejado de controlar, unido a las deficiencias en el uso de procedimientos estadísticos. Para combatir estas limitaciones, un estudio con la versión española del SQ-SF en estudiantes universitarios (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005) empleó el modelado de ecuaciones estructurales para controlar la intercorrelación entre las variables criterio (en este caso, ansiedad, depresión e ira). Calvete y colaboradoras comprobaron que la ansiedad venía determinada por la presencia de los esquemas de Subyugación, Fracaso y Abandono, la depresión se asoció

a los esquemas de Fracaso, Imperfección y Auto-sacrificio, y la ira se predecía por los esquemas de Abuso, Grandiosidad, Insuficiente Autocontrol y bajo Auto-sacrificio.

En la misma línea, Van Vlierberghe y Braet (2007), en un estudio con adolescentes obesos, observaron que los síntomas internalizantes (ansiedad y depresión) estaban relacionados con los esquemas de Aislamiento social y Vulnerabilidad al daño y los externalizantes (agresividad) con los esquemas de Grandiosidad y Dependencia.

Igualmente, Muris (2006) observó la diferencia existente entre los esquemas presentes en la sintomatología depresiva (Abuso, Estándares inalcanzables y Baja deseabilidad social), los síntomas de ansiedad (Inhibición emocional, Abandono y Aislamiento social) y la conducta disfuncional (Dependencia, Aislamiento social y Grandiosidad) en una muestra de adolescentes.

Esta revisión subraya cierta especificidad cognitiva entre ansiedad y depresión coherente con la teoría de Beck. De modo que los esquemas relacionados con temas de pérdidas, fracasos y baja autoestima tienden a estar presentes en la depresión, y aquellos cuyo contenido implica amenaza o peligro están mayormente vinculados con la ansiedad.

Sin embargo, también hay algunos resultados que contradicen tal especificidad. Lumley y Harkness (2007) encontraron gran coincidencia cognitiva en ambos síntomas, con los esquemas de Privación, Dependencia, Aislamiento, Fracaso, Vulnerabilidad, Subyugación y Autosacrificio asociados a la depresión y los esquemas de Dependencia, Aislamiento, Fracaso, Vulnerabilidad, Subyugación y Autosacrificio a la ansiedad.

También hay que mencionar las investigaciones que no incluyen los síntomas de ansiedad y que, por lo tanto, no pueden evaluar la especificidad. Una revisión reciente de las propiedades psicométricas de los estudios realizados con el cuestionario de esquemas, muestra que la depresión se asociaba a los esquemas de Imperfección, Autocontrol insuficiente, Fracaso y Aislamiento Social (Oei y Baranoff, 2007). Asimismo, Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell (2001) emplearon la versión reducida del Cuestionario de Esquemas en pacientes de un programa de counselling,

observando que los esquemas de Abandono, Imperfección, Fracaso, Subyugación y Vulnerabilidad al daño se relacionaban con los síntomas de depresión.

En estudiantes universitarios se ha constatado que los síntomas de depresión venían determinados por los esquemas de Imperfección, Autocontrol insuficiente y Vulnerabilidad al daño (Harris y Curtin, 2002), y que los esquemas de Abandono, Abuso, Imperfección, Aislamiento social y Privación emocional se asociaban inversamente al ajuste académico (Cecero, Beitel y Prout, 2008).

Comparando una muestra de pacientes deprimidos y otra de la población normal, el grupo de deprimidos se diferenciaba del normal por una mayor presencia de los esquemas de Imperfección, Autosacrificio y Autocontrol insuficiente (Shah y Waller, 2000).

En cuanto a los dominios de los esquemas, la depresión se ha asociado con los dominios de Desconexión y rechazo (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Hoffart et al., 2005) y Límites deteriorados (Hoffart et al., 2005). Además, en el estudio de Hoffart et al. (2005), se compararon un grupo de personas asintomáticas nunca deprimidas y otro asintomático con historia de depresión, y se observó que las últimas tenían más puntuaciones en ambos dominios (Desconexión/rechazo y Límites deteriorados). McGinn, Cukor y Sanderson (2005) incluyeron los síntomas de ansiedad en su estudio que correlacionaban con los dominios de Autonomía deteriorada, Límites deteriorados y Vigilancia excesiva, a diferencia de la depresión que lo hacía con todos los dominios.

También se ha comprobado la relación entre los EIT y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP). Price (2007) observó que los esquemas de Imperfección, Dependencia, Apego y Fracaso predecían síntomas del TEP. Calvete, Estévez y Corral (2007b), por su lado, encontraron que las mujeres maltratadas con mayores síntomas de TEP, tenían mayores puntuaciones en los esquemas de Abuso, Vulnerabilidad al daño, Imperfección, Apego, Abandono y Dependencia. Resultados interesantes al dilucidar que la asociación entre la violencia y los esquemas cognitivos estaba completamente mediada por los síntomas del trastorno por estrés postraumático, es decir, que el trauma tiene la capacidad de producir cambios en los esquemas supuestamente originados en la infancia.

En cuanto a la asociación entre los esquemas y los trastornos de alimentación, Waller, Ohanian, Meyer y Osman (2000) concluyeron que la bulimia se predecía por los esquemas de Imperfección, Autocontrol Insuficiente y Fracaso, mientras que el uso del atracón por la Imperfección y la Inhibición Emocional.

Por último, varios estudios han demostrado la relación específica entre los trastornos de personalidad y los EIT en jóvenes (Reeves y Taylor, 2007; Schmidt et al., 1995) y en muestras clínicas (Ball y Cecero, 2001), con una alta correlación entre el Cuestionario de Esquemas y el Cuestionario de Trastornos de Personalidad (.71; Schmidt et al., 1995). Por ejemplo, el esquema de Abuso se ha asociado con sintomatología de Trastorno de Personalidad Paranoide, el esquema de Dependencia con el Trastorno de Personalidad Dependiente, el esquema de Autocontrol insuficiente con el Trastorno de Personalidad Borderline y Antisocial y el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo con el esquema de Estándares Inalcanzables (Reeves y Taylor, 2007).

Hay que remarcar la falta de estudios que evalúen la interacción de los esquemas con los acontecimientos vitales en conherencia con los otros modelos de vulnerabilidad mencionados. El motivo puede residir en el planteamiento teórico del modelo de esquemas que sugiere una hipervalencia de los EIT, especialmente entre los trastornos del Eje II, para la cual no es necesaria la ocurrencia de estresores que los activen. No obstante, no debe ocurrir lo mismo en los casos de personas con trastornos del Eje I o con síntomas de estrés. Precisamente, el único estudio que ha evaluado la interacción EIT x estresores, es el realizado por Schmidt y Joiner (2004) con estudiantes universitarios. Sin embargo, estos autores utilizaron una puntuación global de esquemas con lo cual los resultados se limitan a la constatación de que en las personas con menos puntuaciones en los EIT, la presencia de acontecimientos estresantes aumentaba significativamente los síntomas de ansiedad y depresión frente a las personas con puntuaciones más altas, para las cuales los acontecimientos vitales no suponían diferencias constatables en los síntomas.

2.5. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DESAJUSTE

Las estrategias de resolución de problemas pertenecen a la categoría de procesos cognitivos y consiguientemente definen parte del estilo cognitivo de la persona. Es más, se ha comprobado que las estructuras cognitivas se asocian a los procesos de solución de problemas (Calvete y Cardeñoso, 2001).

La resolución de problemas se refiere a las actitudes y habilidades que permiten a una persona encontrar soluciones efectivas y adaptativas a problemas específicos (D’Zurilla, Chang, Nottingham y Faccini, 1998), y por lo tanto, incluye varios procesos cognitivos como la evaluación del problema, la búsqueda de alternativas y planear la respuesta (D’Zurilla y Nezu, 1990).

Dentro de los instrumentos desarrollados para medir las estrategias de resolución de problemas, cabe destacar la versión revisada del Inventario de Resolución de Problemas Sociales (*Social Problems Solution Inventory-Revised*, SPSI-R, Maydeu-Olivares y D’Zurilla, 1996). Su descripción supone una buena exposición de los componentes de la resolución de problemas. Distingue entre las dimensiones adaptativas de resolución de problemas (Orientación positiva a los problemas y Resolución racional del problema) y las dimensiones disfuncionales (Orientación negativa a los problemas, Estilo impulsivo y Estilo de evitación). La *orientación positiva a los problemas* se caracteriza por una tendencia general a considerar que los problemas tienen solución y a confiar en la propia capacidad para resolverlos. En su polo opuesto, la *orientación negativa a los problemas* muestra una disposición a percibir los problemas como irresolubles y a cuestionar las propias capacidades para afrontarlos. La *resolución racional del problema* se ha descrito por la capacidad de llevar a la práctica las distintas técnicas de resolución de problemas, como la definición del mismo, la generación de alternativas, etc. El *estilo impulsivo* se caracteriza por los intentos activos pero inadecuados (precipitados o incompletos) de resolver los problemas. Por último, el *estilo de evitación* se identifica con una tendencia a la pasividad, el aplazamiento y una actitud dependiente (Maydeu-Olivares y D’Zurilla, 1996).

Dentro de los componentes de la resolución de problemas, destaca la orientación negativa a los problemas (ONP) por ser especialmente relevante para el desajuste psicológico y, por ese motivo, ha sido incluida en este estudio.

En general, la orientación a los problemas refleja la conciencia que tiene la persona en torno a la ocurrencia de problemas y la habilidad para resolverlos. También se ha identificado con la autoeficacia y las expectativas de resultado (Maydeu-Olivares y Zurilla, 1996). La orientación negativa a los problemas incluye aquellas cogniciones y emociones asociadas a las creencias de baja auto-eficacia y una percepción de los problemas como amenazantes e irresolubles, que conlleva la inhibición de respuestas adaptativas.

La literatura relacionando las estrategias de resolución de problemas y la sintomatología ha subrayado la asociación entre la ONP y la depresión (Calvete y Cardeñoso, 2005; Chang y D’Zurilla, 1996; Elliott et al., 2001; Kant et al., 1997; Ko et al., 2005; McCabe et al., 1999; Sadowsky y Kelly, 1993; Sahler et al., 2002) y la ansiedad (Elliott et al., 2001; Kant et al., 1997; Ko et al., 2005; Sahler et al., 2002).

A nuestro conocer, solamente dos estudios han evaluado el papel de la ONP como variable moderadora del impacto de los acontecimientos vitales en los síntomas de estrés (Kant et al., 1997; Spence et al., 2002), si bien el único en confirmarlo fue el segundo. Además, Spence et al. (2002) descubrieron que, en consistencia con los modelos de vulnerabilidad, la ONP de forma aislada no predecía un aumento en los síntomas de depresión sino sólo al interactuar con los estresores.

2.6. COGNICIÓN Y AFRONTAMIENTO

Una vez demostrada la relación entre las variables cognitivas y los síntomas de estrés, el siguiente paso es examinar el papel que juega el afrontamiento en esta relación.

Ya desde el modelo de Lazarus y Folkman, la evaluación cognitiva se ha considerado como el determinante para la elección de la estrategia de afrontamiento

subsiguiente, y serán las creencias las responsables de influir en tal evaluación (Lazarus y Folkman, 1986).

Es más, la terapia cognitiva enseña a las personas a reducir su afecto negativo, utilizando estrategias cognitivas y conductuales más adaptativas para afrontar sucesos, modificar los pensamientos negativos y aumentar su compromiso en actividades positivas (Alford y Beck, 1997).

Existen numerosas publicaciones que demuestran que tanto el afrontamiento como las variables cognitivas predicen parcialmente el ajuste a acontecimientos estresantes. Pero no son tantos los estudios que han intentado entender la relación entre ambas y, los pocos que existen, no evalúan directamente las variables cognitivas sino los rasgos de personalidad. No obstante, algunas variables de personalidad pueden equipararse a variables cognitivas como, por ejemplo, la sociotropía considerada como una faceta específica e interpersonal del neuroticismo (Dunkley, Blankstein y Flett, 1997), o el perfeccionismo que se caracteriza por perseguir estándares inalcanzables (Dunn y Whelton, 2006). Igualmente, factores como el locus de control, la auto-eficacia, la auto-confianza, el optimismo/pesimismo, etc., influyen en las representaciones del yo y de los demás, y por lo tanto, se solapan con los esquemas cognitivos.

Son diversos los tipos de relación que se ha atribuido a las variables cognitivas y de afrontamiento. Por un lado, están los estudios que simplemente asocian estas variables, y en otra línea, los que además observan su efecto en relación con el estrés. Entre los últimos, existen los que plantean que las variables cognitivas pueden influir en la selección de técnicas de afrontamiento (mediación; Aspinwall y Taylor, 1992; Brissette et al., 2002; Calvete, Corral y Estévez, 2007; Carver et al., 1993; Dunkley et al., 2000; Dunkley, Blankstein y Zuroff, 2003; Dunn y Whelton, 2006; Epping-Jordan et al., 1999; Fleishman et al., 2000; Holahan y Moos, 1987; 1991; Luszczynska, Mohamend y Schwarzer, 2005), y los que sugieren que la cognición y el afrontamiento interactúan para predecir el estrés (moderación; Connor-Smith y Compas, 2002; 2004; Wadsworth et al., 2005).

Para aclarar la terminología, si consideramos al afrontamiento como un moderador, se asume que es una característica relativamente estable de la persona, de modo que la asociación entre las variables personales y el ajuste, dependerá del tipo de afrontamiento elegido. En cambio, si se le adjudica el rol de mediador, se entiende que el afrontamiento estará influido por las variables cognitivas que determinarán las estrategias utilizadas afectando así al ajuste psicológico (Calvete, *en prensa*; Wadsworth et al., 2005).

Dentro de los estudios que evalúan la asociación entre las variables de personalidad y el afrontamiento, se ha visto que rasgos como la *inhibición* y el *neuroticismo* se han asociado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento en estudiantes universitarios (Amirkhan, Risinger y Swickert, 1995; Lengua y Sandler, 1996; Watson y Hubbard, 1996). Resultados contradictorios mostraron que el distanciamiento era beneficioso para estudiantes que puntuaban alto en neuroticismo y perjudicial para los que puntuaban bajo (Bolger y Zuckerman, 1995). La *extraversión* se ha relacionado con la búsqueda de apoyo social positivamente y con la evitación negativamente (Amirkhan et al., 1995; Watson y Hubbard, 1996). El *optimismo* se ha vinculado con la resolución de problemas directamente y con la evitación inversamente, en una muestra de estudiantes universitarios (Amirkhan, et al., 1995). El *locus de control interno* también se ha asociado al afrontamiento de evitación (Inglelew, Hardy y Cooper, 1997). En un reciente meta-análisis de los estudios que relacionaban los Cinco Grandes de la personalidad y las estrategias de afrontamiento, Connor-Smith y Flachsbart (2007) encontraron que los factores de *extraversión* y la *responsabilidad* predecían un mayor uso de estrategias de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, mientras que el factor de *neuroticismo* o *estabilidad emocional* predecía estrategias más problemáticas como el pensamiento ilusorio, la retirada y el afrontamiento centrado en la emoción.

El *Modelo de los Recursos de Holahan* (Holahan y Moos, 1987, 1990, 1991), desarrollado con más detalle en el capítulo de apoyo social, propone que las estrategias de afrontamiento actúan como procesos mediadores de la relación entre los recursos sociales e individuales de la persona y los síntomas. Dentro de los recursos personales, se pueden considerar tanto los rasgos de personalidad como los factores cognitivos. Así, estos autores, en un estudio longitudinal, encontraron que recursos como la autoeficacia y el ‘easygoing’ o facilidad de trato, predecían menos síntomas de depresión a

través del uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas como el acercamiento (Holahan y Moos, 1987; 1991).

Son varios los estudios que apoyan un modelo mediacional con distintas muestras y variables personales. Por ejemplo, el *perfeccionismo* predice mayores síntomas de ansiedad y depresión (Dunkley et al., 2000; Dunn y Whelton, 2006) y de afecto negativo diario (Dunkley et al., 2003) a través del mayor uso de estrategias de afrontamiento de alejamiento y menor uso de estrategias de resolución de problemas. Un patrón de resultados similares se ha deducido de los estudios realizados con el *optimismo* y el ajuste psicológico en estudiantes universitarios (Aspinwall y Taylor, 1992; Brissette et al., 2002), mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (Carver et al., 1993; Epping-Jordan et al., 1999) y seropositivos (Fleishman et al., 2000). Del mismo modo, las creencias de *auto-eficacia* predecían mejor ajuste a través del afrontamiento de asimilación frente al de acomodación (Luszczynska et al., 2005). Por último, la percepción de *baja autoestima*, *locus de control externo* o *poca percepción de controlabilidad* llevaban a utilizar estrategias de alejamiento que aumentaban los síntomas de estrés (Carver et al., 1989).

El papel fundamental que juegan las variables cognitivas en el proceso de afrontamiento también se ha demostrado en el vínculo existente entre las *expectativas de control del ánimo* (creencias sobre la propia habilidad de aliviar el afecto negativo) y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, que refleja la necesidad de que la persona crea en su capacidad para resolver un problema para poder hacerlo (Cantarazo y Greenwood, 1994).

Apenas se ha estudiado la relación entre los EIT y el afrontamiento, a pesar de que Young (1999; 2003) ha propuesto la evitación como uno de los mecanismos a través de los cuales los esquemas funcionan en la persona. Según este autor, las personas adoptan estilos de afrontamiento inadecuados en un intento de adaptarse a los esquemas y evitar las emociones que les generan los mismos. Como se ha mencionado en otro apartado, Young enumera tres estilos de afrontamiento inadaptados: la sobrecompensación, la evitación y la rendición.

En conocimiento de la autora, sólo existe un estudio que ha evaluado el posible papel mediador del afrontamiento en la relación entre los esquemas inadaptados tempranos y los síntomas de estrés: el realizado por Calvete y colaboradores, donde los esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo llevaban a mayores síntomas de depresión y ansiedad a través del mayor uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento (Calvete, Corral y Estévez, 2007).

También existen autores que no han encontrado efecto de mediación, como Connor-Smith y Compas (2002) que, ante los resultados que mostraban una interacción entre la sociotropía y las estrategias de afrontamiento para predecir un aumento de síntomas de ansiedad y depresión, concluyen con un efecto de moderación.

2.7. CONCLUSIONES

Desde el Modelo Cognitivo se considera a los procesos mentales como los factores intermediarios entre los estímulos ambientales y las respuestas emocionales, de ahí el interés de estudiar estos procesos que influirán en el estado de ánimo y la conducta de las personas. Igualmente, la Terapia Cognitiva se centra en modificar las estructuras cognitivas responsables del malestar de la persona.

Como consecuencia, se han desarrollado los Modelos de Vulnerabilidad Cognitiva al Estrés que asumen la existencia de ciertos estilos o esquemas cognitivos que predisponen a la persona a experimentar síntomas de estrés al afrontar acontecimientos vitales negativos. Por lo tanto, estos modelos se ocupan de explicar no sólo *quien* es vulnerable a desarrollar un trastorno emocional (estilo cognitivo concreto) y *cundo* (después de un acontecimiento), sino a *que* trastornos (depresión, ansiedad) son vulnerables.

Dentro de los Modelos de Vulnerabilidad Cognitiva o de Diátesis-Estrés, debemos señalar el Modelo de la Depresión de Beck (1976) y el Modelo de la Desesperanza de Abramson y colaboradores (1989) como pioneros. Más adelante se desarrollaron el Modelo de la Ansiedad de Riskind (1997) y el Modelo de los Esquemas de Young (Young y Klosko, 1994) en el cual se basa esta investigación.

Estos modelos tienen rasgos comunes y rasgos diferenciales. Dentro de las características que comparten está el supuesto de que los acontecimientos van a interactuar con los factores cognitivos para influir en los síntomas de estrés. Asimismo se asume que el origen de la vulnerabilidad cognitiva se encuentra en las experiencias infantiles, y que la vulnerabilidad, una vez instalada, se va reforzando a lo largo de la vida. Otra característica importante de la vulnerabilidad cognitiva es que está asociada con sesgos del procesamiento de la información específicos al trastorno y con cogniciones proximales específicas. Por ejemplo, el sesgo específico en la ansiedad implicará información relevante a la amenaza y en la depresión a la pérdida y a la desesperanza.

En cuanto a las particularidades de cada uno de los modelos, cabe destacar la conceptualización de los factores cognitivos y el modo de funcionamiento de los mismos.

Así, el Modelo de Beck que se centró sobre todo en la depresión, plantea la existencia de estructuras cognitivas negativas, es decir, esquemas negativos de uno mismo que contienen distorsiones cognitivas o *actitudes disfuncionales* y actúan como una diátesis para la depresión. No hay que olvidar que Beck distingue entre tres niveles cognitivos en base a la profundidad: los esquemas o creencias fundamentales, los supuestos cognitivos y los pensamientos automáticos. Por otro lado, Beck ha identificado dominios de contenido específico y diferente dentro del esquema del yo en la depresión que han desembocado en dos estilos cognitivos: la sociotropía o necesidad de aceptación y la autonomía o logro personal. También se ha observado que la depresión surge sobre todo si los estresores son congruentes con el esquema.

Por último, cabe señalar la Hipótesis de la Especificidad del Contenido Cognitivo, en la cual Beck establece que la depresión se caracteriza por un predominio de cogniciones negativas que toman la forma de afirmaciones dominantes y absolutistas sobre pérdidas y fracasos personales del pasado, mientras que en la ansiedad las cogniciones reflejan posibles daños y peligros de una manera más situacional y probalística. Se puede decir que se diferencian tanto en la forma como en el contenido de las cogniciones. Sin embargo, es amplia la literatura que contradice tal especificidad entre ansiedad y depresión, la cual autores como Clark y Watson (1991) han explicado

con su Modelo Tripartito de Ansiedad y Depresión. Según estos autores, existe un factor de desajuste psicológico más amplio, común a ambas, denominado Afecto Negativo (AN) y otros dos factores específicos – el Afecto Positivo (AP) cuya ausencia es propia de la depresión y la Activación Fisiológica (AF) característica de la ansiedad.

El segundo modelo original de la depresión es el Modelo de la Desesperanza en el cual se plantea que la tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales (*estilo atribucional negativo*) ante los acontecimientos negativos aumentará el riesgo de depresión a través del estado afectivo negativo o sentimientos de desesperanza que reducirán la habilidad para afrontarlos.

Los estudios comparativos de ambos modelos indican que los constructos descritos por Beck y Abramson será mejor concebirlos como distintos caminos a la depresión, cada uno con una contribución independiente.

En cuanto al estudio de la ansiedad, cabe destacar el Modelo de Vulnerabilidad Inminente (Riskind, 1997), donde la evaluación exagerada de amenaza contribuye al inicio, aumento y mantenimiento de la ansiedad y sus trastornos. A diferencia de previos modelos que también explicaron la ansiedad, este modelo incluye un aspecto más dinámico de la amenaza que ha mostrado factores cognitivos generales aplicables a todos los trastornos de ansiedad y distinto de la depresión.

En cuarto lugar, el Modelo de los Esquemas de Young (1999) propone a los esquemas inadaptados tempranos (EIT) como las estructuras cognitivas estables que subyacen a la psicopatología. Los EIT son creencias incondicionales y sentimientos sobre uno mismo en relación con el entorno y deben ser disfuncionales de manera significativa y recurrente. Se desarrollan en la infancia en la relación con las figuras más importantes y una vez instaurados, se retroalimentan a sí mismos y se resisten al cambio.

Ha quedado demostrada empíricamente la relación entre los esquemas inadaptados tempranos de Young y el desarrollo de diversas formas de desajuste psicológico según patrones específicos de contenidos. Por ejemplo, los esquemas de

Fracaso e Imperfección se han mostrado propios de la depresión y los de Abandono y Vulnerabilidad al daño de la ansiedad.

El estilo cognitivo de la persona también se define a través de los procesos cognitivos. En esta categoría hay que mencionar las estrategias de resolución de problemas, dentro de las cuales la orientación negativa a los problemas (ONP) es una de las que más se ha asociado al desajuste. La ONP se caracteriza por una disposición a percibir los problemas como irresolubles y a cuestionar las propias capacidades para afrontarlos.

Por último, existe un creciente interés en averiguar los procesos a través de los cuales las variables cognitivas provocan los síntomas de estrés. El Modelo de los Recursos de Holahan (Holahan y Moos, 1987) propone las estrategias de afrontamiento como los procesos que median la relación entre los recursos individuales de la persona y los síntomas. Dentro de los recursos individuales pueden incluirse tanto los factores de personalidad como las variables cognitivas, aunque son más los estudios dedicados a los primeros. Además, este modelo incluye junto a los recursos individuales los recursos sociales, los cuales son descritos en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

EL APOYO SOCIAL

Existe un creciente interés por la investigación sobre la resistencia al estrés, lo cual implica un cambio en la conceptualización del proceso de estrés (Sandín, 2003). La investigación sobre la resistencia al estrés enfatiza la propia capacidad de permanecer sano cuando ocurren acontecimientos vitales estresantes (Kessler, Price y Wortman, 1985) y se ha centrado en el valor adaptativo en periodos de estrés de algunas características de la personalidad (e.g. el optimismo, Brissette et al., 2002; la auto-eficacia, Luszczynska et al., 2005), el apoyo social (Cohen y Wills, 1985; Thoits, 1986) y las estrategias de afrontamiento eficaces (Folkman et al., 1986; Lazarus y Folkman, 1984).

A este cambio hay que añadir el giro que se ha producido en la psicología desde los años setenta que deja atrás el modelo tradicional de centrarse únicamente en los fenómenos intrapsíquicos de la persona, para pasar a un modelo que incluye a los sistemas sociales como influyentes en el bienestar. En este contexto, el apoyo social se ha convertido en uno de los temas preferentes en investigación de la psicología social (Barrón, 1996).

3.1. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL APOYO SOCIAL

Definir el apoyo social no es una tarea fácil porque son muy variadas las actividades que se han incluido bajo el mismo término (escuchar, demostrar cariño, apoyar económicamente, dar consejo, expresar aceptación, pertenecer a asociaciones, tener pareja, prestar objetos, etc.), unido a la cantidad de disciplinas que lo han abordado (psicología comunitaria, sociología, epidemiología, etc.).

Son muchas las definiciones que se ha planteado para el apoyo social y cada una se centra en un aspecto del mismo. Sin embargo, una de las más integradoras es la de Lin, Dean y Ensel (1986) que definen el apoyo social como las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

En base a esta definición podemos subrayar tres aspectos en el apoyo social que interactúan entre sí pero que distinguirlos puede ser una ayuda para definirlo (Barrón,

1996; Lin et al., 1986; Uchino, 2004). Esta definición incluye varios niveles de análisis, varias perspectivas y diferencia entre los aspectos subjetivos y objetivos.

3.1.1. NIVELES DE ANÁLISIS

Los distintos niveles en los que puede reflejarse el apoyo social son el comunitario, de redes sociales y de relaciones íntimas.

A **nivel comunitario**, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. Para medirlo se toma como referencia el estado civil, formar parte de asociaciones, clubes u otros. Los investigadores de la integración social han constatado que formamos nuestro self en el contexto de roles y vínculos sociales significativos y que, de hecho, la integración social proporciona las bases para un fuerte sentido de auto-identidad, normas adecuadas de conducta y un mayor sentido de la vida (Stryker y Burke, 2000; Thoits, 2001).

El segundo nivel lo constituyen las **redes sociales** que se refieren a todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades. Existen muchas medidas de la composición de las redes sociales de las personas y de las conexiones entre ellas (Brissette, Cohen y Seeman, 2000). De esta forma, se miden factores como el tamaño, el tipo de relaciones, la cantidad del contacto y, en análisis más complejos, los vínculos entre las distintas fuentes reflejados en aspectos como la densidad (cuantos de los miembros de la red tienen relaciones entre ellos), la multiplicidad (relaciones con múltiples roles), la reciprocidad (grado de intercambio en las relaciones) etc. (Uchino, 2004). Berkman y Syme (1979) desarrollaron incluso un Índice de Red Social que evaluaba los múltiples vínculos sociales de la persona, y observaron que las personas con bajas puntuaciones en esta medida tenían más del doble de probabilidades de experimentar mortalidad temprana al de 9 años.

Por último están las **relaciones íntimas**, que son aquellas en las que se producen más intercambios y las que más directamente se han vinculado con el bienestar (Barrón, 1996). Aquí pueden incluirse la familia, los amigos y otras personas significativas. Por ejemplo, en un sondeo de la población norteamericana (The Gallup Pool, Enero 2007), se ha constatado que el matrimonio era uno de los factores que más influía en los

índices de satisfacción vital. También se ha comprobado que aquellas personas que percibían apoyo de sus parejas mostraban menos depresión que los que no lo recibían (Dehle, Larsen y Landers, 2001). Helsen, Volleberg y Meeus (2000) encontraron que el apoyo parental estaba negativamente relacionado con la depresión, bajo bienestar, infelicidad y pensamientos suicidas en adolescentes. Por otro lado, en estudiantes universitarios, aquellos que recibían apoyo de los padres tenían mejores resultados académicos una vez se controlaban la habilidad intelectual y la orientación de logro de la familia (Cutrona, Cole, Colangelo, Assouline y Russell, 1994).

3.1.2. PERSPECTIVAS DE ESTUDIO

Las tres perspectivas que se suelen tener en cuenta a la hora de abordar el concepto de apoyo social son las perspectivas estructural, funcional y contextual.

3.1.2.1. PERSPECTIVA ESTRUCTURAL

Desde la perspectiva estructural se analiza la existencia, cantidad y frecuencia de las relaciones sociales que mantienen las personas. A veces se asume erróneamente que tener relaciones sociales es equivalente a obtener su apoyo y de hecho la investigación no llega a resultados concluyentes. En general se asume que cuanto mayor es el tamaño de la red social, mayores serán los índices de bienestar y salud (Barrón, 1996; Uchino, 2004). Sin embargo, algunos estudios han observado una débil relación entre el tamaño de la red y la salud (Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Cohen y Wills, 1985). Parece que no son tanto los aspectos estructurales de las relaciones lo que aumenta el bienestar sino la calidad o función de las mismas.

3.1.2.2. PERSPECTIVA FUNCIONAL

Desde una perspectiva funcional, el apoyo social se centra en los aspectos cualitativos de los recursos aportados, así como en las funciones que cumplen (Barrera, 2000; Barrón, 1996; Uchino, 2004). Respecto al tipo de recursos, éstos pueden ser materiales o simbólicos. En cuanto a las funciones, son muchas las taxonomías propuestas pero, siguiendo a Cohen y Wills (1985), podemos distinguir entre el apoyo emocional, el apoyo instrumental, el apoyo informativo y la compañía social. El *apoyo*

emocional incluye aquellas conductas que proveen sentimientos de bienestar afectivo como escuchar, expresar cariño, estima, etc. Este tipo de apoyo se considera beneficioso porque provee a los receptores de un sentido de aceptación que puede reforzarles la autoestima ante los desafíos de la vida. El *apoyo material o instrumental* se refiere a todas las acciones o recursos aportados que facilitan la resolución práctica de los problemas, pudiendo ser tanto apoyo material como de servicios. La función del *apoyo informativo* es la de proporcionar a las personas consejos, guía o información que les ayuden a ajustarse a las necesidades del momento. También se considera a la *compañía social* como un tipo de apoyo que consiste en pasar tiempo con otros en actividades recreativas para colmar la necesidad de afiliación y contacto.

Cohen y Wills (1985) sugieren que mientras el apoyo emocional y el informativo pueden ser eficaces en una amplia gama de circunstancias, el apoyo instrumental y la compañía social basarán su eficacia si se ajustan a la necesidad creada por el estresor. Es decir, si se provee de ayuda material y la persona lo que necesita es sentirse acompañada, el apoyo no cumplirá una función beneficiosa. Estos autores han denominado este fenómeno de especificidad como la *Hipótesis del Ajuste* (Match Hypothesis) y se desarrollará en otro apartado de este capítulo.

Existen otras clasificaciones de los tipos de ayuda como es el caso de Weiss (1974) que propone un marco conceptual con seis tipos de suministros derivados de las relaciones interpersonales. Incluye la guía (consejo e información), la alianza fiable (ayuda tangible), el apego (expresiones de cariño y amor), la demostración de valía (respeto para las habilidades y cualidades personales) y la integración social (interés mutuo, preocupación y pertenencia a un grupo de otros similares). Por último, añade la oportunidad de proveer cuidados (la medida en que la persona objetivo es una fuente de apoyo para otros).

3.1.2.3. PERSPECTIVA CONTEXTUAL

La perspectiva contextual contempla las condiciones ambientales y sociales en las cuales tiene lugar la transacción de apoyo. En concreto, Cohen y Syme (1985) distinguieron entre: la fuente de apoyo, el momento, la duración y la finalidad del mismo.

Las características de los participantes son determinantes en algunos casos ya que una ayuda, dependiendo de la fuente de procedencia, puede vivirse como adecuada o inadecuada. Existen diversas *fuentes de apoyo* posibles como familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo, jefes, asociaciones y/o grupos culturales, religiosos, sociales, etc. y se ha demostrado que, según el estresor que se evalúe, algunas fuentes serán más favorables que otras. Así, Ganster, Fusilier y Mayes (1986) observaron que el apoyo de supervisores estaba relacionado con menos estrés laboral y el apoyo familiar con menos quejas somáticas. Asimismo, déficits en el apoyo parental, pero no de amistades, eran predictores de síntomas depresivos en adolescentes (Stice, Ragan y Randall, 2004).

El *momento* en que se da la ayuda también es un aspecto fundamental ya que el apoyo está vinculado al afrontamiento y a las fases del mismo. Por ejemplo, a la hora de ajustarse al primer curso de universidad, los estudiantes chinos consideraban más importante el apoyo de familiares al final del semestre que al principio (Tao et al., 2000).

La *duración* del apoyo es relevante sobre todo cuando el estresor es crónico. Así se muestra en el estudio de Lepore, Evans y Schneider (1991) con una condición crónica como el hacinamiento en el hogar. Al principio, el bajo apoyo social aumentaba los efectos del hacinamiento en los síntomas, pero con el paso del tiempo esta condición hacía que se recibiese menos apoyo y así aumentasen los síntomas.

Por último, la *finalidad* del apoyo también es crucial debido a que distintos tipos de problemas demandaran ciertos tipos de apoyo. Por ejemplo, ante los problemas académicos la ayuda de la familia se ha mostrado más eficaz que la de los amigos en estudiantes universitarios (Cutrona et al., 1994).

3.1.3. APOYO RECIBIDO VERSUS PERCIBIDO

Otra distinción importante y que ha suscitado numerosas investigaciones es la diferencia entre el apoyo subjetivo y el objetivo, es decir el apoyo percibido y el recibido, que además no correlacionan necesariamente (menos de $r = .30$, Lakey et al., 2002). Por ejemplo, un estudio transcultural entre estudiantes universitarios americanos y españoles muestra que, a pesar de que los estudiantes españoles reciben objetivamente

más apoyo porque a menudo viven con los padres y están más cerca de los amigos, la percepción de apoyo era similar en ambas poblaciones (Calvete y Connor-Smith, 2006). Igualmente, Brissette et al. (2002) observaron que las percepciones de apoyo eran consistentes en el tiempo a pesar de los cambios en la composición de la red. Y en un estudio comparativo de pacientes de SIDA y cáncer, los primeros se sentían menos satisfechos con el apoyo social que los de cáncer, aunque la disponibilidad objetiva fuese similar (Sarna, Van Servellen y Padilla, 1996).

Diversos estudios han encontrado que la transacción real de apoyo, o el apoyo recibido, está asociado con una mejora bastante pobre del ajuste a las experiencias vitales estresantes o incluso deja al receptor sin mejora alguna (Barrera, 1986; Bolger, Zuckerman y Kessler, 2000; Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; Wethington y Kessler, 1986). En comparación con el apoyo recibido, parece que es la percepción de apoyo la que más correlaciona con el bienestar (Barrera, 2000). Además, la percepción de apoyo no depende de la calidad o cantidad de las relaciones sino de otros factores. Algunos autores, como Sarason, Sarason y Pierce (1990), consideran al apoyo social percibido como una variable de personalidad que se mantiene estable a lo largo del tiempo y cuyo origen reside en la experiencia infantil de apego. No obstante, otros como Vaux (1988) no están de acuerdo y definen al apoyo social como un complejo proceso transaccional entre la persona y el entorno enmarcado en un contexto.

Las teorías de apoyo social han estudiado los factores responsables de determinar como juzgamos el apoyo. Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus (1987) los han clasificado en cuatro áreas. La primera se refiere a las **características de los recipientes**, en concreto, las variables sociodemográficas y de personalidad de las personas que reciben la ayuda. En este sentido, las percepciones de apoyo reflejan diferencias individuales y estables en creencias crónicamente accesibles, tales como los sesgos optimista y pesimista que distorsionan la interpretación y el recuerdo de conductas relacionadas con el apoyo (Sarason et al., 1990). Las **características de los proveedores** como la perceptividad, motivación y habilidades también han demostrado influir en la percepción de apoyo. Un estudio de Lakey et al. (2002) con hijas de padres con Alzheimer muestra que características del proveedor, como la agradabilidad, la estabilidad emocional y la percepción idiosincrásica del cuidador, eran juzgadas como una mayor fuente de apoyo. En tercer lugar, las **características de los estresores**, tales

como la intensidad, la duración, el dominio del estresor y el grado de amenaza, pueden determinar el juicio en una dirección u otra. Por último, las **características del entorno** como la estructura, las redes sociales y el entorno físico en el que ocurre la transacción, influyen en la percepción del apoyo.

Ha quedado demostrada entonces la superioridad del apoyo percibido frente al recibido en proteger a las personas de los efectos perjudiciales del estrés. Bolger et al. (2000) han explicado este fenómeno por varios motivos. Por un lado, las personas que reciben apoyo normalmente están bajo condiciones de más estrés que aquellos que no lo reciben. Así lo demuestra Barrera (1986) quien, al controlar las diferencias individuales en la severidad del estrés, encontró que el efecto de recibir apoyo social disminuía sustancialmente. Por otro lado, las intenciones de ayudar pueden no ajustarse a las necesidades y, por lo tanto, los intentos de apoyar se pueden percibir como opresivos y hostiles (Coyne, Wortman y Lehman, 1988).

Se considera que el recibir ayuda implica un coste en la autoestima al dejar en evidencia que el receptor tiene dificultades en afrontar una situación (Fisher, Nadler y Whitcher-Algana, 1983; Frese, 1999; Uchino, 2004). Efectivamente, la ayuda denominada ‘invisible’ demuestra ser notablemente la más eficaz porque el receptor no es consciente de recibirla y no le supone coste alguno a la autoestima (Bolger et al., 2000). A esto hay que añadir la inconsistencia que existe entre lo que informan las personas que apoyan y las que reciben. Precisamente, en este mismo estudio llevado a cabo con parejas se demostró que muchas de las transacciones informadas por los proveedores no lo eran por los receptores (Bolger et al., 2000).

Ciertamente puede resultar incongruente que el percibir apoyo tenga efectos más beneficiosos que recibirlo ‘objetivamente’. Pero hay que tener en cuenta que la percepción de disponibilidad de apoyo es reconfortante en sí misma y provee a la persona de una seguridad psicológica que ayuda a motivar los propios esfuerzos de afrontamiento (Cheung, Sun, Mak y Fung, 1997; Wethington y Kessler, 1986).

3.2. APOYO SOCIAL Y ESTRÉS

El apoyo social a menudo se ha relacionado con el proceso de estrés puesto que su función está muy vinculada al mismo. Según el *Modelo General de Estrés*, como se ha mencionado en el capítulo 1, la experiencia de estrés surge cuando la persona evalúa una situación como amenazante o demandante y no tiene la respuesta adecuada (Lazarus y Folkman, 1986). De esta forma, el apoyo social puede influir en la evaluación de un estresor, la elección de estrategias de afrontamiento o en los sentimientos de autoestima y dominio personal (Lepore et al., 1991).

Se han descrito varios modelos centrados en el estrés para explicar en qué momento y a través de qué mecanismos actúa el apoyo social, siendo el trabajo de Cohen y Wills (1985) referencia básica en este contexto.

3.2.1. MODELO DIRECTO O DE EFECTO PRINCIPAL

El Modelo de efecto principal propone que los recursos sociales tienen un efecto beneficioso, independientemente de si las personas experimentan estrés o no, lo que sugiere que no existe una interacción entre estresores y apoyo social (Cohen y Wills, 1985). El efecto favorable del apoyo social puede suceder gracias a una amplia red de apoyo social que provee a las personas de afecto positivo, sentido de predictibilidad y estabilidad en la situación vital así como el reconocimiento de la propia valía (Barrón, 1996). Igualmente, muchas de las redes sociales pueden ejercer un efecto de control social porque promueven la adopción de conductas más saludables y de cohesión social (Uchino, 2004). Por último, la integración social es un antídoto contra la soledad que se ha visto relacionada con un empeoramiento de la salud (Hawkley, Burleson, Berntson y Cacioppo, 2003).

Son muchos los estudios que apoyan los efectos beneficiosos del apoyo social en distintos contextos y muestras. En una revisión de estudios longitudinales con la población general, se ha observado que las tasas de mortalidad eran mayores y el funcionamiento cardiovascular e inmune empeoraba en aquellos menos integrados socialmente (Uchino, Uno y Holt-Lunstand, 1999). Las vías a través de las cuales actúa

el apoyo social en la salud son diversas. Por un lado, protege a las personas de las consecuencias del estrés por medio de procesos psicológicos y por otro, modifica las conductas relacionadas con la salud.

En una muestra de estudiantes universitarios se observó que aquellos que percibían más apoyo reconocían tener menos afecto negativo y más satisfacción con la vida (Demakis y McAdams, 1994). En un estudio experimental, los estudiantes con bajo apoyo social percibido tenían peor rendimiento en persistencia e interferencia cognitiva en un problema de laboratorio irresoluble (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983). Igualmente, el apoyo social percibido se ha visto directamente relacionado con menos síntomas depresivos en estudiantes universitarios franceses (Bouteyre et al., 2007) y norteamericanos (Kazarian y McCabe, 2006), españoles (Calvete y Connor-Smith, 2006) y chinos (Cheng, Cheung y Cheung, 2008; Su, Lee y Vang, 2005). Confirmando la dirección de la relación, un estudio longitudinal con universitarios subrayó que el aumento del apoyo por parte de amigos, y no familiar, predecía un mejor ajuste (Friedlander, Reid, Shupak y Cribbie, 2007).

También en adolescentes se ha observado que los déficits en apoyo familiar predecían un aumento en los síntomas depresivos (Stice et al., 2004; Torsheim, Aaroe y Wold, 2003). Además, se observó que esta relación era bidireccional, es decir, que los síntomas a su vez predecían un deterioro del apoyo social.

En muestras de seropositivos, el bajo apoyo social predecía más síntomas depresivos (Jia et al., 2004; Kelly et al., 1993) y la satisfacción con el apoyo informativo estaba asociada con menos estrés emocional (Hays, Turner y Coates, 1992). Asimismo, los cuidadores de familiares con Alzheimer que recibían más apoyo disfrutaban de mejor salud física (Goode, Haley, Roth y Ford, 1998).

Sin embargo, no existe únicamente el aspecto positivo de las relaciones sociales puesto que el apoyo y el conflicto son indisociables en la mayoría de ellas (Pierce, Sarason y Sarason, 1991; Uchino, Holt-Lunstad y Flinders, 2001). Asimismo, los proveedores de apoyo pueden dar un ejemplo negativo y promover conductas de riesgo como ocurre en el caso de adolescentes experimentando con drogas ilícitas con el ‘grupo de iguales’ (para revisión véase Burg y Seeman, 1994). Algunos estudios

longitudinales han demostrado que los aspectos negativos de las relaciones son tan importantes como el apoyo social en predecir el ajuste psicológico (Abbey, Andrews y Halman, 1995; Lepore, 1992).

3.2.2. MODELO PROTECTOR O DE EFECTO AMORTIGUADOR

El Modelo protector se conoce también como la *Hipótesis de Amortiguación* (Buffering hypothesis) y plantea que el apoyo amortigua o protege a las personas de la influencia patológica de los eventos estresantes, con lo cual existirá una interacción entre estresores y apoyo (Cohen y Wills, 1985).

De este modo, el apoyo social puede actuar en distintos momentos del proceso de estrés. Por un lado, puede intervenir entre el acontecimiento estresante y la reacción de estrés influyendo en las evaluaciones primaria y secundaria -puede provocar evaluaciones de irrelevancia y ayudar a percibir más recursos de afrontamiento-. Por otro lado, puede intervenir entre la experiencia de estrés y el desarrollo de síntomas, reduciendo la reacción de estrés o aportando soluciones al problema (Cohen y Wills, 1985).

Desde su origen es amplia la literatura que ha evaluado la hipótesis de amortiguación. Así, los estudiantes universitarios expuestos a estresores interpersonales que se sentían más apoyados por familia y amigos mostraban mejor salud física que aquellos que no lo percibían (Borsntein, 1995). Además, parece que el factor protector se intensifica cuando los estresores son más intensos (Sek, 1991). Este efecto protector se muestra perdurable en el tiempo. Justamente, Maton (1989) encontró que el apoyo social percibido de amigos en el instituto predecía mejor ajuste en la universidad, especialmente entre los altamente estresados. Y no solamente ante los acontecimientos vitales sino también ante las molestias diarias como lo demuestra otro estudio en el cual los estudiantes que percibían más apoyo social se quejaban de menos síntomas de ansiedad y depresión (Dunkley et al., 2000). El rol de los recursos sociales también mostró un efecto de amortiguar el impacto del estrés del profesorado en síntomas de ansiedad, disforia y quejas somáticas (Chang, 2002).

Ante estresores más específicos, como el conflicto familiar entre padres e hijos, se ha demostrado que el apoyo social puede actuar como un factor protector de experimentar afecto negativo y síntomas somáticos en estudiantes chinos (Lee et al., 2005). En otro estudio del mismo equipo, este efecto de amortiguación sólo se cumplía si el conflicto familiar era alto (Su et al., 2005). El estrés relacionado con la integración de estudiantes mejicanos en una universidad estadounidense también se ha visto amortiguado por la presencia del apoyo de padres en los síntomas de ansiedad y depresión y de compañeros en los de ansiedad (Crockett et al., 2007). Además el apoyo social se ha mostrado un factor protector de sufrir síntomas internalizantes ante el acoso escolar o bullying (Davidson y Demaray, 2007).

La moderación ha demostrado ser específica en algunos ámbitos. En ese sentido Cohen y Wills (1985) plantearon la *Hipótesis del Ajuste* que sugiere que para que el apoyo social tenga un efecto amortiguador del estrés, es necesario que haya una ‘correspondencia entre las demandas del afrontamiento y el apoyo disponible’ (p. 314). Por ejemplo, en un estudio con universitarios de 1º y 2º curso se pudo observar que el resultado académico podía predecirse por el apoyo de padres (entre el 25 y 50%) y no de amigos o parejas (Cutrona et al., 1994). Este resultado sorprende por el hecho de que en esas edades los amigos y/o parejas son contactos bastante presentes, especialmente en estudiantes americanos que a menudo dejan de vivir con los padres. No obstante, parece que el rendimiento académico se ajusta con el tipo de apoyo que afecta a la autoestima, el cual tiene un efecto mayor cuando proviene de los padres. Por el contrario, Wilcox, Winn y Fyvie-Gauld (2006) reclaman al apoyo de amigos como amortiguador del estrés y tan fundamental como los resultados académicos en la decisión de continuar estudiando. En un estudio con estudiantes universitarios japoneses de primer curso, Fukuoka y Hashimoto (1997) hallaron que la hipótesis del ajuste se cumplía con la familia aportando apoyo material y los amigos apoyo emocional.

En cuanto al aspecto estructural del apoyo con estudiantes universitarios, se ha visto que variables como la frecuencia de participación en actividades protegía de la depresión mientras que otras, como el número de amigos en el campus, pertenecer a asociaciones y tener una relación de pareja no cumplían este efecto (Reifman y Dunkel-Schetter, 1990).

En un entorno laboral se encontró un efecto de amortiguación ante estresores sociales en síntomas depresivos que, curiosamente, sólo se confirmaba cuando la fuente de apoyo era el supervisor y no los compañeros (Dormann y Zapf, 1999). En otro estudio de Olstad, Sexton y Sogaard (2001) basado en tres sondeos sobre salud con la población general finlandesa, se confirma un apoyo parcial a la hipótesis de amortiguación. Teniendo en cuenta la puntuación total de estresores, había un débil pero significativo efecto de amortiguación del apoyo social y de la red social en la salud mental. Sin embargo, cuando se evaluaban los estresores por separado, sólo se detectó un efecto de amortiguación de la red social ante estresores laborales y para el apoyo instrumental ante estresores crónicos.

La hipótesis de amortiguación además parece tener mayor impacto cuando los niveles de estrés son altos como se revela en el estudio de Calvete y Connor-Smith (2006) con estudiantes universitarios españoles. Encontraron que el efecto protector de percibir apoyo tenía lugar sólo en aquellos estudiantes del subgrupo de alto estrés social.

Aunque originalmente este ajuste se refería sólo a la concordancia entre los estresores y el tipo de ayuda, Frese (1999) plantea extenderla a las variables criterio. De este modo, encontró un efecto protector del apoyo social ante estresores sociales en los síntomas de ansiedad fóbica e irritabilidad en las relaciones con los demás, y no para los síntomas depresivos.

No obstante, no todos los estudios son concluyentes para apoyar el modelo de amortiguación. En un estudio realizado con trabajadores de psiquiatría no había efectos de amortiguación para el apoyo social, teniendo en cuenta que era longitudinal y se controlaban tanto el afecto negativo como la deseabilidad social (Ingledew et al., 1997). Estos resultados señalan que el sesgo del afecto negativo y la falta de estudios longitudinales pueden estar contaminando los resultados de muchos estudios que apoyan la hipótesis de amortiguación.

Otro estudio realizado, en este caso transversal, con una muestra de 4952 adolescentes noruegos no encontró la función de amortiguación del apoyo de profesores y compañeros ante estresores académicos y quejas somáticas (Torsheim y Wold, 2001).

Sin embargo, este resultado puede explicarse por la falta de ajuste que existe entre el tipo de ayuda y el síntoma, es decir, que hay poco que los profesores y los compañeros puedan hacer en los síntomas físicos.

Incluso se han encontrado efectos nocivos de amplificación de los síntomas por el apoyo social. Así, en un estudio longitudinal con una muestra de trabajadores, los síntomas depresivos aumentaban con el apoyo social ante estresores físicos (Frese, 1999). Este resultado, según el autor, puede explicarse por dos motivos. Por un lado, es necesario quejarse para recibir apoyo lo cual deja evidente la indefensión de la persona y empeora los síntomas de depresión. Por otro lado, el apoyo emocional no cambia la situación objetiva y física del estrés.

Otro ejemplo se constató en un estudio longitudinal con estudiantes universitarios de primer curso en el cual se demostró que el efecto del apoyo familiar ante los acontecimientos estresantes estaba asociado con más síntomas físicos a los seis primeros meses del curso (Zaleski et al., 1998). Parece que la percepción de apoyo familiar al principio puede reducir en el estudiante la habilidad de establecer su rol en la universidad y de ganar en independencia emocional.

3.2.3. VALORACIÓN CRÍTICA DE LOS DOS MODELOS

Algunos estudios han encontrado resultados confirmatorios para ambos modelos (efecto directo y de amortiguación) en estudiantes internacionales (Mallinckrodt y Leong, 1992) y cuidadores de familiares con Alzheimer (Goode et al., 1998). Otros, en cambio, han subrayado cierta especificidad dependiendo de diversos factores. En este sentido, Turner (1983) sostiene que los efectos directos aparecerán una vez el ajuste a los estresores haya ocurrido, y el efecto moderador dominará mientras estén actuando los procesos de ajuste a los estresores que serán, por tanto, recientes. Existen otros estudios que también han mostrado efectos directo y de amortiguación en función de la variable 'tiempo'. Tal es el caso de la investigación de Lepore et al. (1991) que muestra el rol dinámico del apoyo social y la variabilidad en función del tiempo ante un estresor crónico como el hacinamiento en el hogar. En el inicio, el bajo apoyo social aumentaba los efectos del hacinamiento en los síntomas, pero con el paso del tiempo (8 meses

después), ésta condición provocaba que se recibiese menos apoyo y así aumentaban los síntomas. Es decir pasaba de ser un moderador a un mediador del estrés.

En relación a la medida del apoyo social, algunos autores han sugerido que los efectos protectores surgirán al evaluar los aspectos funcionales del apoyo social ya que son un aporte de recursos instrumentales, emocionales e informativos, y los efectos directos al tomar medidas estructurales del mismo porque evalúan la existencia de vínculos y roles sociales (Cohen y Syme, 1985; Cohen y Wills, 1985; Kessler et al., 1985; Uchino, 2004).

Por otro lado, Cohen y Wills (1985) proponen que el apoyo percibido ejerce un efecto directo sobre el bienestar y el apoyo recibido un efecto protector. Este planteamiento es explicado porque en el apoyo recibido influyen las conductas de afrontamiento y en el apoyo percibido, serán los procesos de evaluación cognitiva los responsables de procesar la información del medio y de las propias habilidades de afrontar la situación.

En definitiva, tanto la hipótesis de amortiguación como la de efecto directo han recibido resultados mixtos que, en opinión de Frese (1999), se deben a dos razones fundamentales: la falta de rigor metodológico en los estudios y la especificidad de la ayuda.

Entre los problemas metodológicos, merece destacar la presumible influencia que pueden ejercer la percepción de apoyo a la hora de informar de menos estresores (Russell y Cutrona, 1991). Factores personales, como el optimismo o la auto-eficacia, también pueden intervenir en la percepción de estrés y de apoyo social. Asimismo, la mayoría de estudios son transversales, teniendo en cuenta que algunos autores han comprobado que la depresión produce un deterioro del apoyo (Stice et al., 2004). A esto hay que añadir que rara vez se controla el afecto negativo, con lo que parte de la varianza en los síntomas puede deberse al mismo (Frese, 1999; Ingledew et al., 1997).

La especificidad de la ayuda ha sido desarrollada en apartados anteriores donde se ha mostrado dependiente de factores como la fuente de apoyo, el tipo de estresor, el momento y la duración del apoyo. Con esto, se puede deducir la necesidad de tener en

cuenta muchas variables personales y contextuales para que el apoyo interpersonal sea eficaz y tenga un efecto protector del estrés.

3.2.4. MODELOS DE AFRONTAMIENTO

Desde que se enmarcó el estudio del apoyo social en el proceso de estrés, muchos autores han considerado el apoyo social como un recurso del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Thoits, 1986). Thoits (1986) incluso concibe un paralelismo en la clasificación de las estrategias de afrontamiento y los tipos de apoyo social, mostrando que tienen mucho en común. De esta forma, el afrontamiento centrado en el problema equivale al apoyo instrumental dirigido a cambiar la situación. El afrontamiento centrado en la emoción se asocia con el apoyo emocional dirigido a cambiar la reacción. Por último, el afrontamiento cognitivo tiene como objetivo cambiar la percepción o sentido de la situación de la misma forma que el apoyo social informativo.

De hecho, la búsqueda de apoyo social se ha considerado una estrategia de afrontamiento de control primario en muchas escalas y estudios con estudiantes universitarios (Connor-Smith y Compas, 2002) y adolescentes (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Wadsworth y Compas, 2002), en los que ha mostrado un efecto atenuante del estrés psicológico. No obstante, se ha observado que la búsqueda de apoyo social como estrategia para afrontar el estrés era perjudicial en enfermos crónicos de artritis (Blalock, DeVellis y Giorgino, 1995), en estudiantes afrontando el examen final (Carver y Scheier, 1994) o en cuidadores de seropositivos (Moskowitz, Folkman, Collette y Vittinghoff, 1996).

Teniendo en cuenta que muchos de los estudios consideran el apoyo social como un recurso de afrontamiento, no es de extrañar que también se haya evaluado su papel mediador entre las variables cognitivas y los síntomas de estrés. Por ejemplo, estudios longitudinales con estudiantes universitarios muestran que las variables de personalidad como el optimismo, locus de control y auto-estima mejoraban el ajuste psicológico a través de estrategias de afrontamiento eficaces como la búsqueda de apoyo social (Aspinwall y Taylor, 1992; Brissette et al., 2002). Igualmente, otros estudios con estudiantes universitarios demuestran que entre los más perfeccionistas empeoraba el

afecto diario (Dunkley et al., 2003) o aumentaban los síntomas de ansiedad y depresión (Dunkley et al., 2000) a través del menor uso de la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento. En cambio, Dunn y Whelton (2006) no encontraron que el apoyo social fuese mediador entre el perfeccionismo y los síntomas de estrés en profesores de universidad.

La investigación sobre los mecanismos a través de los cuales el apoyo social puede amortiguar los efectos del estrés, se ha centrado en la influencia que tiene en la evaluación y el afrontamiento del estrés (Lakey y Cohen, 2000). De este modo, la evaluación se verá influida por el apoyo social percibido, que disminuirá el grado en que las situaciones se perciben como amenazantes del bienestar y aumentará la creencia de que los recursos necesarios están disponibles. Por otro lado, el apoyo recibido aumentará la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento que a su vez disminuirán los síntomas (Holahan y Moos, 1987; Lakey y Cohen, 2000).

3.2.4.1. MODELO DE RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

Justamente, Holahan and Moos (1987, 1990, 1991) proponen el **Modelo de Recursos** en el cual los recursos personales y sociales de la persona, incluido el apoyo social, se relacionan con el ajuste a través de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Lazarus y Folkman (1984) ya habían definido a los recursos como todo aquello en lo que un individuo ‘se implica para afrontar’ además de que afirman que los recursos ‘preceden e influyen el afrontamiento’ (p. 158). Por otro lado, Thoits (1986) conceptualizó los recursos sociales como ‘un fondo social al cual las personas pueden recurrir cuando manejan estresores’ (p. 64).

Este modelo que considera al afrontamiento como un mecanismo mediador entre el apoyo social y los síntomas ha sido examinado en diversos estudios con resultados en general confirmatorios.

El estudio originario del modelo se llevó a cabo con una muestra de personas diagnosticadas de depresión y se confirmaba que la percepción de apoyo familiar llevaba a hacer uso de estrategias de afrontamiento más activas y menos estrategias de evitación que, a su vez, se relacionaban con peor ajuste psicológico (Holahan y Moos,

1987). A continuación, estos autores realizaron estudios longitudinales con la población normal que demostraban que las personas que disponían de más recursos sociales familiares o de amigos utilizaban más estrategias de afrontamiento de implicación como la reevaluación positiva y la resolución de problemas y menos el afrontamiento de distanciamiento como la descarga emocional (Holahan y Moos, 1990; 1991). Este modelo se ha comprobado en adolescentes (Crean, 2004) y en estudiantes universitarios (Saltzman y Holahan, 2002). Además, en el estudio longitudinal de Saltzman y Holahan (2002) se encontró una mediación total sólo si se controlaban los síntomas de depresión iniciales. En pacientes diagnosticados de enfermedades cardíacas, el afrontamiento mediaba parcialmente la relación entre el apoyo familiar, laboral y de la red social en síntomas de depresión al de un año (Holahan et al., 1995) y al de cuatro años (Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1997). También se ha demostrado que los estresores sociales actuaban a través del afrontamiento para predecir más síntomas depresivos (Holahan et al., 1997). En pacientes con cáncer se ha observado este efecto de mejora personal ante recursos sociales y personales, todo ello mediado por una mejora en el proceso de afrontamiento (Luszczynska et al., 2005).

Por otro lado, se ha observado que el papel predictivo y mediador del afrontamiento será únicamente significativo en condiciones de mucho estrés puesto que, cuando el estrés es menor, las estrategias de afrontamiento no serán tan necesarias y los recursos se relacionaran directamente con los síntomas (Holahan y Moos, 1990; 1991). Asimismo, el uso de estrategias adaptativas motivadas por recibir apoyo familiar predice mejor ajuste en adolescentes ante estresores que se perciben como controlables (Valentiner, Holahan y Moos, 1994).

También se ha mostrado que la fuente de apoyo ejerce una influencia diferencial en el afrontamiento. Por ejemplo, para una muestra de estudiantes universitarios chinos el apoyo de amigos estaba relacionado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento positivas (tales como afrontamiento activo, planear, reinterpretación positiva, etc.) y un menor uso de estrategias negativas (ventilación emocional, negación, distanciamiento conductual y mental, etc.; Tao et al., 2000). No obstante, el apoyo de los profesores estaba asociado al abandono de estrategias negativas, y el apoyo de padres y hermanos no estaba relacionado con el afrontamiento. Los autores concluyeron que los amigos eran los agentes más importantes para aprender estrategias eficaces de

afrontamiento. De todas formas, no está claro que podamos generalizar estos resultados porque existen diferencias culturales en la función del apoyo social. Así se muestra en un estudio de Maton y colaboradores (1996), en el cual la función de apoyo parental era más importante en la población negra y el apoyo de amigos en la población blanca. En otro estudio transcultural con estudiantes universitarios españoles y americanos (Calvete y Connor-Smith, 2006) no se encontraron diferencias en la percepción de apoyo, a pesar de que es más probable que los estudiantes españoles que residen con sus padres tengan a los amigos más cerca que los americanos. Igualmente se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo los estudiantes españoles tendían a resolver los problemas y a regular sus emociones, mientras que los americanos desarrollaban pensamiento positivo, aceptación o intentaban redefinir el problema. Asimismo, este estudio confirmaba el modelo de mediación parcial del afrontamiento en la relación entre el apoyo social y los síntomas.

Las diferencias según el tipo de apoyo recibido se han revelado en un estudio de Dunkel-Schetter et al. (1987) con parejas. Aquellos que recibían más información, se les escuchaba y reconfortaba tendían a resolver los problemas activamente mientras que los que no recibían información y guía tendían a ventilar emociones, lo que resultaba en un aumento de síntomas. Sin embargo, al tratarse de un estudio transversal es difícil asegurar la dirección de las relaciones. De modo que el apoyo puede promover estrategias de afrontamiento adaptativas pero también éstas pueden tener influencia en los proveedores de apoyo. Por ejemplo, el afrontar activamente o el evitar puede provocar en las personas de alrededor la reacción de dar más información o de, al contrario, distanciarse. Por ese motivo, los estudios longitudinales, aunque son menos, tendrán mayor capacidad de confirmar la veracidad del modelo de recursos (Holahan y Moos, 1991; Holahan et al., 1995; 1997; Saltzman y Holahan, 2002; Tao et al., 2000; Valentiner et al., 1994, entre ellos).

Muchos de los estudios citados previamente apoyan un modelo de mediación parcial del afrontamiento entre el apoyo social y el ajuste psicológico. Pero también hay algunos, en menor cantidad, que han encontrado una mediación total (Blankfeld y Holahan, 1996; Fleishman et al., 2000; Holahan et al., 1997; Manne y Zautra, 1989). De este modo, las madres de diabéticos que recibían apoyo familiar sufrían menos síntomas depresivos a través del uso de estrategias de afrontamiento de acercamiento maternal

(Blankfeld y Holahan, 1996), y mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con más apoyo percibido hacían mayor uso de estrategias de afrontamiento de acercamiento, lo que se traducía a un mejor ajuste a esta situación (Holland y Holahan, 2003). En una muestra de seropositivos, tanto los conflictos sociales como el apoyo social tenían un efecto significativo en el ánimo negativo y positivo. Además, en el apoyo social se confirmaba un modelo mediacional total de algunas conductas de afrontamiento negativas (como evitación cognitiva y aislamiento; Fleishman et al., 2000). Igualmente, Manne y Zautra (1989) confirmaron que tanto el apoyo como las críticas de los esposos de mujeres con artritis reumatoide, influían en el ajuste a través del uso de estrategias de afrontamiento como la reestructuración cognitiva de forma positiva o el pensamiento ilusorio de forma negativa.

En definitiva, una vez revisados muchos de los estudios que tratan de comprobar los mecanismos a través de los cuales los recursos sociales actúan en el bienestar, se puede afirmar que la percepción de apoyo social disminuye el uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento como la evitación, la negación y hacerse ilusiones y promueve la utilización de estrategias de implicación como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, la aceptación y el pensamiento positivo, afectando positivamente en el ajuste psicológico. Por el contrario, la ausencia de apoyo social, así como la presencia de conflicto social, están asociadas con síntomas de estrés a través del uso de estrategias de distanciamiento. Como limitación se puede mencionar el hecho de que todos los estudios longitudinales con estudiantes universitarios se han realizado en culturas diferentes a la nuestra.

3.3. CONCLUSIONES

El apoyo social se ha identificado como una de las variables sociales que inciden en la resistencia al estrés. Ha sido definido como las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En base a esta definición podemos distinguir tres aspectos en el apoyo social que interactúan entre sí: los niveles de análisis, las perspectivas y la diferencia entre el apoyo percibido versus recibido.

Una de las dimensiones más importantes se refiere a la distinción entre la percepción subjetiva de apoyo y el apoyo objetivamente recibido. En comparación con el apoyo recibido, parece que es la percepción de apoyo la que más correlaciona con el bienestar que además no depende de la calidad o cantidad de las relaciones sino de otros factores como las características de los recipientes, los proveedores, los estresores y el entorno.

El apoyo social a menudo se ha relacionado con el proceso de estrés puesto que su función está muy vinculada al mismo. Según el Modelo General del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984), el apoyo social puede influir en la evaluación de un estresor, la elección de estrategias de afrontamiento o en los sentimientos de autoestima y dominio personal.

Se han descrito varios modelos centrados en el estrés para explicar en qué momento y a través de qué mecanismos actúa el apoyo social: el modelo de efecto principal, el modelo de moderación y el modelo de mediación.

El modelo de efecto principal considera que los recursos sociales tienen un efecto beneficioso independientemente de si las personas experimentan estrés gracias a que la red de apoyo social provee a las personas de afecto positivo, sentido de predictibilidad y estabilidad en la situación vital, así como el reconocimiento de la propia valía.

El modelo protector se conoce también como la *Hipótesis de Amortiguación* (Buffering hypothesis; Cohen y Wills, 1985) y plantea que el apoyo actúa como un moderador o protector de la influencia patológica de los eventos estresantes en la salud. Estos autores también señalaron que para que el apoyo social tenga un efecto amortiguador del estrés, es necesario que haya una correspondencia entre las demandas y el tipo de apoyo disponible y es lo que se denomina como la *Hipótesis del Ajuste* (Match Hypothesis).

Asimismo, hay que tener en cuenta que muchos autores consideran el apoyo social como un recurso de afrontamiento con lo cual no es de extrañar que hayan evaluado su papel mediador entre las variables cognitivas y los síntomas de estrés.

Dentro de los modelos de mediación propiamente dichos cabe destacar el *Modelo de los Recursos* (Holahan y Moos, 1987) que considera a los recursos personales y sociales de la persona relacionados con el ajuste a través de las estrategias de afrontamiento utilizadas. El patrón de resultados de los estudios que han evaluado el papel mediador de las estrategias de afrontamiento entre el apoyo social y los síntomas de estrés han encontrado que el apoyo social disminuye el uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento y promueve la utilización de estrategias de acercamiento. Estos modelos se han evaluado en general en otras culturas y las diferencias observadas en la estructura y función del apoyo social sugieren la necesidad de un estudio específico en nuestra cultura.

CAPÍTULO IV

EL PRESENTE ESTUDIO

4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Esta tesis tiene como objetivo principal investigar sobre la vulnerabilidad cognitiva a síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes universitarios, mediante un estudio longitudinal en nuestra cultura.

Desde los Modelos de Vulnerabilidad Cognitiva al Estrés (Abramson et al., 1989; Beck, 1976) se establece que las variables cognitivas interactúan con los acontecimientos estresantes, influyendo en el desarrollo de síntomas psicológicos. Sin embargo, las variables cognitivas que se han estudiado son sobre todo las actitudes disfuncionales y el estilo atribucional negativo, de modo que esta investigación pretende evaluar el modelo de vulnerabilidad con los esquemas inadaptados tempranos (Young y Klosko, 1994).

Además, según la Teoría de la Especificidad Cognitiva (Beck, 1976), se espera que determinadas variables cognitivas sean más relevantes para unos síntomas que para otros. En concreto, el contenido de las cogniciones para la depresión se referirá a pérdidas y fracasos, mientras que para la ansiedad al posible daño o peligro. Aplicado al Modelo de los Esquemas de Young, se sugiere que los esquemas de fracaso, imperfección, sociotropía y la orientación negativa a los problemas serán relevantes para la depresión y los esquemas de abandono, vulnerabilidad y la orientación negativa a los problemas para la ansiedad.

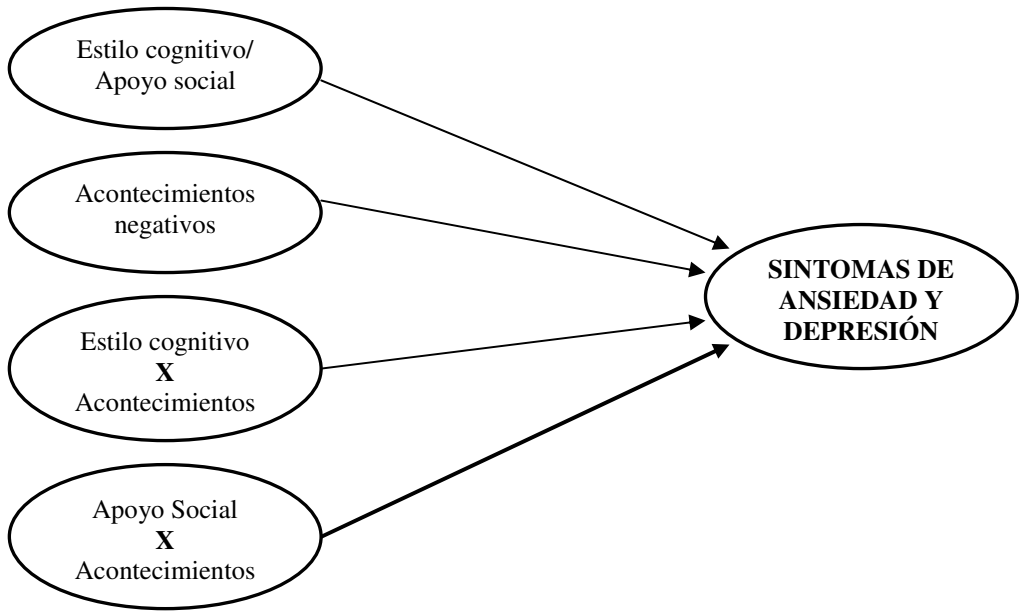
En este estudio se incluye la percepción de Apoyo Social como un elemento más de vulnerabilidad cognitiva, ya que de hecho ha sido descrito como un esquema cognitivo o rasgo relativamente estable de las personas (Lakey et al., 2002; Sarason et al., 1990).

De acuerdo con el Modelo de los Recursos (Holahan y Moos, 1987), los recursos individuales y sociales tendrán un efecto en el ajuste psicológico de la persona a través del uso de distintas estrategias de afrontamiento. Así se plantea que la influencia que las variables cognitivas tienen sobre los síntomas podría estar mediada por las conductas de afrontamiento. Es decir, determinados esquemas pueden llevar a adoptar conductas de distanciamiento, que a su vez conducen a más síntomas. Por otro lado, en los casos en

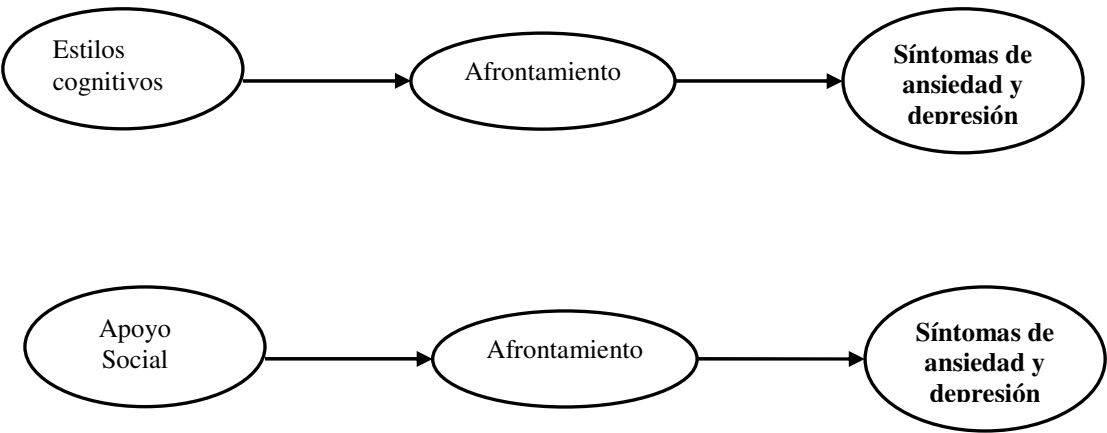
los que existe alta percepción de apoyo social, los jóvenes experimentarán menos ansiedad y depresión gracias, en parte, al uso de estrategias de afrontamiento adaptadas.

Las figuras 2, 3 y 4 representan los modelos que se han evaluado en esta tesis.

Figura 2: Modelos de moderación



Figuras 3 y 4: Modelos de mediación



En cuanto a las hipótesis se plantean las siguientes:

1. La presencia de acontecimientos vitales estresantes (académicos, familiares, interpersonales, etc.) se asociará con más síntomas de estrés (ansiedad, depresión).
2. Las estrategias de afrontamiento empleadas para manejar el estrés se asociarán con los síntomas de ansiedad y depresión. En concreto se espera que:
 - 2.1 Las estrategias de distanciamiento estén relacionadas con más síntomas.
 - 2.2 Las estrategias de control primario y secundario estén relacionadas con menos síntomas.
3. El estilo cognitivo, representado por los esquemas inadaptados tempranos, la sociotropía y la orientación negativa a los problemas, se espera se asocie con mayores síntomas de ansiedad y depresión.
4. El estilo cognitivo de los y las estudiantes moderará el impacto de los acontecimientos estresantes en los síntomas psicológicos.

Dicho papel moderador dependerá de la naturaleza de los síntomas.

De esta manera se espera que:

 - 4.1 Los esquemas de fracaso, imperfección, sociotropía y la orientación negativa a los problemas moderen el impacto de los estresores en los síntomas de depresión.
 - 4.2 Los esquemas de abandono, vulnerabilidad y la orientación negativa a los problemas moderen el impacto de los estresores en los síntomas de ansiedad.
5. La influencia de las variables cognitivas sobre los síntomas psicológicos será mediada en parte por las conductas de afrontamiento.
6. El apoyo social moderará el impacto del estrés en los síntomas de ansiedad y depresión.

7. Asimismo, la influencia del apoyo social sobre los síntomas psicológicos será mediado por el mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptadas (control primario y secundario) y menor uso de estrategias de afrontamiento inadaptadas (alejamiento).

4. 2. MÉTODO

4.2.1. PARTICIPANTES

El estudio se realizó con una muestra de estudiantes universitarios de primero y segundo curso de la Universidad de Deusto y la Universidad del País Vasco, de los cuales un total de 658 estudiantes participaron en el estudio transversal y 374 en el longitudinal. Se perdieron un 43.2% de participantes entre el T1 y el T2.

La edad media de los y las participantes fue de 19.16 años ($dt = 1.69$) en el T1 y 19.01 ($dt = 1.62$) en el T2, aunque en el T1 siete personas no contestaron a su edad y en el T2 fueron dos.

A pesar de que se seleccionaron facultades tanto de ciencias como de letras dadas las diferencias de género específicas de cada carrera, la proporción de mujeres fue un 30.4% mayor que de hombres. Teniendo en cuenta que 5 personas en el T1 y 3 en el T2 decidieron no revelar su género, la distribución del estudio transversal fue de 426 (65.2%) mujeres y 227 (34.8%) hombres y del longitudinal de 249 (67.1%) mujeres y 122 (32.9%) hombres.

La relación por facultades y cursos responde a las frecuencias y porcentajes descritos en las Tablas 2 y 3. Dentro de las facultades que aceptaron participar en este estudio, el 33% de la muestra pertenece a carreras técnicas (ingeniería industrial e informática) y el resto del 77% a carreras dentro de las ciencias humanas (psicología, turismo y magisterio).

Facultad y carrera	Curso	Chicas	Chicos	Total clase	Total carrera
Psicología	1°	112	18	130	130 (19.8%)
Turismo	1° A	55	9	64	227 (34.5%)
Turismo	1° B	33	6	41	
Turismo	2° A	50	8	60	
Turismo	2° B	53	8	62	
Ingeniería Informática	1° B	23	48	71	133 (20.2%)
Ingeniería Informática	1° C	15	47	62	
Ingeniería Industrial	2° A	15	35	50	84 (12.8%)
Ingeniería Industrial	2° B	11	23	34	
Magisterio Educ. Física	1°	8	1	9	84 (12.8%)
Magisterio Educ. Física	2°	7	17	24	
Magisterio Educ. Infantil	1°	25	2	27	
Magisterio Educ. Infantil	2°	19	5	24	
TOTAL		426	227		658

Tabla 2: Distribución de la muestra según género y estudios en el T1

Facultad y carrera	Curso	Chicas	Chicos	Total clase	Total carrera
Psicología	1°	63	4	67	67 (17.9%)
Turismo	1° A	31	7	38	130 (34.8%)
Turismo	1° B	15	3	19	
Turismo	2° A	34	4	39	
Turismo	2° B	28	5	34	
Ingeniería Informática	1° B	14	25	39	77 (20.6%)
Ingeniería Informática	1° C	7	31	38	
Ingeniería Industrial	2° A	9	19	28	53 (14.2%)
Ingeniería Industrial	2° B	9	16	25	
Magisterio Educ. Física	1°	3	0	3	47 (12.6%)
Magisterio Educ. Física	2°	5	6	11	
Magisterio Educ. Infantil	1°	14	1	15	
Magisterio Educ. Infantil	2°	17	1	18	
TOTAL		426	227		374

Tabla 3: Distribución de la muestra según género y estudios en el T2

4.2.2. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se contactó con profesores de las facultades de Psicología, Informática, Turismo, Ingeniería Industrial de la Universidad de Deusto y la Escuela de Magisterio del País Vasco para solicitarles la cesión de una hora de su clase para la recogida de datos de este estudio, informándose brevemente de sus objetivos.

Al tratarse de un estudio prospectivo, se realizó en dos tiempos distanciados por 5 meses y fuera de época de exámenes para evitar variables extrañas: la primera medición en octubre y la segunda en marzo. La administración de la batería de test estandarizados de tipo autoinforme se efectuó por los miembros del equipo que proporcionaron las instrucciones sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario y anónimo del mismo, así como la forma de rellenar los cuestionarios. Con el fin de vincular los datos de la primera medición con la segunda, se pidió a los y las participantes utilizar un código con las iniciales de su tercer y cuarto apellidos (que habitualmente sólo conoce el participante) junto a la fecha de nacimiento y el sexo, permitiendo así conservar el carácter anónimo del mismo.

Los cuestionarios fueron completados en el aula y la duración de la prueba fue de 50 minutos aproximadamente para la primera medición y 25 minutos para la segunda. La batería de test del tiempo 1 comprendía una Escala de Depresión y otra de Ansiedad, el Listado de Acontecimientos Estresantes, el Cuestionario de Respuestas al Estrés, el Cuestionario de Esquemas, las Escalas de Sociotropía y Orientación Negativa a los problemas y la Escala de Apoyo Social. En cuanto a los cuestionarios del tiempo 2, únicamente se administraron las Escalas de Ansiedad y Depresión y el Listado de Acontecimientos Estresantes. Obviamente los datos sociodemográficos (sexo, fecha de nacimiento e iniciales de tercer y cuarto apellidos) fueron recogidos en ambos tiempos.

Para realizar el análisis estadístico en este diseño prospectivo de grupo único se utilizaron Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica tanto para los análisis de mediación como los de moderación.

4.2.3. INSTRUMENTOS

Para evaluar la presencia de acontecimientos estresantes se incluyeron el *Cuestionario de Estrés Vital* (Life Stress Questionnaire, LSQ; Wadsworth et al. 2005) y el *Cuestionario de Estrés Social* (Social Stress Questionnaire, SSQ; Connor-Smith y Compas, 2002). Ambos constan de un breve listado de sucesos estresantes seleccionados de la Escala de Acontecimientos Percibidos para Adolescentes (APES, Adolescent Perceived Events Scale; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987) que han sido adaptados a la cultura y edad de la muestra de este estudio (Connor-Smith y Calvete, 2004). El Cuestionario de Estrés Vital incluye 11 acontecimientos vitales estresantes tales como problemas de salud, separación de los padres o dificultades académicas. El Cuestionario de Estrés Social consta de 10 ítems que comprenden una gama de acontecimientos estresantes interpersonales como las dificultades en las relaciones amorosas y de amistades. Los y las participantes deben indicar si tales acontecimientos han sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses). En caso afirmativo deben además evaluar en que medida fueron estresantes o problemáticos, empleando una escala que va desde *nada estresante (0)* hasta *muy estresante (3)*. De esta manera, se obtuvieron puntuaciones del número total de acontecimientos experimentados así como del grado de estrés percibido que provocaban estos acontecimientos.

Las respuestas de afrontamiento a los estresores indicados previamente se midieron con el *Cuestionario de Respuestas al Estrés* (RSQ, Responses to Stress Questionnaire; Connor-Smith et al., 2000). El RSQ consiste en 19 subescalas de tres ítems cada una, que se agrupan en cinco factores de segundo orden. Sin embargo en este estudio se utilizaron únicamente los tres factores de afrontamiento voluntario que se recogen en un total de 30 ítems. Los factores que lo componen son: el *Afrontamiento de Implicación de Control Primario*, que consiste en las subescalas de solución de problemas, regulación emocional y expresión emocional; el *Afrontamiento de Implicación de Control Secundario*, compuesto por las subescalas de distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación; y por último el *Afrontamiento de Distanciamiento*, compuesto por las subescalas de evitación,

negación, y pensamiento ilusorio. Este modelo de respuestas al estrés se ha validado en múltiples muestras mediante análisis factorial confirmatorio y las escalas tienen una fuerte consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez de constructo y validez de criterio (e.g., Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth et al., 2004). Recientemente ha sido validado a nuestra cultura con una muestra de jóvenes de Bizkaia (Connor-Smith y Calvete, 2004). El coeficiente alpha obtenido en este estudio para cada una de las escalas fue .67 (Afrontamiento de control primario), .68 (Afrontamiento de control secundario) y .62 (Afrontamiento de distanciamiento). Como recomiendan Connor-Smith y colaboradores, las puntuaciones de los factores se computaron como proporciones de la puntuación total de todas las respuestas (i.e., la suma de puntuaciones del control primario/suma de todos los ítems) para controlar la diferencia en el grado general de afrontamiento (véase Osowiecki y Compas, 1999). En este estudio se han seleccionado ambos métodos de medición puesto que las hipótesis del estudio están relacionadas con el grado en que se utiliza una estrategia frente a otras.

Los esquemas cognitivos se recogieron en el *Cuestionario de Esquemas- Forma reducida* (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994). Aunque el cuestionario original mide 18 esquemas inadaptados tempranos, el SQ-SF es un cuestionario de 75 ítems que evalúa 15 esquemas, organizados en los cinco dominios mencionados. Cada una de las escalas está formada por los 5 ítems que más explicaban la escala en un análisis factorial realizado por Schmidt et al. (1995). Los y las participantes tenían que puntuar los ítems usando una escala likert de 6 puntos (1 = *Totalmente falso*, 2 = *la mayoría de las veces falso*, 3 = *más falso que verdadero*, 4 = *en ocasiones verdadero*, 5 = *la mayoría de las veces verdadero*, y 6 = *me describe perfectamente*). Los 15 esquemas seleccionados para la versión corta del SQ se organizan en los 5 dominios mencionados en el capítulo 2. El dominio de *Desconexión/Rechazo* está constituido por los esquemas de Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección y Aislamiento Social. El dominio de *Autonomía Deteriorada* lo forman los esquemas de Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego y Fracaso. En tercer lugar, los esquemas de Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente que se encuentran dentro del dominio de *Límites Deteriorados*. En cuarto lugar, el dominio de *Orientación a los demás* incluye los esquemas de Autosacrificio y Subyugación. Por último, el dominio de *Vigilancia excesiva* donde se hallan los esquemas de Inhibición

Emocional e Estándares Inalcanzables. Varios estudios han validado la estructura factorial y valor predictivo del YSQ-SF (Cecero et al. 2004; Waller et al., 2001; Welburn et al., 2002). La versión larga del SQ ha sido adaptada al español por Cid, Tejero y Torrubia (1997) presentando buenas propiedades psicométricas. La validez y la estructura factorial de la versión corta en castellano ha sido confirmada mostrando una buena consistencia interna de los 15 esquemas (alphas entre .61 y .85; Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Cid y Torrubia, 2002). Los coeficientes alpha encontrados en este estudio son adecuados, y son para los esquemas .83 (Abandono), .79 (Abuso), .83 (Privación), .72 (Imperfección), .75 (Aislamiento), .59 (Dependencia), .72 (Peligro), .69 (Apego), .84 (Fracaso), .60 (Grandiosidad), .73 (Autocontrol insuficiente), .77 (Autosacrificio), .69 (Subyugación), .79 (Inhibición) y .61 (Estándares inalcanzables), y para los dominios .91 (Desconexión), .86 (Autonomía deteriorada), .74 (Límites deteriorados), .77 (Orientación a los demás) y .72 (Vigilancia).

El *Inventario de Resolución de problemas – Revisado*, versión corta, (SPSI-R Short Form, D’Zurilla, Maydeu-Olivares y Kant, 1998) se empleó para medir una de las dimensiones de resolución de problemas. El SPSI-R evalúa cinco dimensiones: la orientación positiva, la resolución racional, la orientación negativa, el estilo impulsivo y el estilo evitativo. En este estudio únicamente se empleó la subescala disfuncional de Orientación Negativa a los Problemas que se define por la tendencia a creer que los problemas son irresolubles y la falta de auto-eficacia en poder resolverlos. Consta de 5 items para responder en una escala de 5 puntos que oscila desde 0 (*No es cierto en absoluto*) a 4 (*Extremadamente cierto*). La estructura factorial ha sido confirmada y los coeficientes alpha han resultado adecuados tanto para la versión original del SPSI-R Short Form (D’Zurilla, et al., 1998) como para la versión española (Calvete y Cardeñoso, 2001). El coeficiente alpha obtenido en este estudio fue de .78.

La *Escala de Necesidad de Aceptación o Sociotropía* ha sido desarrollada en este estudio a partir de ítems de la *Escala de Creencias Irracionales para Adolescentes* (ECIA; Cardeñoso y Calvete, 2004) y otras medidas. Se han seleccionado los 9 ítems que mejor reflejan la excesiva preocupación por la aprobación por parte de otras personas. Además, se ha presentado junto a la subescala de Orientación Negativa a los Problemas por lo que el formato de respuesta es similar. El coeficiente alpha obtenido en este estudio fue de .85.

La *Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos* (CES-D, Radloff, 1977) se utilizó para medir los síntomas depresivos. Se evalúan cuatro factores de la depresión: Afecto depresivo, Afecto positivo, Disminución psicomotora y Dificultades interpersonales. Esta escala consiste en 20 afirmaciones que deben evaluarse en una escala de cuatro puntos (0 = *nunca o rara vez*, 3 = *siempre o la mayor parte del tiempo*). Estudios previos con la versión española han confirmado su estructura factorial y han mostrado un coeficiente alpha de .90 en estudiantes universitarios (Calvete y Cardeñoso, 1999). El coeficiente alpha obtenido en este estudio fue de .90. Habitualmente se considera que puntuaciones de 16 o más puntos son indicadoras de interés clínico por riesgo de desarrollar trastornos depresivos y que puntuaciones de 30 o más son altamente sintomáticas (Boyd, Weissman, Thompson, y Myers, 1982).

La *Subescala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R* (Derogatis, 2002). El SCL-90-R está formado por 9 escalas de 10 ítems cada una que describen una alteración psicopatológica o psicosomática concreta: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. En este estudio se empleó únicamente la Escala de Ansiedad, referida a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("*pánico*"). El formato de respuesta se presenta en una escala de 0 (*en absoluto presente*) hasta 4 (*extremadamente presente*) en relación a un listado de 10 síntomas de ansiedad. El coeficiente de consistencia interna para cada una de las escalas del SCL-90 es alto (.90) y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983). El coeficiente alpha obtenido en este estudio fue de .88.

La *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988) fue incluida para evaluar el apoyo social subjetivo. Es una escala de 12 ítems que puntúa en tres factores: el apoyo de la familia, amigos y otras personas significativas. El formato de respuesta se presenta en una escala del 1 (*Totalmente en desacuerdo*) al 7 (*Totalmente de acuerdo*). La validez y fiabilidad de las tres escalas ha sido demostrada con la versión inglesa en muestras de estudiantes y clínicas (Kazarian y McCabe, 2006).

La versión española ha mostrado buena fiabilidad y validez en un estudio transcultural con estudiantes americanos y españoles (Calvete y Connor-Smith, 2006), y con alfas de Cronbach de .89 en el estudio de adaptación de la escala (Landeta y Calvete, 2002). El coeficiente alpha obtenido en este estudio para el apoyo total fue de .91, apoyo familiar .89, apoyo de amistades .92 y apoyo de otros significativos .89.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPTIVOS GENERALES

En las tablas 4-10 se muestran los descriptivos generales de las variables utilizadas en este estudio: sucesos estresantes (T1 y T2), estrategias de afrontamiento, esquemas cognitivos, sociotropía, orientación negativa a los problemas, apoyo social, ansiedad y depresión (T1 y T2). En todas las variables se especifican la media y la desviación típica. Además, para los sucesos estresantes también se añaden las frecuencias de cada suceso.

Tabla 4. Descriptivos generales para los sucesos estresantes en T1 y T2

	Media	Dt
Total de estrés 1	14.06	8.31
Número de Sucesos totales 1	10.91	4.55
Num de Sucesos sociales 1	5.97	2.67
Num de Sucesos vitales1	4.97	2.44
Total de estrés 2	11.42	7.65
Número de Sucesos totales 2	9.87	5.45
Num de Sucesos sociales 2	4.54	2.91
Num de Sucesos vitales 2	5.35	3.04

Tabla 5: Frecuencias de los acontecimientos estresantes en el T1

ACONTECIMIENTOS VITALES Y SOCIALES	
ESTRESANTES	%
Problemas o cambios en tu situación económica	51.2%
Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	83.3%
Experimentar problemas de salud.	60.2%
Cambios en cuanto a las responsabilidades en casa.	69.4%
Muerte de un familiar cercano o amigo/a.	32.9%
Separación o divorcio de los padres.	11%
Problemas o cambios laborales.	28.4%
Algo malo sucede a alguien que te preocupa.	73.5%
Cambio de residencia o vecindario.	21.2%
Ser víctima de un delito.	13.5%
Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos	53.8%
Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	53.1%
Discusiones o problemas con un amigo/a.	72.3%
Te gusta alguien a quien no gustas.	50%
Romper o ser rechazado por tu novio/a.	36.1%
Contratiempos, discusiones o conflictos con otros estudiantes	39.8%
Problemas o discusiones con los miembros de la familia	79.7%
Discusiones o problemas con tu pareja	56.7%
Juntarte con nueva gente	83.1%
Incomprensión por parte de los adultos	68.7%
Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo	57.3%

Tabla 6. Descriptivos generales para las estrategias de afrontamiento

	Media	Dt
Afrontamiento de control primario	2.05	0.47
Resolución de Problemas	2.16	0.55
Regulación Emocional	1.82	0.59
Expresión Emocional	2.17	0.66
Afrontamiento de control secundario	1.63	0.46
Reestructuración Cognitiva	1.54	0.65
Pensamiento Positivo	1.69	0.64
Aceptación	1.70	0.62
Distracción	1.58	0.63
Afrontamiento de distanciamiento	1.18	0.49
Negación	0.91	0.63
Evitación	1.34	0.63
Pensamiento Ilusorio	1.28	0.69

Tabla 7. Descriptivos generales para los síntomas de ansiedad y depresión en T1 y T2

	Media	Dt
Depresión T1 (n=658)	16.27	9.83
Depresión T1 (n=374)	15.93	9.93
Depresión T2	16.17	8.76
Aumento en depresión	0.18	8.09
Ansiedad T1 (n=658)	9.56	7.76
Ansiedad T1 (n=374)	9.53	7.56
Ansiedad T2	9.32	7.19
Aumento en ansiedad	0.25	7.28

Tabla 8. Descriptivos generales para los esquemas y los dominios

	Media	Dt
Dominio Desconexión y Rechazo	53.13	18.41
Abandono	14.99	6.11
Abuso	11.05	4.74
Aislamiento	9.71	4.21
Imperfección	8.35	6.20
Privación emocional	9.05	5.08
Dominio Autonomía deteriorada	39.86	12.92
Apego	9.69	4.16
Dependencia	9.21	3.43
Vulnerabilidad al peligro	11.15	5.06
Fracaso	9.79	4.48
Dominio Límites deteriorados	25.63	7.44
Grandiosidad	13.46	4.28
Autocontrol insuficiente	12.19	4.55
Dominio Orientación a los demás	25.13	7.57
Autosacrificio	14.71	5.02
Subyugación	10.41	4.21
Dominio Vigilancia excesiva	26.31	7.53
Inhibición emocional	11.25	5.19
Estándares inalcanzables	15.08	4.48

Tabla 9. Descriptivos generales para la ONP y la sociotropía

	Media	Dt
ONP	7.47	4.05
Sociotropía	13.3	7.12

Tabla 10. Descriptivos generales para las escalas del apoyo social

	Media	Dt
Apoyo Social Total	68.61	13.04
Apoyo Social Familiar	22.42	5.44
Apoyo Social de amistades	22.97	4.98
Apoyo Social de otros significativos	23.21	5.45

5.2. ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y SÍNTOMAS

Con el fin de determinar la relación existente entre los distintos tipos de acontecimientos estresantes (número total de sucesos, sucesos sociales, sucesos vitales y estrés total) y la sintomatología psicológica (ansiedad y depresión) del T1 y T2, en primer lugar se obtuvo la matriz de correlaciones entre todas las variables. En la tabla 11 se presentan los resultados de estas correlaciones junto con las medias y las desviaciones típicas de cada una de las escalas. Todos los coeficientes fueron estadísticamente significativos a $p < .001$, si bien las correlaciones son más altas con las puntuaciones totales de estrés.

Tabla 11. Correlaciones entre los acontecimientos vitales negativos sufridos y la sintomatología psicológica (N en T1=658; N en T2=374)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Depresión T1	1											
2. Depresión T2	.63	1										
3. Ansiedad T1	.65	.49	1									
4. Ansiedad T2	.44	.64	.51	1								
5. Número de sucesos estresantes T1	.26	.30	.21	.24	1							
6. Número de sucesos estresantes T2	.27	.40	.19	.33	.44	1						
7. Estrés total T1	.45	.45	.42	.37	.63	.40	1					
8. Estrés total T2	.43	.60	.38	.49	.35	.61	.54	1				
9. Sucesos vitales T1	.26	.27	.22	.24	.90	.40	.58	.33	1			
10. Sucesos vitales T2	.27	.38	.19	.31	.42	.92	.37	.59	.32	1		
11. Sucesos sociales T1	.21	.24	.16	.19	.90	.39	.53	.30	.57	.42	1	
12. Sucesos sociales T2	.23	.23	.14	.30	.38	.91	.34	.51	.41	.67	.28	1

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

5.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS

En este apartado se estudió la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y la sintomatología psicológica. En primer lugar, se hallaron las correlaciones entre cada tipo de afrontamiento y los síntomas de depresión y ansiedad en T1 y T2. En la tabla 12 se presentan los coeficientes de correlación entre cada una de las escalas y subescalas de afrontamiento. Las puntuaciones de afrontamiento se obtuvieron mediante la suma de las puntuaciones en las diferentes subescalas.

Tabla 12. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología psicológica

	Depresión T1	Ansiedad T1	Depresión T2	Ansiedad T2
Afrontamiento de control primario	-0.04	0.08*	0.03	0.07
Resolución de Problemas	-0.06	0.03	0.00	0.09
Regulación Emocional	0.03	0.12*	0.01	0.03
Expresión Emocional	-0.06	0.04	0.06	0.07
Afrontamiento de control secundario	-0.14**	-0.04	-0.12*	-0.07
Reestructuración Cognitiva	-0.08*	-0.02	-0.07	-0.05
Pensamiento Positivo	-0.17**	-0.04	-0.18**	-0.10
Aceptación	-0.20**	-0.15**	-0.15**	-0.16*
Distracción	0.04	0.09*	0.06	0.10
Afrontamiento de distanciamiento	0.40**	0.36**	0.38**	0.33**
Negación	0.32**	0.25**	0.26**	0.23**
Evitación	0.15**	0.14**	0.20**	0.22**
Pensamiento Ilusorio	0.42**	0.40**	0.39**	0.29**

* $p < .05$; ** $p < .001$

A fin de determinar mejor qué estrategias de afrontamiento predicen cada trastorno psicológico se realizaron regresiones múltiples para los síntomas de depresión

y ansiedad tanto transversal como longitudinalmente. La primera regresión múltiple mostró que los factores de afrontamiento de control secundario y el de distanciamiento se asocian significativamente con los síntomas de depresión en el T1 (tabla 13). Este modelo explico el 22.4% de la varianza, $R^2 = .22$, $F(3,644) = 62.09$, $p < .001$.

Tabla 13. Resultados del análisis de regresión múltiple para la depresión en el T1 utilizando como variables predictoras las escalas de estrategias de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Control primario	0.43	0.79	0.02	0.54
Control secundario	-5.76	0.83	-0.27	-6.91**
Distanciamiento	9.30	0.72	0.47	13.00**

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se realizó una regresión múltiple para estudiar la asociación entre las subescalas de afrontamiento y los síntomas de depresión en el T1. Como puede observarse en la tabla 14, las estrategias de afrontamiento significativamente asociadas a las puntuaciones de depresión fueron el pensamiento positivo (negativamente), la aceptación (negativamente), la negación y el pensamiento ilusorio. Este modelo explicó el 27.8% de la varianza, $R^2 = .28$, $F(10,626) = 24.05$, $p < .001$.

Tabla 14. Resultados del análisis de regresión múltiple para la depresión en el T1 utilizando como variables predictoras las subescalas de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Resolución de Problemas	0.44	0.75	0.03	0.59
Regulación Emocional	0.56	0.66	0.03	0.86
Expresión Emocional	-0.76	0.62	-0.05	-1.23
Reestructuración Cognitiva	0.10	0.64	0.01	0.16
Pensamiento Positivo	-2.29	0.66	-0.15	-3.47**
Aceptación	-2.29	0.59	-0.18	-4.97**
Distracción	-0.33	0.65	-0.02	-0.50

Negación	3.39	0.60	0.22	5.63**
Evitación	0.09	0.61	0.01	0.15
Pensamiento Ilusorio	4.76	0.55	0.33	8.59**

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados de la regresión múltiple realizada para el aumento de la depresión en el T2 utilizando como variables predictoras las escalas de afrontamiento se presentan en la tabla 15. En un primer paso, se introdujo la depresión en el T1 para controlar su efecto inicial, y en el segundo, los tres factores de estrategias de afrontamiento. El control secundario y el distanciamiento se asociaron significativamente con el aumento de los síntomas de depresión. Este modelo explicó el 41.8% de la varianza, $R^2 = .42$, $F(4,365) = 65.54$, $p < .001$.

Tabla 15. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de los síntomas de depresión en el T2 utilizando como variables predictoras las escalas de estrategias de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Paso 1				
Depresión T1	0.48	0.04	0.55	12.07**
Paso 2				
Control primario	0.69	0.82	0.04	0.85
Control secundario	-1.84	0.87	-0.09	-2.12*
Distanciamiento	2.84	0.82	0.16	3.46**

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la siguiente regresión se estudió la asociación entre las subescalas de afrontamiento y el aumento de los síntomas de depresión en el T2. Los resultados se presentan en la tabla 16. La única estrategia de afrontamiento que se asoció significativamente al aumento de los síntomas de depresión fue el pensamiento ilusorio. El modelo explicó el 35.3% de la varianza, $R^2 = .35$, $F(11,351) = 17.44$, $p < .001$.

Tabla 16. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de la depresión en el T2 utilizando como variables predictoras las subescalas de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Paso 1				
Depresión T1	-0.53	0.04	-0.65	-12.96**
Paso 2				
Resolución de Problemas	0.55	0.77	0.38	0.72
Regulación Emocional	-1.22	0.73	-0.08	-1.66
Expresión Emocional	0.82	0.68	0.07	1.21
Reestructuración Cognitiva	0.89	0.68	0.07	1.21
Pensamiento Positivo	-1.34	0.74	-0.10	-1.81
Aceptación	-0.87	0.63	-0.06	-1.38
Distracción	-0.22	0.68	-0.02	-0.33
Negación	0.56	0.64	0.04	0.87
Evitación	0.54	0.64	0.04	0.84
Pensamiento Ilusorio	1.72	0.61	0.15	2.82*

* $p < .05$; ** $p < .001$

La regresión múltiple realizada para estudiar la asociación entre las escalas de afrontamiento y los síntomas de ansiedad se presentan en la tabla 17. Los tres factores de estrategias de afrontamiento (control primario, secundario y distanciamiento) se asociaron significativamente con los síntomas de ansiedad. Este modelo explicó el 15.5% de la varianza, $R^2 = .15$, $F(3,645) = 39.40$, $p < .001$.

Tabla 17. Resultados del análisis de regresión múltiple para la ansiedad en el T1 utilizando como variables predictoras las escalas de estrategias de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Control primario	1.82	0.65	0.11	2.82*
Control secundario	-3.07	0.69	-0.18	-4.48**
Distanciamiento	6.14	0.59	0.39	10.44**

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados de la regresión múltiple realizada para la ansiedad utilizando como variables predictoras las subescalas de afrontamiento se presentan en la tabla 18. La regulación emocional, la aceptación (negativamente), la negación y el pensamiento ilusorio se asociaron significativamente con los síntomas de ansiedad. Este modelo explicó el 20.8% de la varianza, $R^2 = .21$, $F(10,627) = 16.44$, $p < .001$.

Tabla 18. Resultados del análisis de regresión múltiple para la ansiedad en el T1 utilizando como variables predictoras las subescalas de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Resolución de Problemas	0.40	0.62	0.03	0.65
Regulación Emocional	1.10	0.54	0.08	2.03*
Expresión Emocional	0.02	0.51	0.00	0.05
Reestructuración Cognitiva	-0.20	0.53	-0.02	-0.38
Pensamiento Positivo	-0.32	0.55	-0.03	-0.58
Aceptación	-2.17	0.49	-0.17	-4.46**
Distracción	-0.07	0.54	-0.01	-0.12
Negación	1.54	0.50	0.13	3.10*
Evitación	-0.03	0.51	0.00	-0.05
Pensamiento Ilusorio	3.82	0.46	0.34	8.36**

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la siguiente regresión la variable criterio fue el aumento en la puntuación en ansiedad en el T2. En este caso, solamente el estilo de afrontamiento de distanciamiento se asoció significativamente con el aumento de los síntomas de ansiedad (Tabla 19). El modelo explicó el 31.6% de la varianza, $R^2 = .32$, $F(4,364) = 42.07$, $p < .001$.

Tabla 19. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2 utilizando como variables predictoras las escalas de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Paso 1				
Ansiedad T1	-0.59	0.05	-0.61	-12.82**
Paso 2				
Control primario	0.30	0.75	0.02	0.41
Control secundario	-1.42	0.78	-0.09	-1.82
Distanciamiento	2.72	0.71	0.18	3.81**

* $p < .05$; ** $p < .001$

Por último se realizó una regresión múltiple para el aumento de los síntomas de ansiedad introduciendo como variables predictoras la ansiedad del T1 en el primer paso, y las subescalas de afrontamiento en el segundo. Los resultados que se presentan en la tabla 20 indican que las estrategias de resolución de problemas, la regulación emocional (negativamente), la aceptación (negativamente), la negación y la evitación se asocian significativamente con el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2. Este modelo explicó el 34.8% de la varianza, $R^2 = .35$, $F(11,350) = 16.95$, $p < .001$.

Tabla 20. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de la ansiedad en el T2 utilizando como variables predictoras las subescalas de afrontamiento

Afrontamiento	B	ET	Beta	T
Paso 1				
Ansiedad T1	-0.59	0.05	-0.61	-12.45**

Paso 2

Resolución de Problemas	1.44	0.70	0.11	2.06*
Regulación Emocional	-1.47	0.68	-0.11	-2.17*
Expresión Emocional	0.04	0.62	0.00	0.06
Reestructuración Cognitiva	0.53	0.61	0.05	0.86
Pensamiento Positivo	-0.79	0.67	-0.07	-1.18
Aceptación	-1.30	0.57	-0.11	-2.29*
Distracción	-0.04	0.62	0.00	-0.07
Negación	1.37	0.56	0.12	2.43*
Evitación	1.15	0.59	0.10	1.98*
Pensamiento Ilusorio	0.42	0.55	0.04	0.77

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.4. VARIABLES COGNITIVAS Y SÍNTOMAS

A fin de determinar qué esquemas cognitivos predicen cada trastorno psicológico se realizaron regresiones múltiples para los síntomas de depresión y ansiedad. La primera regresión múltiple mostró que los esquemas cognitivos significativamente asociados a las puntuaciones de depresión eran aislamiento, fracaso, grandiosidad, inhibición emocional (negativamente), privación emocional, estándares inalcanzables (negativamente) y orientación negativa a los problemas. Los resultados de esta regresión se presentan en la Tabla 21. Este modelo explicó el 49.3% de la varianza, $R^2 = .49$, $F(17,636) = 36.34$, $p < .001$. Debido a la alta correlación entre la ansiedad y la depresión se realizó una nueva regresión múltiple para los síntomas de depresión introduciendo las variables cognitivas junto con la ansiedad para controlar estadísticamente su solapamiento. Los resultados se muestran en la tabla 22. Los mismos esquemas cognitivos fueron significativos cuando se controló el solapamiento con la ansiedad.

Tabla 21. Resultados transversales del análisis de regresión múltiple para la depresión utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas cognitivos

	B	ET	Beta	T
Abandono	0.11	0.07	0.07	1.58
Abuso	0,02	0.08	0.01	0.18
Aislamiento	0.35	0.10	0.15	3.39**
Apego	-0.01	0.09	0.00	-0.08
Autocontrol insuficiente	0.03	0.08	0.01	0.31
Dependencia	0.16	0.11	0.06	1.43
Estándares inalcanzables	-0.18	0.07	-0.08	-2.39*
Vulnerabilidad al peligro	0.11	0.07	0.05	1.45
Fracaso	0.24	0.09	0.11	2.85*
Grandiosidad	0.18	0.08	0.08	2.26*
Imperfección	0.05	0.12	0.02	0.45
Inhibición emocional	-0.20	0.07	-0.11	-2.97*
Privación emocional	0.23	0.08	0.12	3.06*
Autosacrificio	0.09	0.07	0.05	1.33
Subyugación	0.20	0.11	0.08	1.85
ONP	0.61	0.10	0.25	6.20**
Sociotropía	0.10	0.06	0.07	1.87

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Tabla 22. Resultados transversales del análisis de regresión múltiple para la depresión utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas cognitivos y controlando el solapamiento con la ansiedad

	B	ET	Beta	T
Ansiedad	0.50	0.04	0.39	11.39**
Abandono	0.06	0.06	0.04	0.95
Abuso	-0.05	0.08	-0.03	-0.67
Aislamiento	0.24	0.09	0.10	2.52*
Apego	-0.06	0.08	-0.03	-0.76
Autocontrol insuficiente	0.00	0.08	0.00	-0.03
Dependencia	0.15	0.10	0.05	1.48
Estándares inalcanzables	-0.19	0.07	-0.09	-2.86*
Vulnerabilidad al peligro	-0.05	0.07	-0.03	-0.72
Fracaso	0.26	0.08	0.12	3.40**
Grandiosidad	0.23	0.07	0.10	3.06*
Imperfección	-0.01	0.11	0.00	-0.06
Inhibición emocional	-0.15	0.06	-0.08	-2.40*
Privación emocional	0.28	0.07	0.14	4.01**
Autosacrificio	0.04	0.06	0.02	0.67
Subyugación	0.18	0.10	0.08	1.91
ONP	0.31	0.09	0.13	3.35**
Sociotropía	0.09	0.05	0.06	1.74

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

En la siguiente regresión la variable criterio fue la puntuación en ansiedad. En este caso, los esquemas de aislamiento, vulnerabilidad al peligro y orientación negativa a los problemas se asociaron significativamente con los síntomas de ansiedad (Tabla 23). El modelo explico el 44.1% de la varianza, $R^2 = .44$, $F(17,637) = 29.58$, $p < .001$.

Al igual que en el caso de la depresión, se llevo a cabo otra regresión múltiple introduciendo junto con las variables cognitivas la depresión para controlar su solapamiento con la ansiedad. Los resultados se presentan en la tabla 24. En este caso, los esquemas de abuso, vulnerabilidad al peligro, grandiosidad (negativamente), privación emocional (negativamente) y la orientación negativa a los problemas se asociaron significativamente con la ansiedad.

Tabla 23. Resultados del análisis de regresión múltiple para la ansiedad utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas cognitivos

	B	ET	Beta	T
Abandono	0.10	0.06	0.08	1.72
Abuso	0,14	0.07	0.08	1.93
Aislamiento	0.22	0.09	0.12	2.60*
Apego	0.10	0.07	0.06	1.47
Autocontrol insuficiente	0.06	0.07	0.03	0.83
Dependencia	0.02	0.09	0.01	0.18
Estándares inalcanzables	0.03	0.06	0.02	0.06
Vulnerabilidad al peligro	0.31	0.06	0.20	5.16**
Fracaso	-0.04	0.07	-0.03	-0.64
Grandiosidad	-0.09	0.07	-0.05	-1.33
Imperfección	0.13	0.10	0.06	1.28
Inhibición emocional	-0.11	0.06	-0.07	-1.91
Privación emocional	-0.09	0.06	-0.06	-1.46
Autosacrificio	0.10	0.06	0.06	1.76
Subyugación	0.03	0.09	0.01	0.30
ONP	0.59	0.08	0.31	7.31**
Sociotropía	0.03	0.05	0.03	0.74

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Tabla 24. Resultados del análisis de regresión múltiple para la ansiedad utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas cognitivos y controlando el solapamiento con la depresión

	B	ET	Beta	T
Depresión	0.34	0.03	0.43	11.39**
Abandono	0.06	0.05	0.05	1.17
Abuso	0.13	0.06	0.08	2.03*
Aislamiento	0.10	0.08	0.06	1.33
Apego	0.11	0.06	0.06	1.65
Autocontrol insuficiente	0.05	0.06	0.03	0.75
Dependencia	-0.04	0.09	-0.02	-0.43
Estándares inalcanzables	0.09	0.06	0.05	1.65
Vulnerabilidad al peligro	0.28	0.06	0.18	4.99**
Fracaso	-0.13	0.07	-0.07	-1.93
Grandiosidad	-0.15	0.06	-0.08	-2.44*
Imperfección	0.11	0.09	0.05	1.15
Inhibición emocional	-0.04	0.05	-0.02	-0.70
Privación emocional	-0.17	0.06	-0.11	-2.97*
Autosacrificio	0.07	0.05	0.04	1.30
Subyugación	-0.04	0.08	-0.02	-0.53
ONP	0.39	0.08	0.20	5.08**
Sociotropía	-0.04	0.04	0.00	-0.09

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

A continuación y con el objetivo de estudiar la relación entre las variables cognitivas del T1 y los síntomas psicológicos del T2 se realizó una regresión múltiple introduciendo como variable criterio el aumento de los síntomas de depresión del T1 al 2. Para ello se introdujo en un primer paso la puntuación en depresión y ansiedad del T1

(para controlar el solapamiento) y los esquemas cognitivos en el segundo paso. Los resultados se presentan en la tabla 25. Los esquemas de Inhibición emocional (negativamente) y Subyugación se asociaron significativamente al aumento en la puntuación en depresión en el T2. Este modelo explicó el 47.8% de la varianza, $R^2 = .47$, $F(19,354) = 17.09$, $p < .001$.

Tabla 25. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de la depresión en el T2 utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas

	B	ET	Beta	T
Depresión T1	0.30	0.05	0.34	5.65**
Ansiedad T1	0.07	0.07	0.06	1.09
Abandono	0.05	0.08	0.04	0.64
Abuso	0.01	0.11	0.01	0.12
Aislamiento	0.15	0.13	0.07	1.18
Apego	-0.02	0.11	-0.01	-0.16
Autocontrol insuficiente	-0.09	0.10	-0.05	-0.91
Dependencia	0.03	0.14	0.01	0.24
Estándares inalcanzables	-0.09	0.09	-0.05	-1.02
Vulnerabilidad al peligro	0.02	0.09	0.01	0.22
Fracaso	0.14	0.11	0.07	1.28
Grandiosidad	0.11	0.10	0.05	1.04
Imperfección	0.17	0.15	0.07	1.13
Inhibición emocional	-0.20	0.09	-0.12	-2.26*
Privación emocional	0.11	0.10	0.06	1.06
Autosacrificio	0.05	0.08	0.03	0.64
Subyugación	0.30	0.14	0.14	2.15*
ONP	0.19	0.13	0.09	1.49
Sociotropía	0.03	0.07	0.03	0.45

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Por último, se llevo a cabo una regresión introduciendo como variable criterio el aumento en los síntomas de ansiedad en el T2 y como variables predictoras la ansiedad y depresión del T1 (para controlar el solapamiento) en el primer paso y las variables cognitivas en el segundo (Tabla 26). El esquema de apego fue el único esquema que se asoció significativamente al aumento en los síntomas de ansiedad en el T2. Este modelo explicó el 33.9% de la varianza, $R^2 = .34$, $F(19,353) = 9,54$, $p < .001$.

Tabla 26. Resultados del análisis de regresión múltiple para el aumento de la ansiedad en el T2 utilizando como variables predictoras las puntuaciones en los esquemas

	B	ET	Beta	T
Ansiedad T1	0.27	0.06	0.28	4.41**
Depresión T1	0.07	0.05	0.10	1.46
Abandono	0.01	0.08	0.01	0.12
Abuso	0.18	0.10	0.12	1.86
Aislamiento	0.11	0.12	0.06	0.92
Apego	0.21	0.10	0.12	2.13*
Autocontrol insuficiente	-0.13	0.09	-0.08	-1.37
Dependencia	0.10	0.13	0.05	0.76
Estándares inalcanzables	0.01	0.08	0.00	0.08
Vulnerabilidad al peligro	0.11	0.09	0.08	1.33
Fracaso	-0.05	0.10	-0.03	-0.49
Grandiosidad	0.07	0.10	0.04	0.73
Imperfección	-0.03	0.14	-0.02	-0.23
Inhibición emocional	-0.13	0.08	-0.09	-1.53
Privación emocional	-0.01	0.09	-0.01	-0.15
Autosacrificio	0.03	0.08	0.02	0.41
Subyugación	-0.04	0.13	-0.02	-0.28
ONP	0.15	0.12	0.08	1.24
Sociotropía	0.01	0.06	0.01	0.18

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

5.5. ESTILO COGNITIVO COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS

En este apartado se evalúa el posible papel moderador del estilo cognitivo en la relación entre los acontecimientos estresantes y los síntomas de ansiedad y depresión. El procedimiento empleado consistió en regresiones múltiples jerárquicas y se controló el solapamiento entre ansiedad y depresión tanto transversal como longitudinalmente.

5.5.1. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

5.5.1.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

En estas regresiones, se introdujeron en un primer paso como variables predictoras los acontecimientos estresantes (número total de sucesos estresantes) y las variables cognitivas (esquemas cognitivos y orientación negativa a los problemas). Además en este paso se introdujo la ansiedad para controlar el solapamiento entre ésta y la depresión. Siguiendo el procedimiento recomendado por Frazier, Tix y Barron (2004) las puntuaciones de los acontecimientos estresantes y de las variables cognitivas se transformaron en puntuaciones Z para reducir los problemas de multicolinealidad entre las variables en la ecuación de regresión. En un segundo paso se introdujo la interacción entre estresores y variable cognitiva.

La tabla 27 muestra los resultados de los modelos regresivos realizados para los síntomas de depresión. La primera regresión se centró en el papel del esquema de abandono como moderador de la relación entre el número total de sucesos y los síntomas de depresión. Los resultados muestran cómo la interacción Abandono x Sucesos totales se asocia significativamente con los síntomas de depresión. Asimismo, también fueron significativas las interacciones Apego x sucesos, Abuso x sucesos y Orientación negativa a los problemas (ONP) x sucesos. Los demás esquemas y la Sociotropía no actuaron como moderadores de la relación entre el número total de sucesos y los síntomas de depresión.

Tabla 27. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y los esquemas asociados a los síntomas de depresión en el T1

Abandono	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47, F(3,650) = 188.57^{**}$
Abandono	1.99	0.32	0.20	6.13**	
Nº total de sucesos	1.30	0.30	0.13	4.40**	
Ansiedad	0.66	0.04	0.52	15.54**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,649) = 4.99^*$
Abandono x sucesos totales	0.64	0.28	0.07	2.23*	
Abuso	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.46, F(3,650) = 182.50^{**}$
Abuso	1.61	0.32	0.16	4.99**	
Nº total de sucesos	1.15	0.30	0.12	3.89**	
Ansiedad	0.69	0.04	0.54	16.68	
Paso 2					$\Delta R^2 = .003, \Delta F(1,649) = 3.91^*$
Abuso x sucesos totales	0.58	0.29	0.06	1.98*	
Aislamiento	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = .49, F(3,650) = 205.03^{**}$
Aislamiento	2.44	0.31	0.25	7.75**	
Nº total de sucesos	0.99	0.29	0.10	3.43**	
Ansiedad	0.67	0.04	0.53	16.96**	
Paso 2					$\Delta R^2 = .00, \Delta F(1,649) = 0.21$
Aislam. x sucesos totales	0.13	0.29	0.01	0.46	
Apego	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = .46, F(3,650) = 181.32^{**}$
Apego	1.52	0.31	0.16	4.94**	
Nº total de sucesos	1.20	0.30	0.12	4.07**	
Ansiedad	0.71	0.28	0.56	17.66**	
Paso 2					$\Delta R^2 = .004, \Delta F(1,649) = 4.58^*$
Apego x sucesos totales	0.61	0.28	0.06	2.14*	
Autocontrol Insuficiente	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47, F(3,650) = 195.38^{**}$
Autocontrol Insuficiente	2.15	0.31	0.22	7.04**	
Nº total de sucesos	1.15	0.29	0.12	3.93**	
Ansiedad	0.68	0.04	0.54	17.14**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.53$
Aut. insuf. x sucesos totales	0.22	0.30	0.02	0.73	
Dependencia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = .49, F(3,650) = 204.04^{**}$
Dependencia	2.38	0.30	0.24	7.83**	
Nº total de sucesos	1.29	0.29	0.13	4.45**	
Ansiedad	0.65	0.04	0.52	16.32**	

Paso 2					$\Delta R^2 = .002, \Delta F(1,649) = 2.40$
Depend. x sucesos totales	0.48	0.31	0.05	1.55	
Peligro					
Paso 1					$R^2 = 0.45, F(3,650) = 174.56^{**}$
Peligro	1.23	0.34	0.12	3.64 ^{**}	
Nº total de sucesos	1.23	0.30	0.12	4.11 ^{**}	
Ansiedad	0.70	0.04	0.56	16.20 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,649) = 1.09$
Peligro x sucesos totales	0.31	0.29	0.03	1.05	
Estándares inalcanzables	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 166.27^{**}$
Estándares inalcanzables	-0.01	0.30	0.00	-0.02	
Nº total de sucesos	1.29	0.30	0.13	4.31 ^{**}	
Ansiedad	0.78	0.04	0.62	19.97 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.04$
Estánd. x sucesos totales	0.42	0.29	0.04	1.43	
Fracaso	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.50, F(3,650) = 212.93^{**}$
Fracaso	2.59	0.30	0.26	8.77 ^{**}	
Nº total de sucesos	1.18	0.29	0.12	4.13 ^{**}	
Ansiedad	0.67	0.04	0.53	17.56 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,649) = 1.07$
Fracaso x sucesos totales	0.30	0.29	0.03	1.03	
Grandiosidad	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.45, F(3,650) = 179.52^{**}$
Grandiosidad	1.43	0.31	0.14	4.63 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.95	0.30	0.10	3.14 [*]	
Ansiedad	0.75	0.04	0.59	19.51 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.50$
Grandio. x sucesos totales	0.19	0.27	0.02	0.70	
Imperfección	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.48, F(3,650) = 203.51^{**}$
Imperfección	2.33	0.32	0.24	7.33 ^{**}	
Nº total de sucesos	1.07	0.29	0.11	3.71 ^{**}	
Ansiedad	0.67	0.04	0.53	17.01 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,649) = 1.35$
Imperf. x sucesos totales	0.34	0.29	0.03	1.16	
Inhibición emocional	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.45, F(3,650) = 178.14^{**}$
Inhibición emocional	1.31	0.30	0.13	4.41 ^{**}	
Nº total de sucesos	1.28	0.29	0.13	4.35 ^{**}	
Ansiedad	0.74	0.04	0.58	19.05 ^{**}	

Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.24$
Inhibición x sucesos totales	0.45	0.30	0.04	1.50	
Privación emocional	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.51, F(3,650) = 222.31^{**}$
Privación emocional	2.71	0.30	0.28	9.17**	
Nº total de sucesos	1.04	0.28	0.11	3.70**	
Ansiedad	0.68	0.04	0.53	18.02**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,649) = 1.79$
Privación x sucesos totales	0.40	0.30	0.04	1.34	
Autosacrificio	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,650) = 171.61^{**}$
Autosacrificio	0.90	0.31	0.09	2.96*	
Nº total de sucesos	1.25	0.30	0.13	4.11**	
Ansiedad	0.75	0.04	0.59	19.05**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.07$
Autosacr. x sucesos totales	0.43	0.30	0.04	1.44	
Subyugación	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.50, F(3,650) = 215.35^{**}$
Subyugación	2.85	0.32	0.29	8.86**	
Nº total de sucesos	0.94	0.29	0.09	3.20**	
Ansiedad	0.62	0.04	0.49	15.47**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.33$
Subyuga. x sucesos totales	0.19	0.31	0.02	0.58	
ONP	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.50, F(3,650) = 214.26^{**}$
ONP	3.02	0.33	0.31	9.24**	
Nº total de sucesos	1.47	0.28	0.15	5.15**	
Ansiedad	0.56	0.04	0.44	12.91**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,649) = 7.90^*$
ONP x sucesos totales	0.76	0.27	0.08	2.81*	
Sociotropía	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49, F(3,650) = 207.31^{**}$
Sociotropía	2.55	0.31	0.26	8.20**	
Nº total de sucesos	1.35	0.29	0.14	4.69**	
Ansiedad	0.63	0.04	0.49	15.38**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,649) = 3.78$
Sociotrop. x sucesos totales	0.58	0.30	0.06	1.94	

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Para ilustrar las interacciones Abandono x sucesos, Apego x sucesos, Abuso x sucesos y ONP x sucesos, se representa gráficamente la regresión de los síntomas de depresión según el estilo cognitivo y los sucesos totales. En consistencia con los procedimientos señalados por Aiken y West (1991), se han empleado los valores bajo (una desviación típica por debajo de la media) y alto (una desviación típica por encima de la media) para los sucesos y los esquemas. Tal y como representa la figura 5, a los estudiantes que puntuaban alto en el esquema de Abandono les afectaban más los sucesos estresantes en la puntuación en depresión que a los estudiantes que puntuaban bajo en Abandono. De la misma manera y tal y como se muestra en las figuras 6, 7 y 8, los estudiantes que puntuaban alto en los esquemas de Abuso, Apego y en la Orientación negativa a los problemas puntuaban más alto en depresión que aquellos que puntuaban bajo en esos esquemas cuando el nivel de sucesos estresantes era bajo y esta diferencia era aún mayor cuando el número de sucesos estresantes sufridos era alto.

Figura 5. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Abandono asociados a los síntomas de depresión en el T1

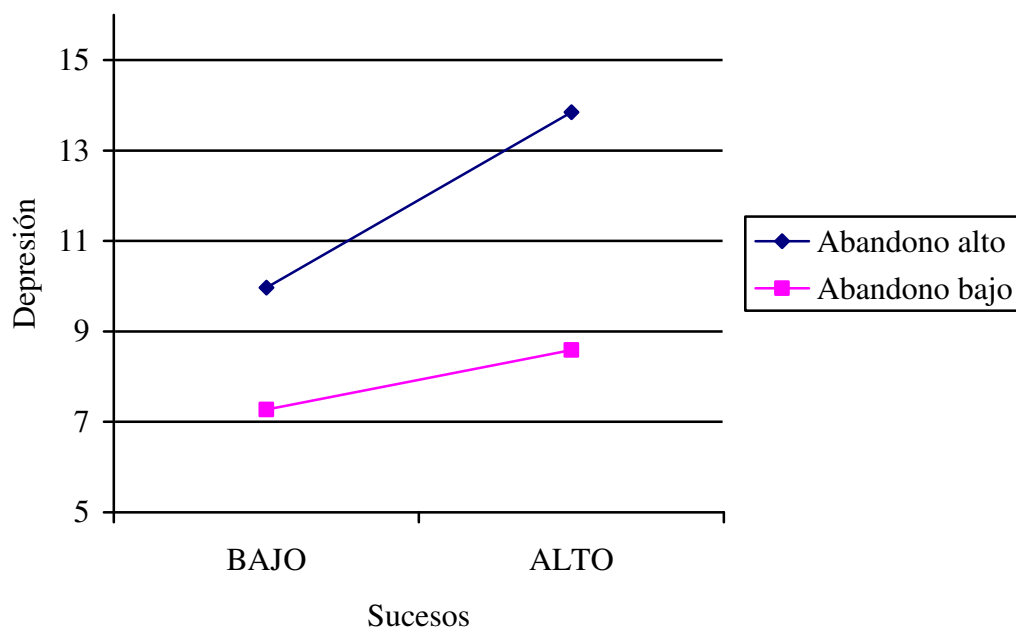


Figura 6. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Abuso asociados a los síntomas de depresión en el T1

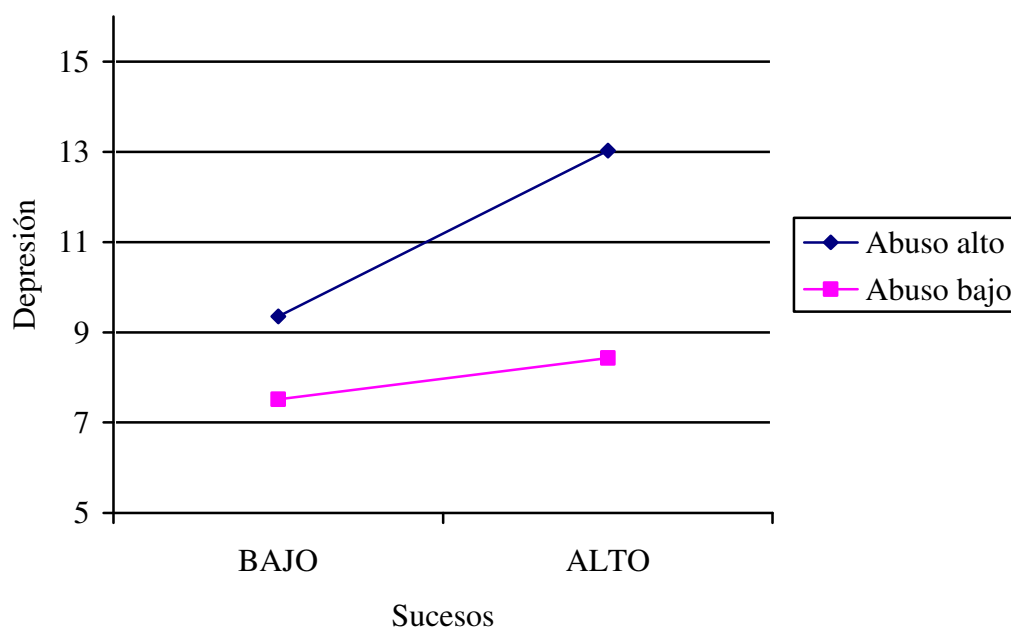


Figura 7. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Apego asociados a los síntomas de depresión en el T1

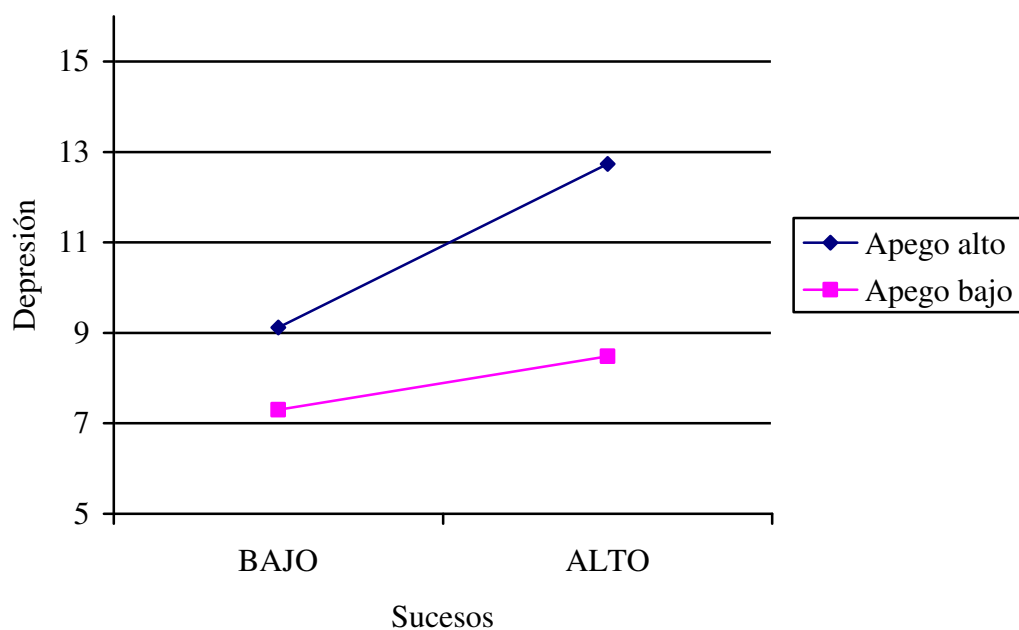
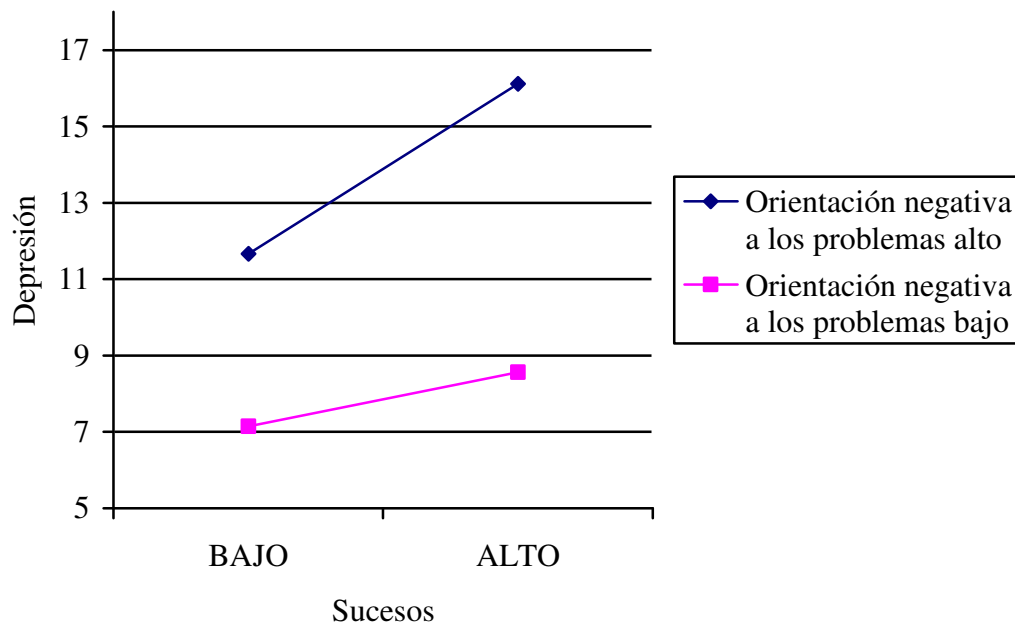


Figura 8. Sucesos estresantes sufridos y la ONP asociados a los síntomas de depresión en el T1



5.5.1.2. RESULTADOS LONGITUDINALES

Al igual que en el apartado anterior, se llevaron a cabo varias regresiones jerárquicas con las mismas variables predictoras, pero en esta ocasión para el aumento de los síntomas de depresión en el T2. Se introdujeron en un primer paso la ansiedad y la depresión del primer tiempo para controlar el solapamiento. En la tabla 28 se presentan los resultados. En este caso, excepto para Aislamiento, Fracaso, Orientación negativa a los problemas y Sociotropía, todas las demás interacciones fueron estadísticamente significativas indicando que la asociación entre sucesos estresantes y el aumento de los síntomas de depresión es diferente según la puntuación en los esquemas. Las interacciones significativas se representan gráficamente en las figuras 9-22. El efecto que se observa es el mismo en todas ellas. Cuando el esquema es alto, la asociación entre estresores y síntomas es mayor.

Tabla 28. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y los esquemas como predictores del aumento de los síntomas de depresión

Abandono	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.63	0.05	-0.77	-13.92**	
Ansiedad T1	0.11	0.06	0.10	1.90	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.08, \Delta F(2,368) = 24.59^{**}$
Abandono	1.36	0.38	0.17	3.57**	
Nº total de sucesos	2.27	0.34	0.28	6.62**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 10.42^{**}$
Abandono x sucesos totales	1.08	0.34	0.13	3.23**	
Abuso	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.62	0.05	-0.76	-13.75**	
Ansiedad T1	0.12	0.06	0.11	2.00*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.08, \Delta F(2,368) = 25.57^{**}$
Abuso	1.33	0.38	0.16	3.51**	
Nº total de sucesos	2.22	0.34	0.27	6.46**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 4.24^*$
Abuso x sucesos totales	0.73	0.36	0.08	2.06*	
Aislamiento	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.64	0.05	-0.78	-13.99**	
Ansiedad T1	0.12	0.06	0.12	2.10*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.09, \Delta F(2,368) = 26.58^{**}$
Aislamiento	1.27	0.38	0.16	3.38**	
Nº total de sucesos	2.42	0.35	0.30	6.98**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 10.06^*$
Aislam. x sucesos totales	1.20	0.38	0.13	3.17	
Apego	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.61	0.05	-0.74	-13.41**	
Ansiedad T1	0.14	0.06	0.14	2.49*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 20.82^{**}$
Apego	0.76	0.38	0.09	1.99*	
Nº total de sucesos	2.12	0.35	0.26	6.13**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 5.25^*$
Apego x sucesos totales	0.80	0.35	0.09	2.29*	
Autocontrol Insuficiente	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.62	0.05	-0.75	-13.22**	
Ansiedad T1	0.15	0.06	0.14	2.54*	

Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 20.52^{**}$
Autocontrol Insuficiente	0.72	0.37	0.09	1.94	
Nº total de sucesos	2.21	0.35	0.27	6.36 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 6.43^*$
Aut. insuf. x sucesos totales	0.81	0.32	0.10	2.54 [*]	
Dependencia	B	ET	B	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.63	0.05	-0.77	-13.53 ^{**}	
Ansiedad T1	0.13	0.06	0.12	2.28 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.08, \Delta F(2,368) = 24.12^{**}$
Dependencia	1.23	0.39	0.15	3.14 [*]	
Nº total de sucesos	2.18	0.34	0.27	6.34 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 4.27^*$
Depend. x sucesos totales	0.70	0.34	0.08	2.07 [*]	
Peligro					
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.60	0.04	-0.74	-13.57 ^{**}	
Ansiedad T1	0.11	0.06	0.11	1.88	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 22.14^{**}$
Peligro	0.93	0.39	0.11	2.42 [*]	
Nº total de sucesos	2.27	0.35	0.28	6.58 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 10.43^{**}$
Peligro x sucesos totales	1.12	0.35	0.13	3.23 ^{**}	
Estándares inalcanzables	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.04	-0.73	-13.37 ^{**}	
Ansiedad T1	0.15	0.06	0.14	2.69 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,368) = 18.88^{**}$
Estándares inalcanzables	0.46	0.34	0.06	1.36	
Nº total de sucesos	2.18	0.34	0.27	6.36 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 11.78^{**}$
Estánd. x sucesos totales	1.16	0.34	0.14	3.43 ^{**}	
Fracaso	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.63	0.05	-0.77	-13.65 ^{**}	
Ansiedad T1	0.13	0.06	0.13	2.34 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.08, \Delta F(2,368) = 24.76^{**}$
Fracaso	1.22	0.38	0.15	3.17 [*]	
Nº total de sucesos	2.11	0.34	0.26	6.15 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 3.76$
Fracaso x sucesos totales	0.69	0.36	0.08	1.94	

Grandiosidad	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.61	0.05	-0.75	-13.42 ^{**}	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.81 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 21.20^{**}$
Grandiosidad	0.78	0.36	0.09	2.16 [*]	
Nº total de sucesos	2.15	0.34	0.26	6.24 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 5.80^*$
Grandio. x sucesos totales	0.82	0.34	0.10	2.41 [*]	
Imperfección	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.63	0.04	-0.78	-14.24 ^{**}	
Ansiedad T1	0.12	0.06	0.11	2.16 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.10, \Delta F(2,368) = 30.04^{**}$
Imperfección	1.57	0.38	0.18	4.15 ^{**}	
Nº total de sucesos	2.38	0.34	0.29	7.03 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 13.40^{**}$
Imperf. x sucesos totales	1.44	0.39	0.15	3.66 ^{**}	
Inhibición emocional	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.58	0.05	-0.72	-12.98 ^{**}	
Ansiedad T1	0.13	0.06	0.12	2.18 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 20.47^{**}$
Inhibición emocional	0.70	0.36	0.08	1.93	
Nº total de sucesos	2.28	0.35	0.28	6.57 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 7.64^*$
Inhibición x sucesos totales	1.05	0.38	0.11	2.76 [*]	
Privación emocional	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.66	0.05	-0.81	-14.14 ^{**}	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.84 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.09, \Delta F(2,368) = 27.32^{**}$
Privación emocional	1.46	0.38	0.17	3.81 ^{**}	
Nº total de sucesos	2.38	0.34	0.29	6.94 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,367) = 9.36^*$
Privación x sucesos totales	1.15	0.38	0.13	3.06 [*]	

Autosacrificio	B	ET	B	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.60	0.05	-0.74	-13.38 ^{**}	
Ansiedad T1	0.14	0.06	0.13	2.52 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 20.62^{**}$
Autosacrificio	0.71	0.36	0.09	2.01 [*]	
Nº total de sucesos	2.20	0.35	0.27	6.37 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 8.02^*$
Autosacr. x sucesos totales	0.94	0.33	0.12	2.83 [*]	
Subyugación	B	ET	B	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.68	0.05	-0.84	-14.36 ^{**}	
Ansiedad T1	0.13	0.06	0.12	2.25 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.10, \Delta F(2,368) = 32.78^{**}$
Subyugación	1.90	0.42	0.23	4.56 ^{**}	
Nº total de sucesos	2.26	0.34	0.28	6.70 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 8.44^*$
Subyuga. x sucesos totales	1.04	0.36	0.12	2.91 [*]	
ONP	B	ET	B	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.64	0.05	-0.78	-13.88 ^{**}	
Ansiedad T1	0.08	0.06	0.07	1.30	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.09, \Delta F(2,368) = 27.37^{**}$
ONP	1.68	0.41	0.21	4.07 ^{**}	
Nº total de sucesos	2.16	0.34	0.27	6.30 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,367) = 1.53$
ONP x sucesos totales	0.42	0.34	0.05	1.24	
Sociotropía	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 84.09^{**}$
Depresión T1	-0.64	0.05	-0.79	-13.64 ^{**}	
Ansiedad T1	0.12	0.06	0.11	2.11 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.08, \Delta F(2,368) = 24.88^{**}$
Sociotropía	1.29	0.39	0.16	3.35 ^{**}	
Nº total de sucesos	2.20	0.35	0.27	6.38 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,367) = 2.26$
Sociotrop. x sucesos totales	0.48	0.32	0.06	1.51	

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Figura 9. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Abandono como predictores del aumento de la depresión en el T2

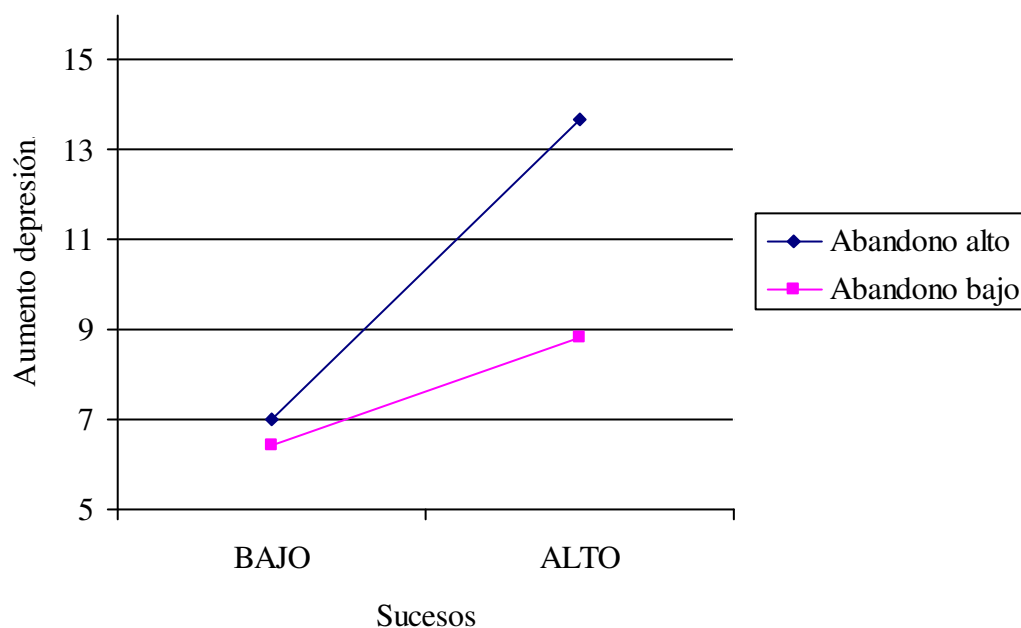


Figura 10. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Abuso como predictores del aumento de la depresión en el T2

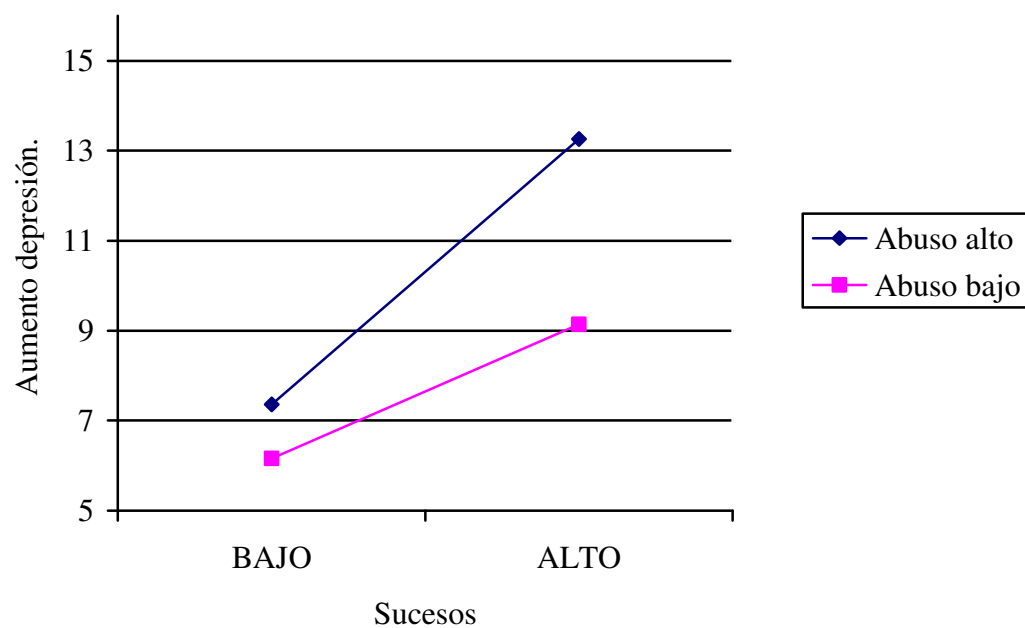


Figura 11. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Aislamiento como predictores del aumento de la depresión en el T2

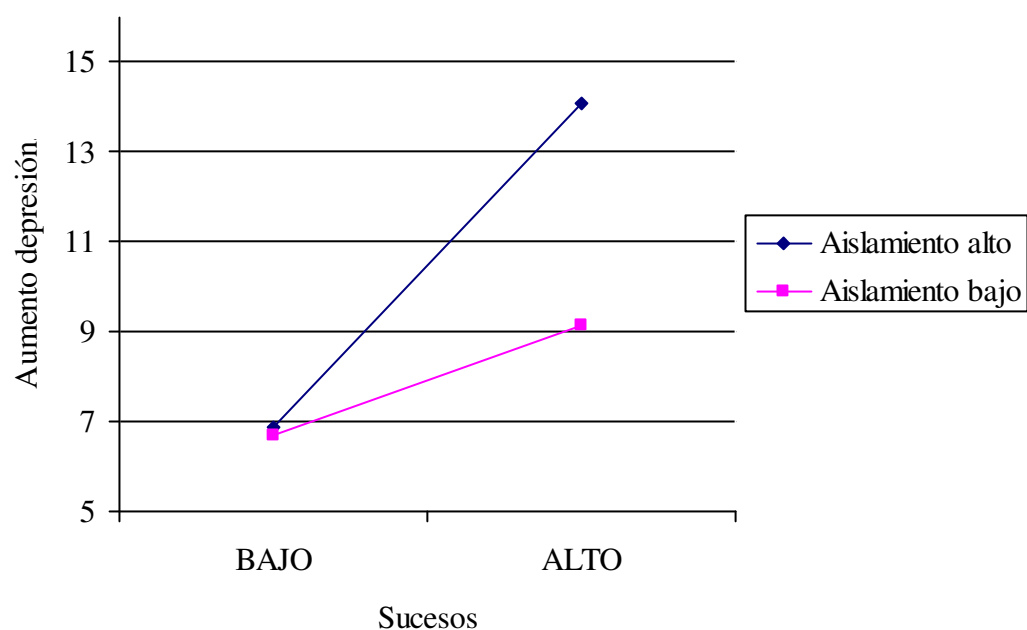


Figura 12. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Apego como predictores del aumento de la depresión en el T2

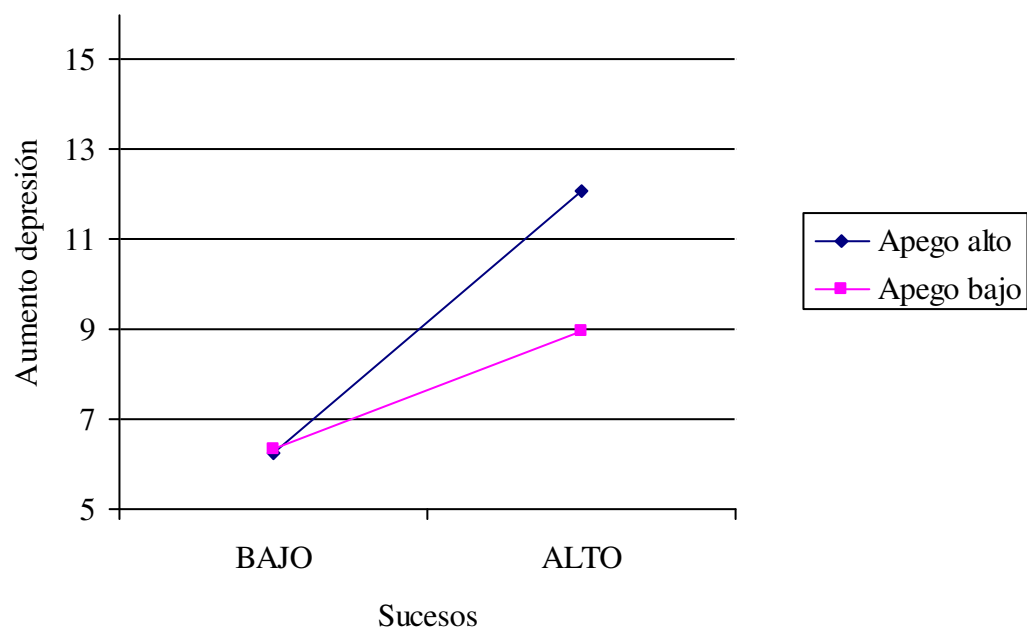


Figura 13. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Autocontrol insuficiente como predictores del aumento de la depresión en el T2

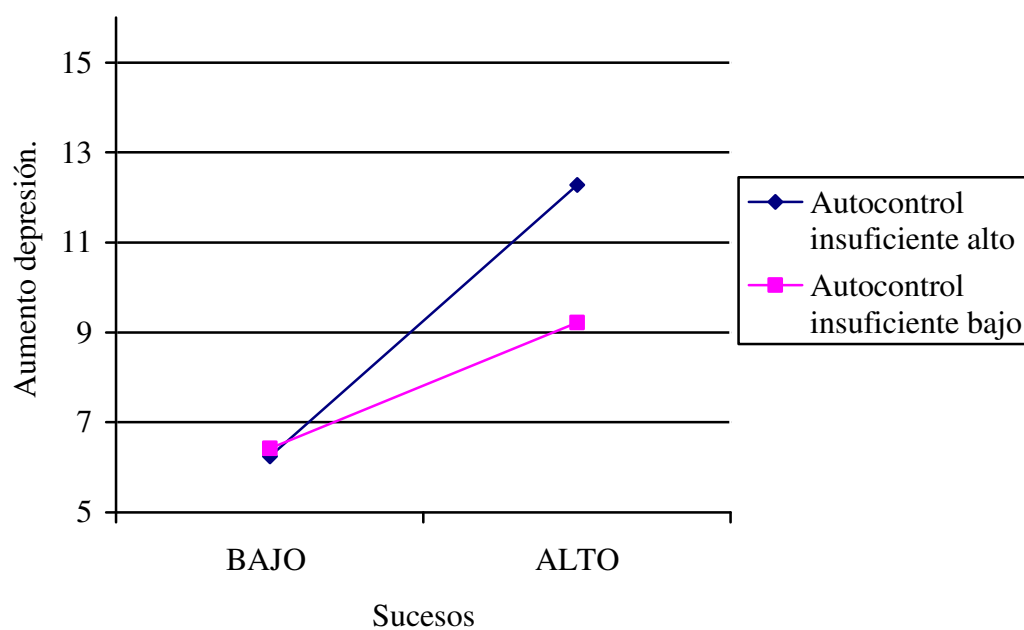


Figura 15. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Dependencia como predictores del aumento de la depresión en el T2

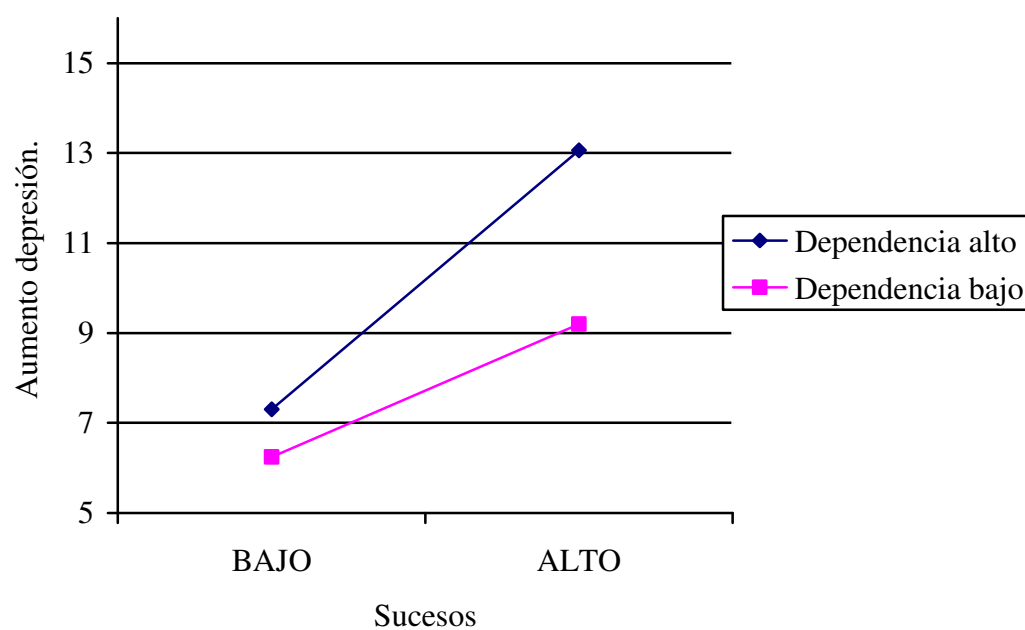


Figura 15. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Estándares inalcanzables como predictores del aumento de la depresión en el T2

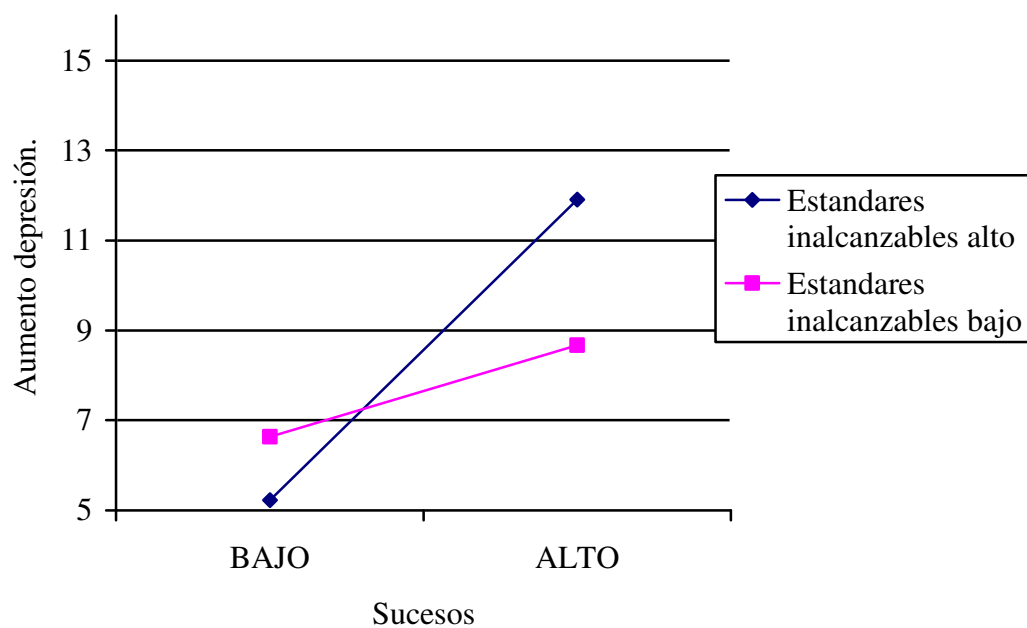


Figura 16. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Grandiosidad como predictores del aumento de la depresión en el T2

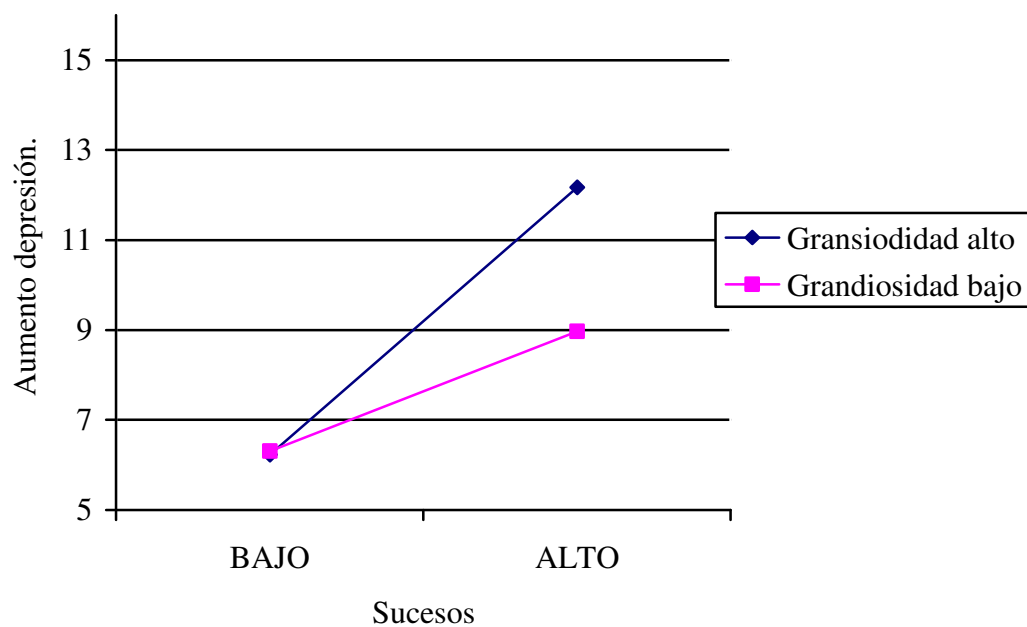


Figura 17. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Imperfección como predictores del aumento de la depresión en el T2

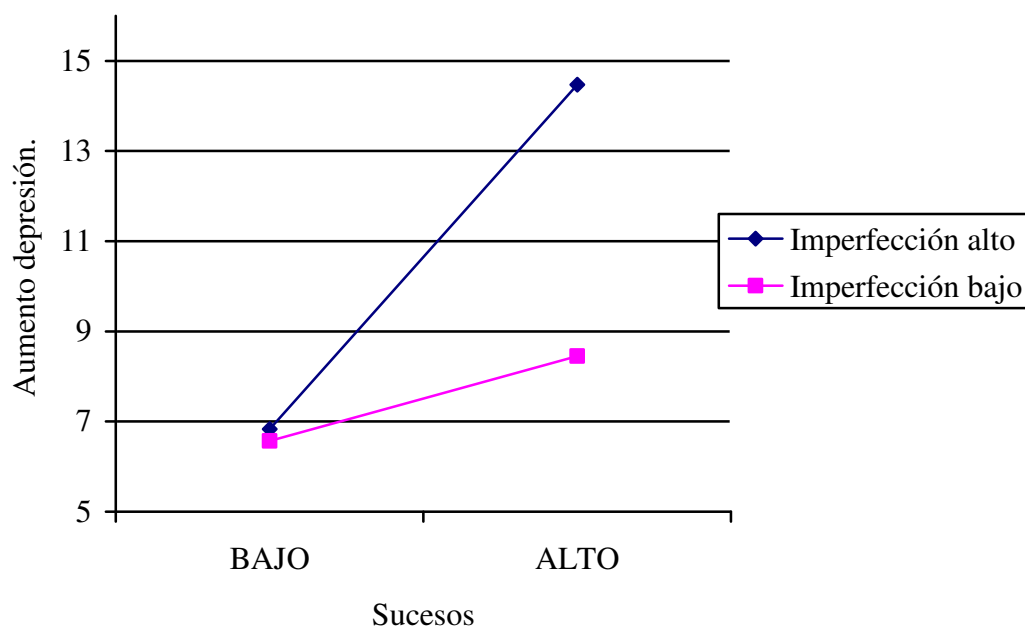


Figura 18. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Inhibición emocional como predictores del aumento de la depresión en el T2

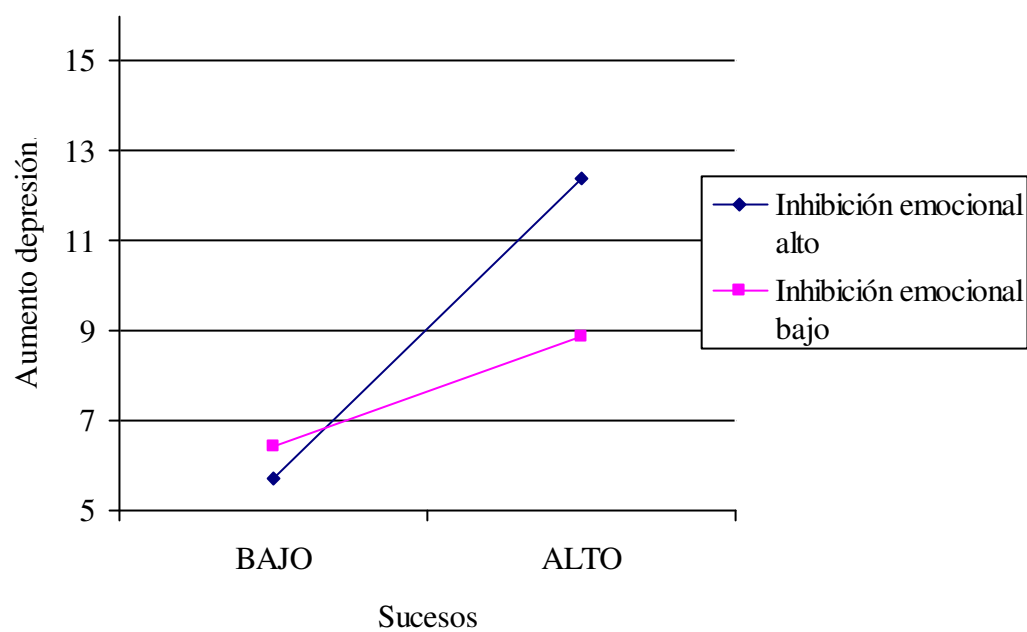


Figura 19. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Vulnerabilidad al peligro como predictores del aumento de la depresión en el T2

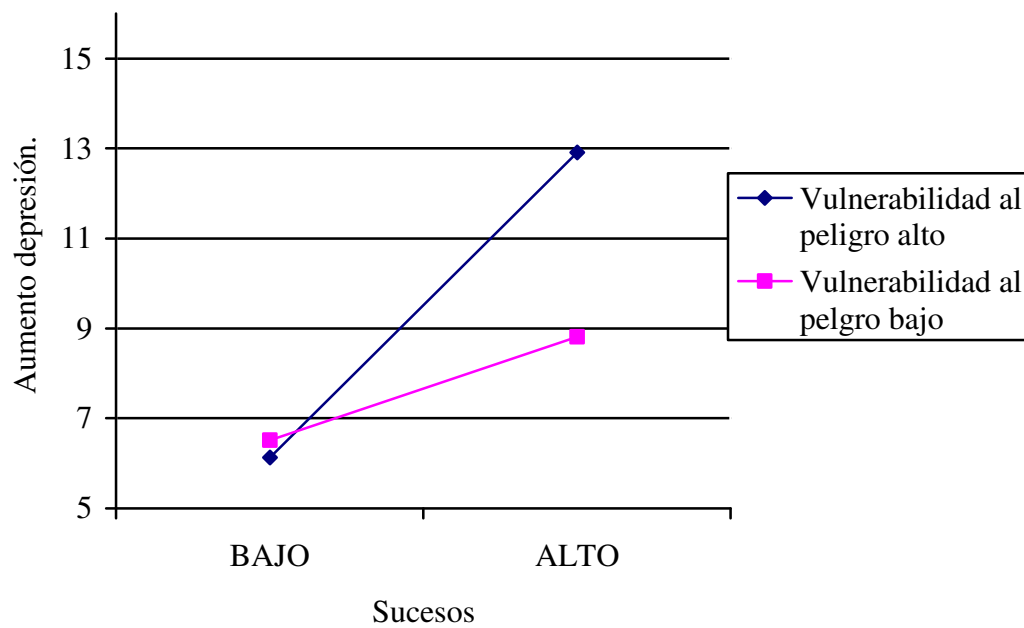


Figura 20. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Privación emocional como predictores del aumento de la depresión en el T2

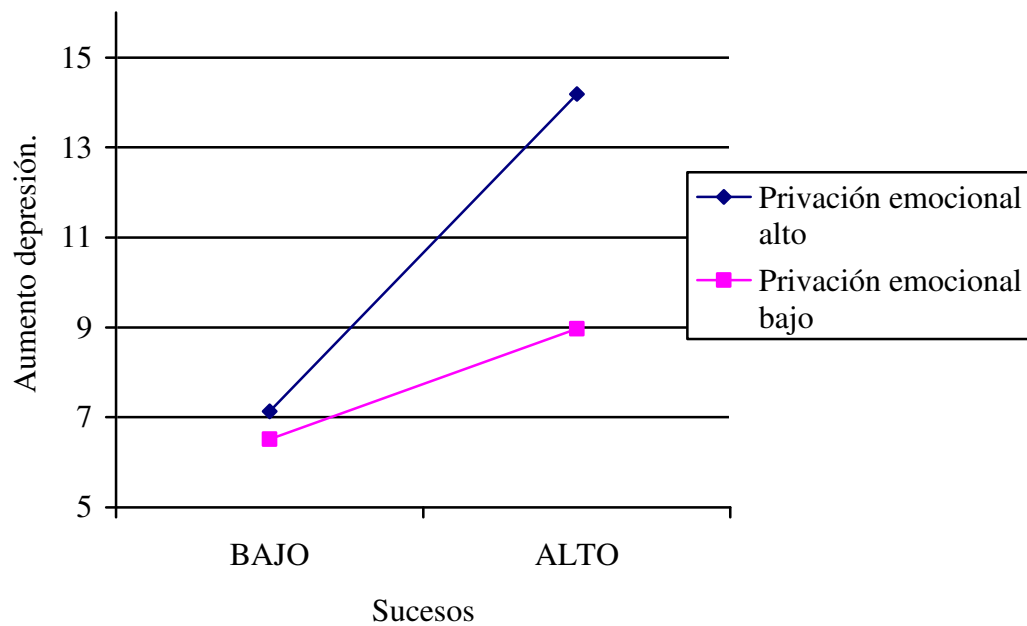


Figura 21. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Autosacrificio como predictores del aumento de la depresión en el T2

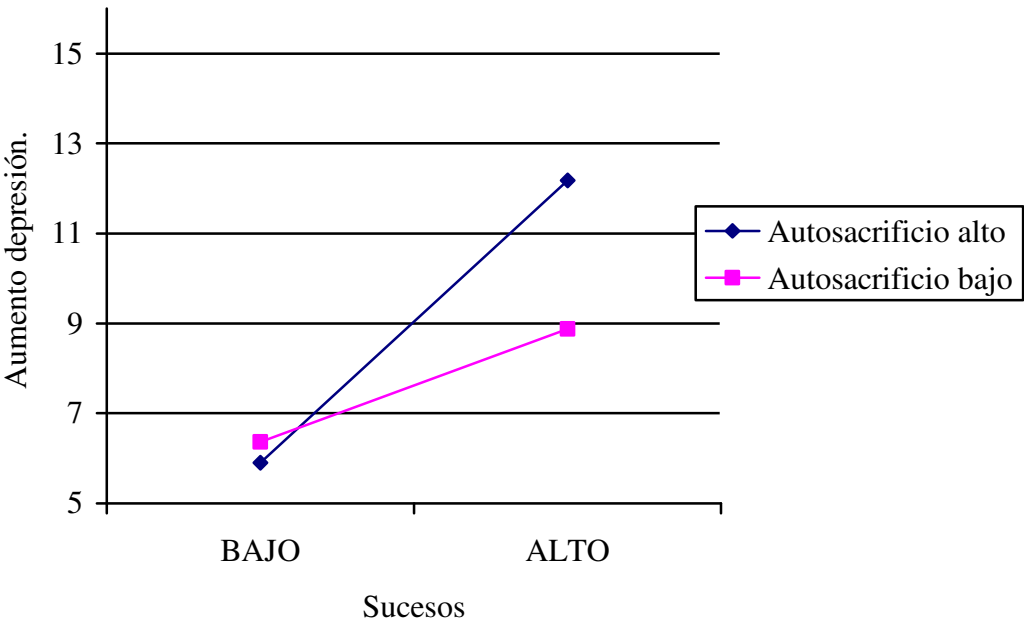
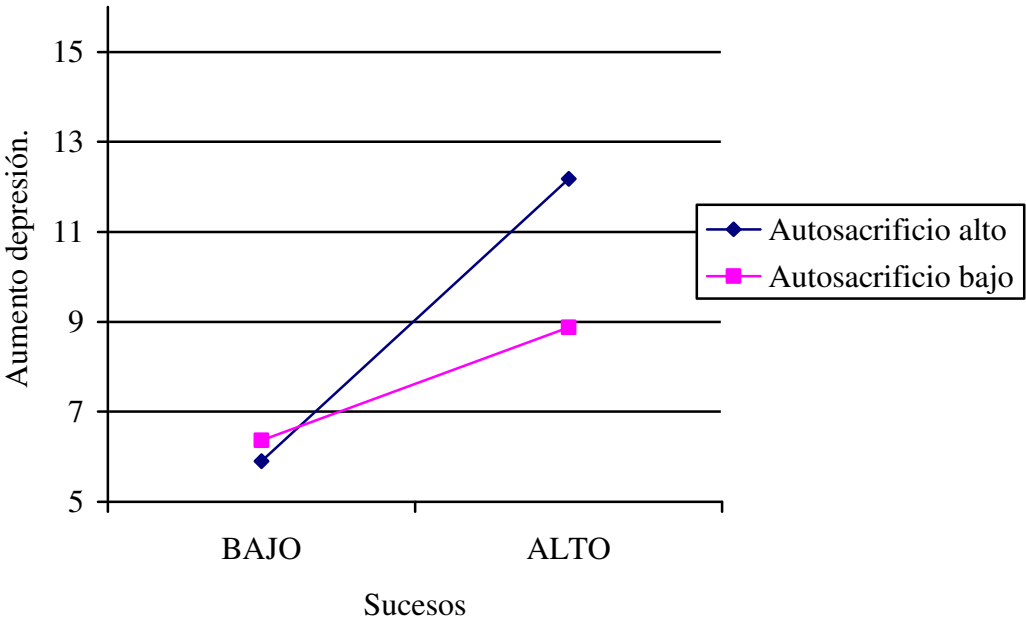


Figura 22. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Subyugación como predictores del aumento de la depresión en el T2



5.5.2. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

5.5.2.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

Para estudiar el posible papel moderador de los esquemas cognitivos en la relación entre los sucesos estresantes y la ansiedad se llevaron a cabo una serie de regresiones jerárquicas como en el apartado anterior, introduciendo como variables predictoras los distintos esquemas cognitivos y los sucesos estresantes en el primer paso y la interacción entre ambas en el segundo. En la tabla 29 se resumen los resultados de estas regresiones. En este caso únicamente la interacción Dependencia x sucesos resultó significativa. De esta forma, cuando el esquema de Dependencia es alto, la asociación entre estresores y síntomas es mayor.

Tabla 29. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y los esquemas cognitivos asociados a los síntomas de ansiedad

Abandono	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.46, F(3,650) = 186.33^{**}$
Abandono	1.83	0.26	0.24	7.16**	
Nº total de sucesos	0.30	0.24	0.04	1.25	
Depresión	0.41	0.03	0.52	15.54**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.03$
Abandono x sucesos totales	0.04	0.23	0.01	0.16	
Abuso	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.45, F(3,650) = 177.97^{**}$
Abuso	1.53	0.26	0.20	5.98**	
Nº total de sucesos	0.22	0.24	0.03	0.91	
Depresión	0.44	0.03	0.55	16.68**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.17$
Abuso x sucesos totales	0.09	0.23	0.01	0.42	
Aislamiento	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 162.60^{**}$
Aislamiento	0.76	0.27	0.10	2.80*	
Nº total de sucesos	0.31	0.24	0.04	1.28	
Depresión	0.46	0.03	0.58	16.96**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,649) = 1.40$
Aislam. x sucesos totales	0.29	0.24	0.04	1.18	

Apego	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,650) = 168.32^{**}$
Apego	1.11	0.25	0.14	4.45**	
Nº total de sucesos	0.28	0.24	0.04	1.15	
Depresión	0.46	0.03	0.58	17.66**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.03$
Apego x sucesos totales	0.04	0.23	0.01	0.16	
Autocontrol Insuficiente	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 164.44^{**}$
Autocontrol Insuficiente	0.94	0.26	0.12	3.66**	
Nº total de sucesos	0.37	0.24	0.05	1.52	
Depresión	0.46	0.03	0.58	17.14**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.06$
Aut. insuf. x sucesos totales	0.35	0.24	0.04	1.44	
Dependencia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 164.98^{**}$
Dependencia	0.93	0.26	0.12	3.56**	
Nº total de sucesos	0.46	0.24	0.06	1.89	
Depresión	0.45	0.03	0.57	16.32**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,649) = 5.21^*$
Depend. x sucesos totales	0.58	0.26	0.07	2.28*	
Peligro					
Paso 1					$R^2 = 0.48, F(3,650) = 201.95^{**}$
Peligro	2.15	0.25	0.28	8.75**	
Nº total de sucesos	0.21	0.23	0.03	0.92	
Depresión	0.41	0.03	0.52	16.20**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.34$
Peligro x sucesos totales	0.13	0.22	0.02	0.58	
Estándares inalcanzables	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,650) = 168.10^{**}$
Estándares inalcanzables	1.04	0.23	0.13	4.42**	
Nº total de sucesos	0.27	0.24	0.03	1.13	
Depresión	0.49	0.02	0.62	19.97**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.01$
Estánd. x sucesos totales	0.03	0.23	0.00	0.11	
Fracaso	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>t</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,650) = 158.08^{**}$
Fracaso	0.35	0.26	0.04	1.32	
Nº total de sucesos	0.41	0.24	0.05	1.70	
Depresión	0.48	0.03	0.61	17.56**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,649) = 3.16$
Fracaso x sucesos totales	0.43	0.25	0.05	1.78	

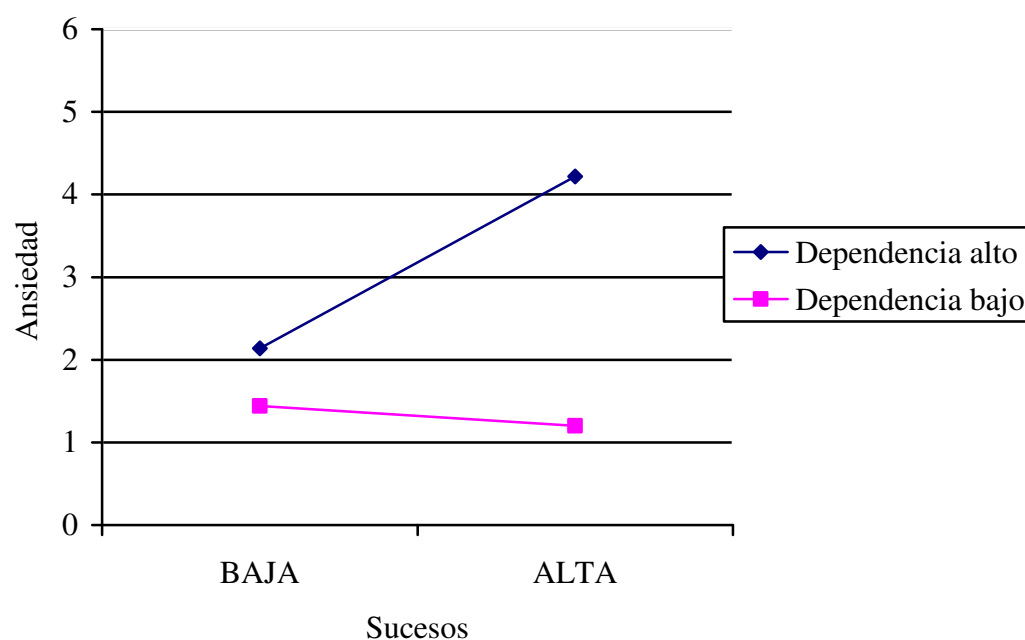
Grandiosidad	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,650) = 157.55^{**}$
Grandiosidad	0.28	0.25	0.04	1.11	
Nº total de sucesos	0.29	0.25	0.04	1.17	
Depresión	0.49	0.03	0.63	19.51 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.04$
Grandio. x sucesos totales	-0.04	0.22	-0.01	-0.19	
Imperfección	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 163.14^{**}$
Imperfección	0.89	0.27	0.11	3.27 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.29	0.24	0.04	1.20	
Depresión	0.46	0.03	0.59	17.01 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.08$
Imperf. x sucesos totales	-0.07	0.24	-0.01	-0.28	
Inhibición emocional	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,650) = 159.70^{**}$
Inhibición emocional	0.54	0.24	0.07	2.22 [*]	
Nº total de sucesos	0.36	0.24	0.05	1.48	
Depresión	0.49	0.03	0.61	19.05 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.01$
Inhibición x sucesos totales	0.03	0.24	0.00	0.12	
Privación emocional	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,650) = 156.89^{**}$
Privación emocional	-0.03	0.27	0.00	-0.09	
Nº total de sucesos	0.39	0.24	0.05	1.61	
Depresión	0.49	0.03	0.63	18.02 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.37$
Privación x sucesos totales	0.39	0.26	0.05	1.54	
Autosacrificio	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,650) = 163.55^{**}$
Autosacrificio	0.82	0.24	0.11	3.39 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.29	0.25	0.04	1.17	
Depresión	0.48	0.03	0.61	19.05 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.47$
Autosacr. x sucesos totales	0.16	0.24	0.02	0.68	
Subyugación	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,650) = 168.79^{**}$
Subyugación	1.17	0.28	0.15	4.18 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.33	0.25	0.04	1.35	
Depresión	0.43	0.03	0.55	15.47 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,649) = 2.97$
Subyuga. x sucesos totales	0.44	0.26	0.05	1.72	

ONP	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47, F(3,650) = 194.90^{**}$
ONP	2.21	0.27	0.29	8.24**	
Nº total de sucesos	0.52	0.23	0.07	2.21*	
Depresión	0.37	0.03	0.47	12.91**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,649) = 2.07$
ONP x sucesos totales	0.32	0.22	0.04	1.44	
Sociotropía	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,650) = 172.83^{**}$
Sociotropía	1.38	0.26	0.18	5.23**	
Nº total de sucesos	0.41	0.24	0.05	1.72	
Depresión	0.43	0.03	0.54	15.38**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,649) = 0.45$
Sociotrop. x sucesos totales	0.16	0.25	0.02	0.67	

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Figura 23. Sucesos estresantes sufridos y esquema de Dependencia asociados a los síntomas de ansiedad



5.5.2.2. RESULTADOS LONGITUDINALES

Los resultados de las regresiones jerárquicas realizadas para comprobar la posible moderación de los esquemas cognitivos en la relación entre los sucesos estresantes vividos y el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2 se presentan en la tabla 30. En esta ocasión los esquemas de Apego, Dependencia, Peligro, Estándares inalcanzables, Privación emocional, Autosacrificio y Subyugación resultaron ser moderadores significativos. Tal y como se puede ver en las representaciones gráficas de estas moderaciones (figuras 25-30), el efecto moderador de los esquemas fue el mismo en todos los casos. Cuando la puntuación en el esquema es alta, la asociación entre estresores y síntomas es mayor.

Tabla 30. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y los esquemas cognitivos como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad

Abandono	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.66	0.05	-0.68	-12.19**	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.46	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, F(2,368) = 15.43^{**}$
Abandono	0.91	0.36	0.13	2.56*	
Nº total de sucesos	1.67	0.32	0.23	5.20**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 3.58$
Abandono x sucesos totales	0.59	0.31	0.08	1.89	
Abuso	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.67	0.05	-0.70	-12.65**	
Depresión T1	0.05	0.04	0.07	1.27	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,368) = 20.23^{**}$
Abuso	1.33	0.35	0.18	3.80**	
Nº total de sucesos	1.65	0.32	0.23	5.23**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,367) = 1.69$
Abuso x sucesos totales	0.42	0.33	0.05	1.30	

Aislamiento	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.68	-12.26 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.41	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 14.70^{**}$
Aislamiento	0.66	0.35	0.09	1.87	
Nº total de sucesos	1.74	0.33	0.24	5.35 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 3.16$
Aislam. x sucesos totales	0.63	0.36	0.08	1.78	
Apego	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.68	-12.30 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.45	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,368) = 17.60^{**}$
Apego	1.07	0.35	0.14	3.07*	
Nº total de sucesos	1.57	0.32	0.21	4.96 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 4.99^*$
Apego x sucesos totales	0.71	0.32	0.09	2.23*	
Autocontrol Insuficiente	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.66	-11.91 ^{**}	
Depresión T1	0.08	0.04	0.11	1.91	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,368) = 12.28^{**}$
Autocontrol Insuficiente	0.11	0.34	0.01	0.31	
Nº total de sucesos	1.64	0.32	0.22	5.07 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,367) = 1.87$
Aut. insuf. x sucesos totales	0.40	0.30	0.06	1.37	
Dependencia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.67	-12.33 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.34	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 14.81^{**}$
Dependencia	0.76	0.36	0.10	2.10*	
Nº total de sucesos	1.65	0.32	0.23	5.23 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 7.42^*$
Depend. x sucesos totales	0.86	0.31	0.11	2.73*	

Peligro					
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.68	0.06	-0.71	-12.28 ^{**}	
Depresión T1	0.07	0.04	0.10	1.78	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,368) = 17.08^{**}$
Peligro	1.03	0.36	0.14	2.88 [*]	
Nº total de sucesos	1.67	0.32	0.23	5.23 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 4.47^{**}$
Peligro x sucesos totales	0.67	0.32	0.09	2.11 [*]	
Estándares inalcanzables	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.67	-12.16 ^{**}	
Depresión T1	0.08	0.04	0.11	1.92	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 14.53^{**}$
Estándares inalcanzables	0.75	0.31	0.10	2.42 [*]	
Nº total de sucesos	1.64	0.32	0.22	5.19 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 7.54^{*}$
Estánd. x sucesos totales	0.86	0.31	0.12	2.75 [*]	
Fracaso	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.66	-11.89 ^{**}	
Depresión T1	0.08	0.04	0.11	1.93	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,368) = 12.39^{**}$
Fracaso	0.18	0.36	0.02	0.51	
Nº total de sucesos	1.59	0.32	0.22	4.93 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,367) = 0.25$
Fracaso x sucesos totales	0.17	0.33	0.02	0.50	
Grandiosidad	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.66	-12.02 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.47	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 15.63^{**}$
Grandiosidad	0.84	0.34	0.11	2.49 [*]	
Nº total de sucesos	1.58	0.32	0.22	4.98 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,367) = 0.56$
Grandio. x sucesos totales	0.24	0.32	0.03	0.75	

Imperfección	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.67	-12.05 ^{**}	
Depresión T1	0.07	0.04	0.10	1.75	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 13.49^{**}$
Imperfección	0.47	0.36	0.06	1.31	
Nº total de sucesos	1.69	0.32	0.23	5.24 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 2.95$
Imperf. x sucesos totales	0.64	0.38	0.07	1.72	
Inhibición emocional	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.66	-11.87 ^{**}	
Depresión T1	0.09	0.04	0.12	2.12 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,368) = 12.36^{**}$
Inhibición emocional	0.17	0.34	0.02	0.50	
Nº total de sucesos	1.61	0.32	0.22	4.98 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,367) = 0.18$
Inhibición x sucesos totales	0.15	0.36	0.02	0.42	
Privación emocional	B	ET	β	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.99 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.32	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 13.55^{**}$
Privación emocional	0.49	0.36	0.06	1.37	
Nº total de sucesos	1.76	0.32	0.24	5.48 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 7.19^*$
Privación x sucesos totales	0.95	0.35	0.11	2.68 [*]	
Autosacrificio	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.66	-12.14 ^{**}	
Depresión T1	0.08	0.04	0.10	1.84	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 13.18^{**}$
Autosacrificio	0.44	0.33	0.06	1.33	
Nº total de sucesos	1.66	0.32	0.23	5.19 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 6.04^*$
Autosacr. x sucesos totales	0.75	0.31	0.10	2.46 [*]	

Subyugación	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.67	-12.26 ^{**}	
Depresión T1	0.05	0.05	0.07	1.16	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 14.66^{**}$
Subyugación	0.65	0.39	0.09	1.65	
Nº total de sucesos	1.72	0.32	0.24	5.37 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,367) = 6.95^*$
Subyuga. x sucesos totales	0.89	0.34	0.11	2.64 [*]	
ONP	B	ET	B	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.67	0.06	-0.70	-12.10 ^{**}	
Depresión T1	0.05	0.04	0.07	1.27	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.09, \Delta F(2,368) = 15.36^{**}$
ONP	0.95	0.39	0.13	2.46 [*]	
Nº total de sucesos	1.63	0.32	0.22	5.11 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,367) = 2.06$
ONP x sucesos totales	0.45	0.31	0.06	1.44	
Sociotropía	B	ET	B	t	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.69^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.67	-11.98 ^{**}	
Depresión T1	0.06	0.04	0.08	1.32	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,368) = 14.02^{**}$
Sociotropía	0.63	0.36	0.09	1.77	
Nº total de sucesos	1.64	0.32	0.22	5.12 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,367) = 1.65$
Sociotrop. X suc totales	0.38	0.30	0.06	1.29	

* $p < .05$; ** $p < .001$

ONP = Orientación negativa a los problemas

Figura 24. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Apego como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

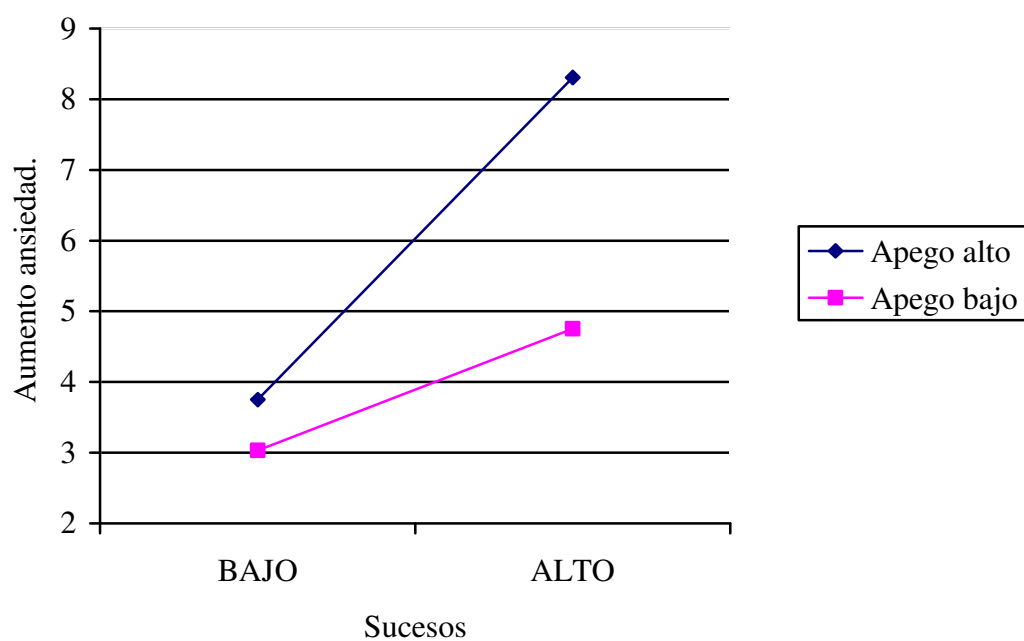


Figura 25. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Dependencia como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

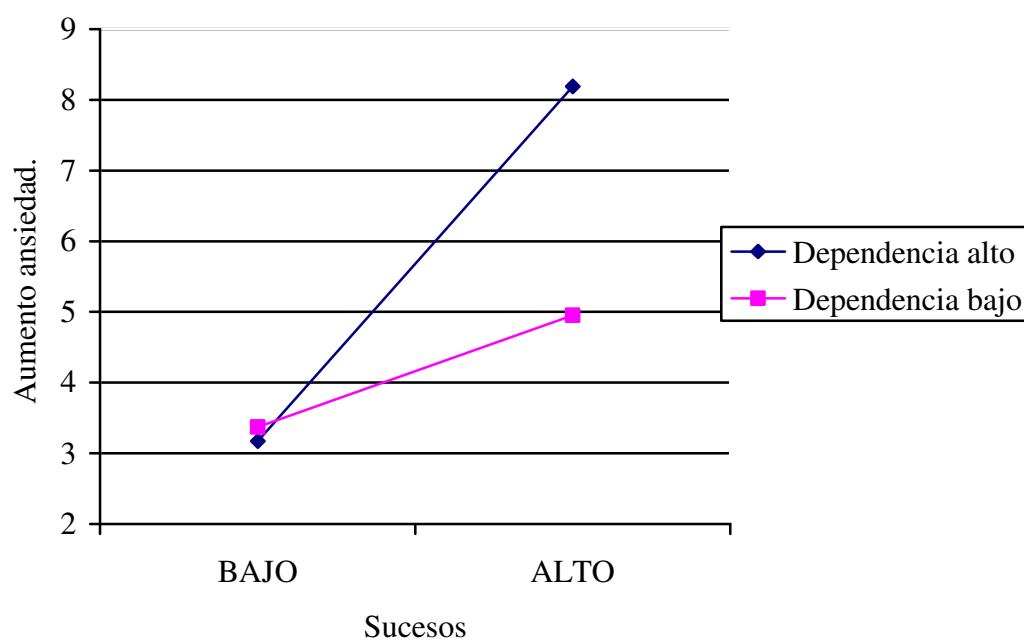


Figura 26. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Estándares inalcanzables como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

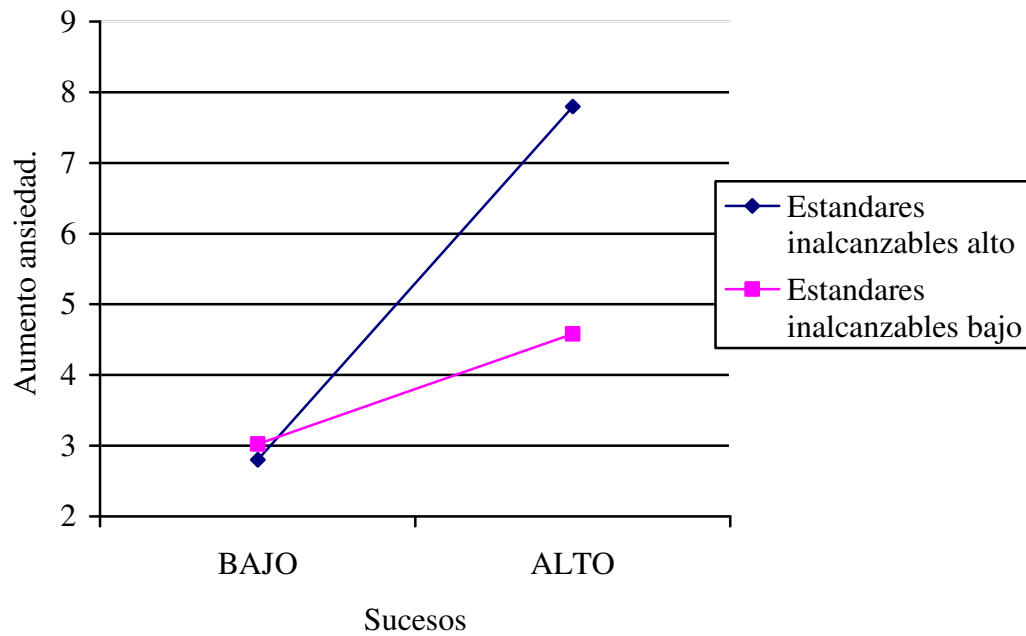


Figura 27. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Vulnerabilidad al peligro como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

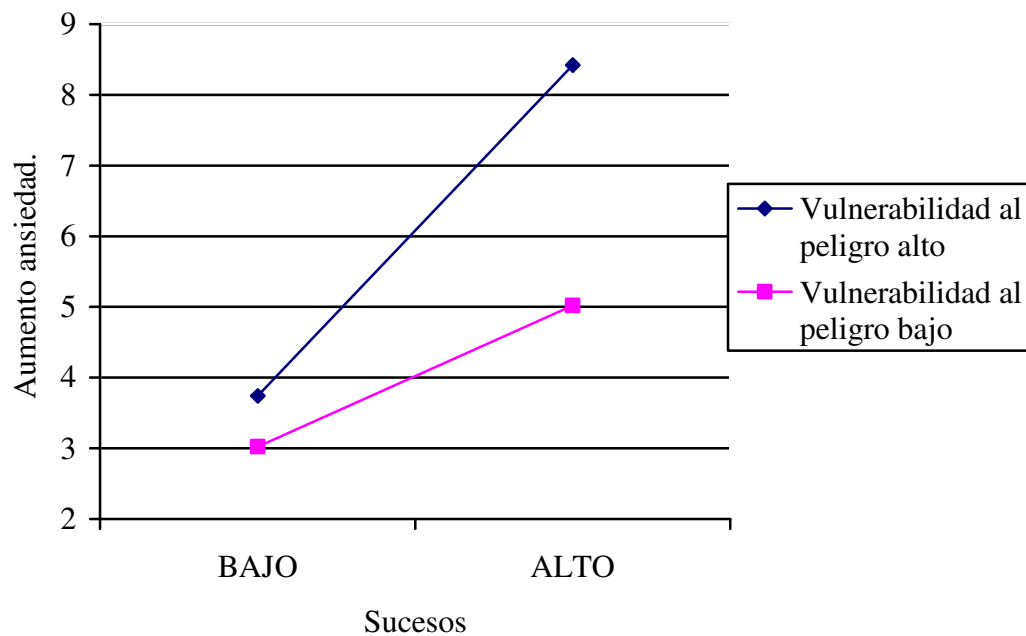


Figura 28. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Privación emocional como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

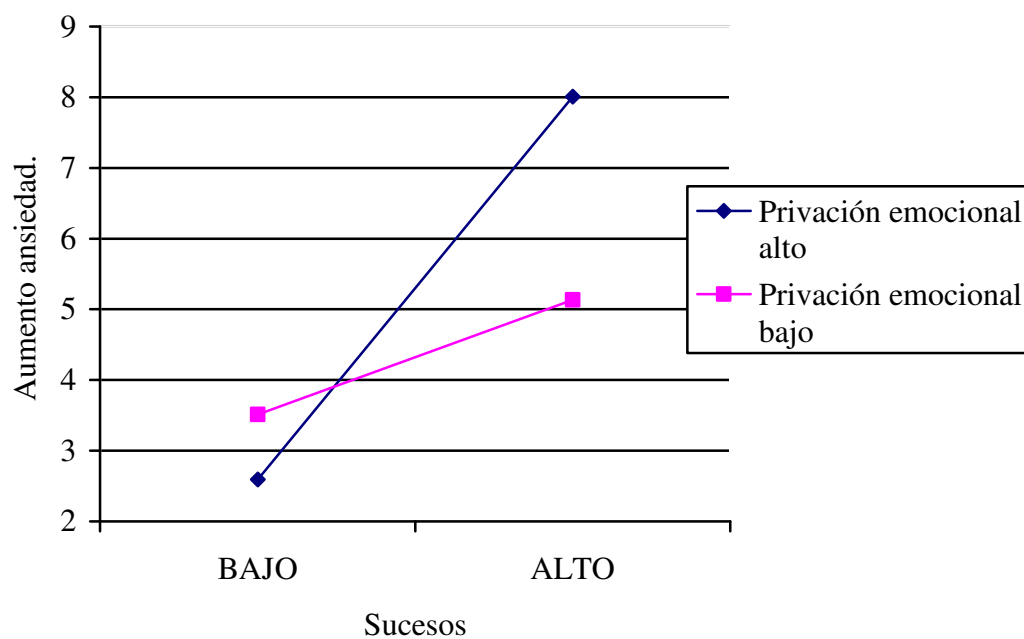


Figura 29. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Autosacrificio como predictores del aumento de la ansiedad en el T2

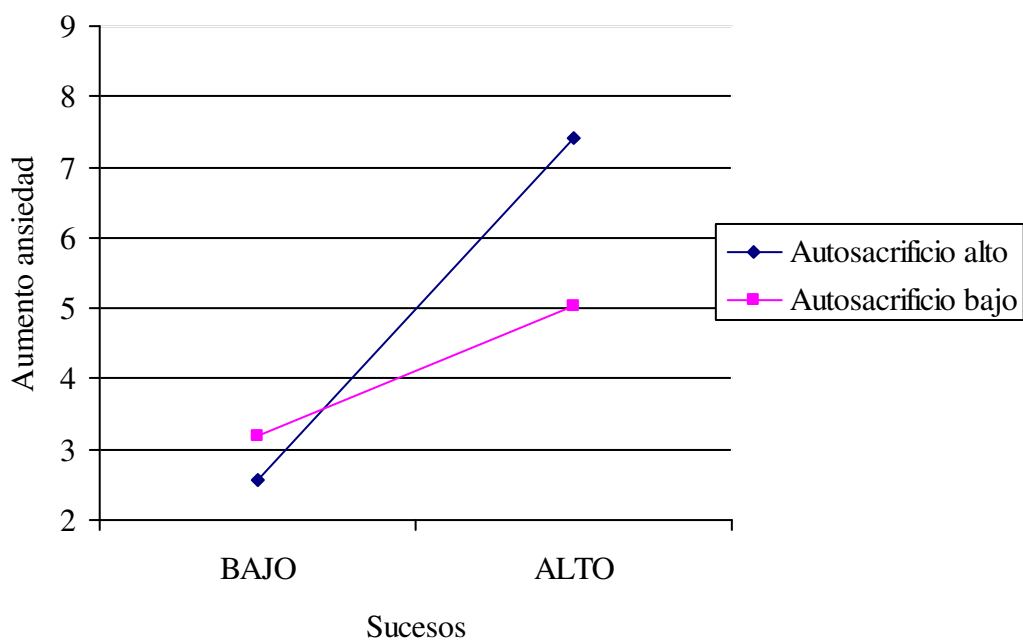
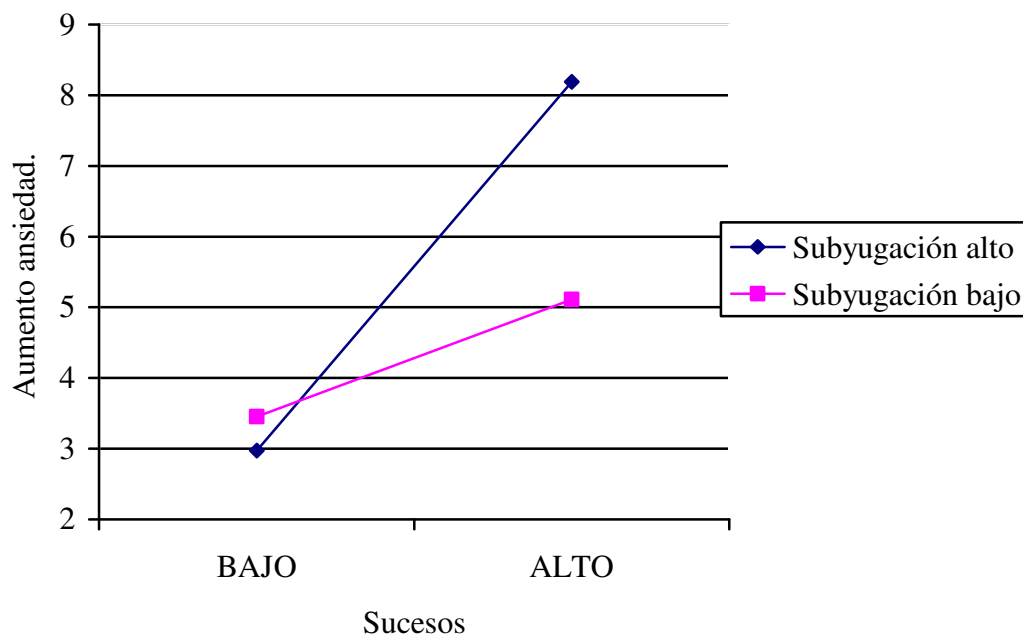


Figura 30. Sucesos estresantes sufridos y el esquema de Subyugación como predictores del aumento de la ansiedad en el T2



5.6. MEDIACIÓN DEL AFRONTAMIENTO ENTRE LAS VARIABLES COGNITIVAS Y LOS SÍNTOMAS

Para comprobar la hipótesis de que la relación entre las variables cognitivas y los síntomas psicológicos (depresión y ansiedad) estaba mediada por las conductas de afrontamiento se siguió el procedimiento recomendado por varios autores (Baron y Kenny, 1986; Frazier et al., 2004). En un primer paso, la variable cognitiva debe estar significativamente asociada a los síntomas psicológicos. En un segundo paso, la variable cognitiva debe estar asociada significativamente con las potenciales variables mediadoras. En el tercer paso, las conductas de afrontamiento deben asociarse con los síntomas psicológicos cuando los efectos de las variables cognitivas están controlados. En este estudio el tercer paso se basó en un análisis de mediación múltiple y no de mediación simple porque los efectos significativos de un mediador en el análisis de mediación simple pueden estar explicados por otros mediadores del modelo (MacKinnon et al., 2001). El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre las variables cognitivas y la sintomatología se reduce significativamente cuando los mediadores se añaden al modelo. Si la mediación es

perfecta, el efecto de las variables cognitivas será nulo, mostrando que las estrategias de afrontamiento median completamente la relación. Si la asociación entre las variables cognitivas y los síntomas psicológicos permanece significativa, las estrategias de afrontamiento son consideradas mediadores parciales.

5.6.1. TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

5.6.1.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

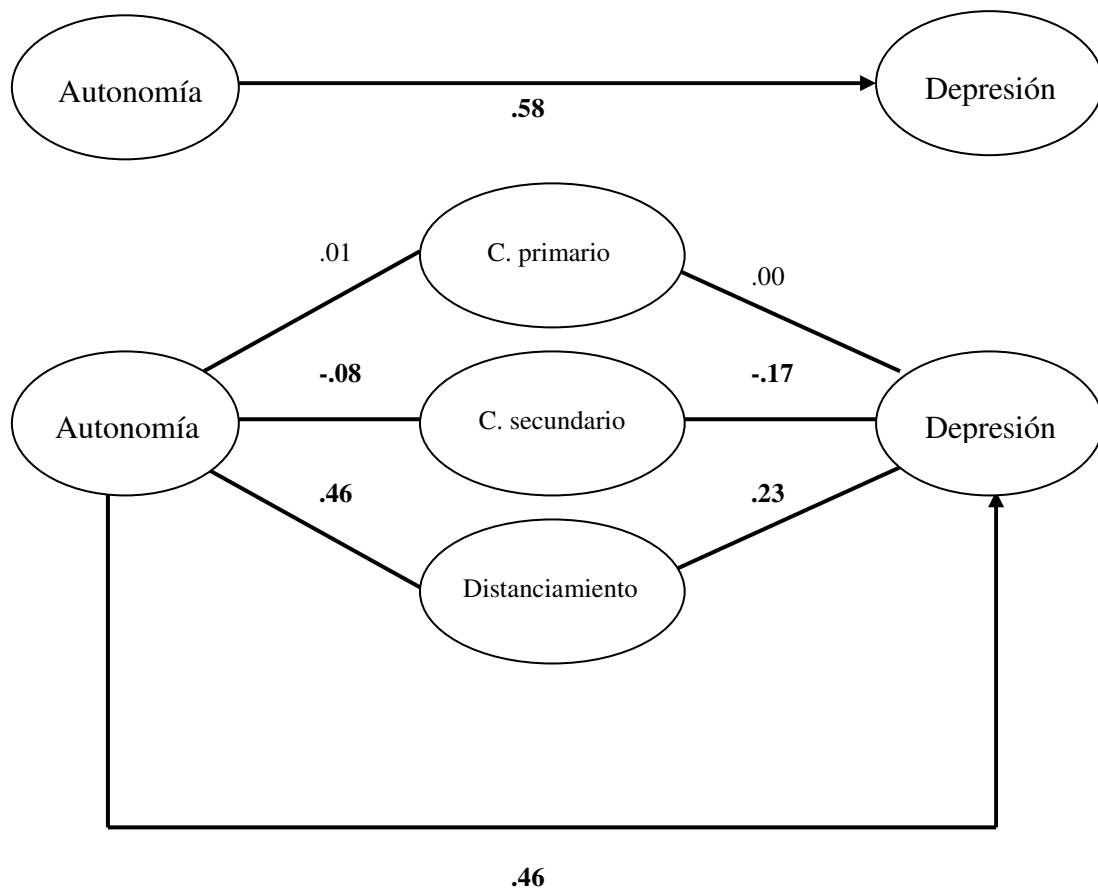
La tabla 31 muestra los resultados de los análisis utilizando como mediadoras las puntuaciones en los tres tipos de afrontamiento (primario, secundario y distanciamiento). En el primer paso, el dominio de autonomía deteriorada se asoció significativamente a la depresión. En el segundo paso, se estimó la predicción del dominio de autonomía para cada uno de los tres tipos de afrontamiento. Este dominio no se asoció significativamente con el tipo de afrontamiento primario pero sí con el secundario y el de distanciamiento. En el tercer paso se estimó un modelo de regresión múltiple en el que se incluyeron simultáneamente como variables predictoras el dominio de autonomía y las puntuaciones en los tres tipos de afrontamiento. Tal y como se aprecia en la tabla, en este último paso, el dominio de autonomía seguía siendo significativo pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0,44 a 0,35 en el tercer paso, lo que indica que un 20.45% de la variabilidad en la relación entre el dominio de autonomía y los síntomas de depresión se explica en función de los tipos de afrontamiento. Para evaluar de manera formal los efectos específicos indirectos, se utilizó el test de Sobel (Sobel, 1982). Los resultados de este test fueron significativos a $p < .05$ para el tipo de afrontamiento secundario ($z = 2.50$) y a $p < .001$ para el tipo de afrontamiento de distanciamiento ($z = 5.94$). En este caso y en los posteriores análisis se puede observar que es el afrontamiento de distanciamiento el que explica casi toda la mediación porque la asociación entre el dominio de autonomía y el afrontamiento secundario es muy pequeña. En la figura 31 queda representada esta mediación y los aquellos valores que han resultado significativos aparecerán en negrita.

Tabla 31. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de autonomía y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.33, F(1,652) = 321.21^{**}$				
Autonomía	0.44	0.02	0.58	17.92 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Autonomía	0.02	0.00	0.01	0.17 ^{ns}	Control primario
Autonomía	0.00	0.00	-0.08	-2.16 [*]	Control secundario
Autonomía	0.02	0.00	0.46	13.14 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.38, F(4,643) = 98.03^{**}$				
Autonomía	0.35	0.03	0.46	12.64 ^{**}	Depresión
Control primario	-0.01	0.71	0.00	-0.02 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-3.56	0.77	-0.17	-4.65 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	4.67	0.74	0.23	6.33 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 31. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de autonomía y la depresión



A continuación se llevó a cabo un análisis de mediación de los tipos de afrontamiento para la relación entre el dominio de límites deteriorados y los síntomas de depresión. La tabla 32 muestra los resultados. En el primer paso, la asociación entre el dominio de límites deteriorados y la depresión fue significativa. En el segundo paso, el dominio de límites se asoció de manera significativa únicamente con el tipo de afrontamiento de distanciamiento. En el tercer paso el dominio de límites seguía prediciendo significativamente los síntomas de depresión, pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0,61 a 0,44, lo que indica que un 27.87% de la variabilidad en la relación entre el dominio de límites y los síntomas de depresión se explica en función de los tipos de afrontamiento. El test de Sobel para el tipo de afrontamiento de distanciamiento fue significativo ($z = 7.32, p < .001$) indicando una mediación parcial.

Tabla 32. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de límites deteriorados y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.21, F(1,652)= 171.76^{**}$				
Límites	0.61	0.05	0.46	13.11 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Límites	0.02	0.00	0.04	0.93 ^{ns}	Control primario
Límites	0.00	0.00	-0.02	-0.59 ^{ns}	Control secundario
Límites	0.02	0.00	0.36	9.86 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.31, F(4,643)= 74.96^{**}$				
Límites	0.44	0.05	0.33	9.40 ^{**}	Depresión
Control primario	0.07	0.74	0.00	0.09 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-4.83	0.79	-0.22	-6.13 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	6.74	0.72	0.34	9.30 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 33 muestra los resultados de la mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de otros y la depresión. En el primer paso, la puntuación en el dominio de orientación a los demás (otros) se asoció con la depresión. En el segundo, la puntuación en ese dominio se asoció solamente con el tipo de afrontamiento de distanciamiento. En el tercer paso los tipos de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento se asociaron a la depresión. En este paso, el dominio de otros fue significativo indicando una mediación parcial. El coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.64 a 0.49 lo que indica que un 23.44 % de la variabilidad en la relación entre el dominio de otros y los síntomas de depresión se explica en función de los tipos de estrategias de afrontamiento. Los resultados del test de Sobel fueron significativos para el afrontamiento de distanciamiento ($z = 7.13, p < 0,001$).

Tabla 33. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de orientación a los demás y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.24, F(1,652)= 204.20^{**}$				
Otros	0.64	0.05	0.49	14.29 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Otros	0.05	0.00	0.07	1.88 ^{ns}	Control primario
Otros	0.00	0.00	-0.03	-0.68 ^{ns}	Control secundario
Otros	0.02	0.00	0.36	9.90 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.34, F(4,643)= 83.08^{**}$				
Otros	0.49	0.05	0.37	10.65 ^{**}	Depresión
Control primario	-0.31	0.73	-0.02	-0.43 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-4.55	0.78	-0.21	-5.85 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	6.41	0.71	0.32	8.98 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

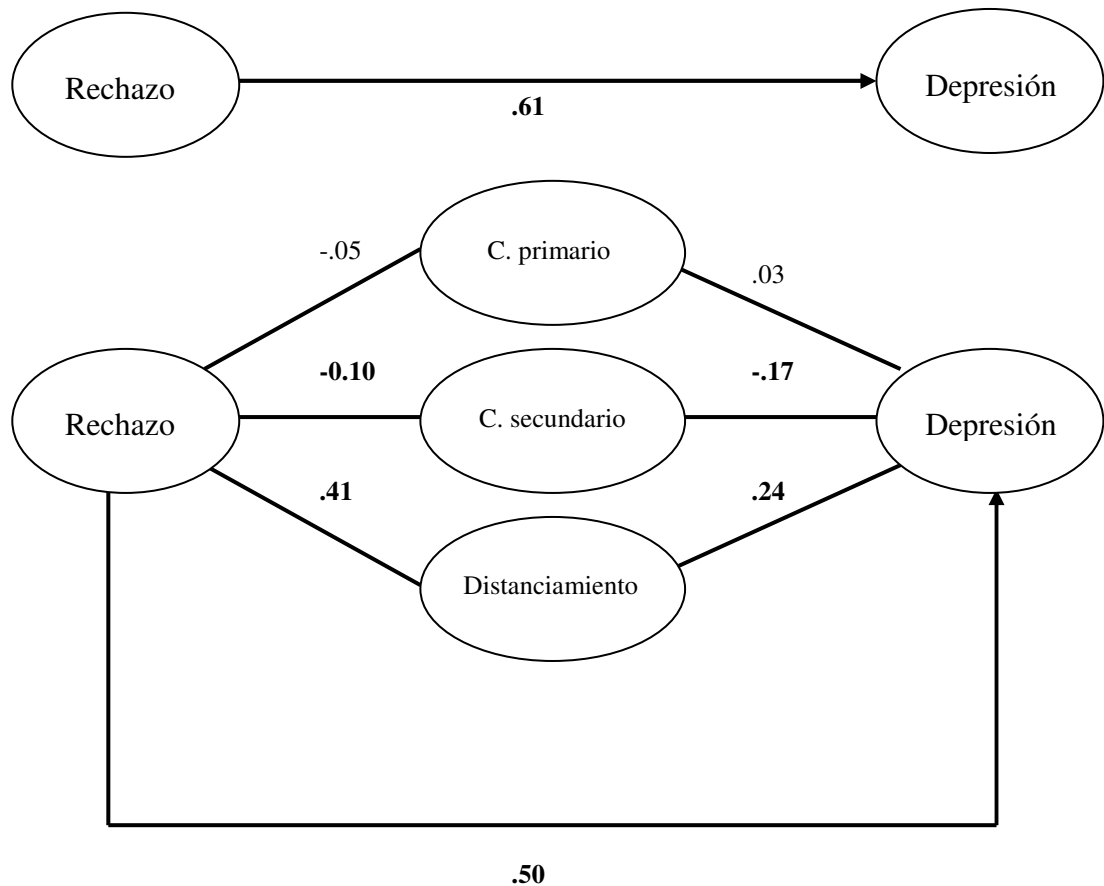
Para comprobar si los tipos de afrontamiento actuaban como mediadores entre el dominio de desconexión y rechazo y los síntomas de depresión se aplicó el mismo procedimiento (tabla 34). En el primer paso el dominio de rechazo se asoció con la depresión. En el segundo, el dominio de rechazo predijo los tipos de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. Por último, estos dos tipos de afrontamiento se asociaron significativamente a la depresión. En este punto el dominio de rechazo continuaba prediciendo los síntomas de depresión pero su coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.33 a 0.27 indicando que un 18.19% de la variabilidad en la relación entre este dominio y la depresión se explica por los tipos de afrontamiento. El test de Sobel mostró que el afrontamiento de control secundario y el de distanciamiento explican parte de la influencia del dominio de rechazo en la depresión ($z = 2.25, p < 0.01$ y $z = 5.76, p < 0.001$, respectivamente).

Tabla 34. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de rechazo y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.37, F(1,652)= 378.27^{**}$				
Rechazo	0.33	0.02	0.61	19.45 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Rechazo	0.00	0.00	-0.05	-1.37 ^{ns}	Control primario
Rechazo	0.00	0.00	-0.10	-2.61 [*]	Control secundario
Rechazo	0.01	0.00	0.41	11.53 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.42, F(4,643)= 115.32^{**}$				
Rechazo	0.27	0.02	0.50	14.61 ^{**}	Depresión
Control primario	0.63	0.68	0.03	0.92 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-3.60	0.74	-0.17	-4.87 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	4.71	0.70	0.24	6.78 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 33. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de rechazo y la depresión



Los resultados de las regresiones realizadas para estudiar la mediación de los tipos de afrontamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y los síntomas de depresión se presentan en la tabla 35. El dominio de vigilancia excesiva predijo la depresión en el paso uno. En el segundo paso, el dominio de vigilancia se asoció significativamente a los tipos de afrontamiento de control primario y de distanciamiento. Por último, en el paso 3, al introducir juntas las variables mediadoras con el dominio de vigilancia el afrontamiento de control secundario y de distanciamiento fueron significativos. En este punto el dominio de vigilancia arrojó un coeficiente significativo, pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.39 a 0.28, lo que indica una mediación parcial y un porcentaje de varianza explicada del 29.23%. El test de Sobel fue significativo para el afrontamiento de distanciamiento ($z = 6.33, p < 0.001$).

Tabla 35. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y la depresión

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.09, F(1,652)= 62.56^{**}$				
Vigilancia	0.39	0.05	0.30	7.91**	Depresión
Paso 2					
Vigilancia	-0.01	0.00	-0.12	-2.95*	Control primario
Vigilancia	0.00	0.00	-0.01	-0.22 ^{ns}	Control secundario
Vigilancia	0.02	0.00	0.23	6.13**	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.27, F(4,643)= 57.82^{**}$				
Vigilancia	0.28	0.05	0.21	5.93**	Depresión
Control primario	1.03	0.77	0.05	1.32 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-5.70	0.81	-0.27	-7.02**	Depresión
Distanciamiento	8.24	0.72	0.41	11.46**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

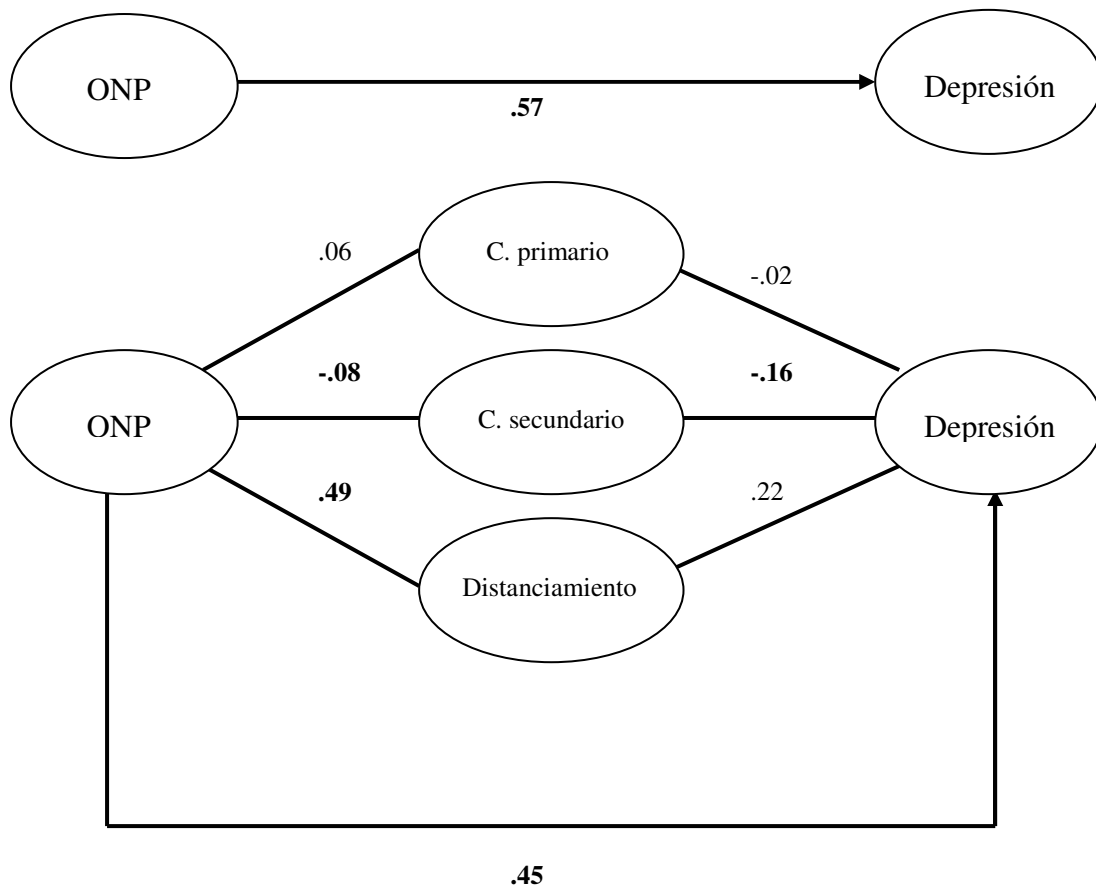
La tabla 36 muestra los resultados de la mediación de los tipos de afrontamiento en la asociación entre la orientación negativa a los problemas y la depresión. En el primer paso, la orientación negativa a los problemas se asoció con la depresión. En el segundo, la orientación negativa a los problemas se asoció con el afrontamiento de control secundario y el de distanciamiento. En el tercer paso esos dos tipos de afrontamiento se asociaron a la depresión. En este paso, la orientación negativa a los problemas siguió prediciendo significativamente los síntomas de depresión. El coeficiente de regresión no estandarizado de la orientación negativa a los problemas bajó de 1.37 a 1.09 en el tercer paso, mostrando que un 20,44% de la varianza en la relación entre la orientación negativa a los problemas y los síntomas de depresión esta mediado por las variables de afrontamiento. Los resultados del test de Sobel fueron significativos para la estrategia de afrontamiento de control secundario ($z = 1.97, p < 0.05$) y de distanciamiento ($z = 5.35, p < 0.001$).

Tabla 36. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.32, F(1,652)= 306.81^{**}$				
ONP	1.37	0.08	0.57	17.52 ^{**}	Depresión
Paso 2					
ONP	0.07	0.01	0.06	1.43 ^{ns}	Control primario
ONP	-0.01	0.00	-0.08	-2.01 [*]	Control secundario
ONP	0.06	0.00	0.49	14.40 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.37, F(4,643)= 92.80^{**}$				
ONP	1.09	0.09	0.45	11.99 ^{**}	Depresión
Control primario	-0.49	0.72	-0.02	-0.69 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-3.37	0.78	-0.16	-4.31 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	4.39	0.77	0.22	5.73 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 33. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la orientación negativa a los problemas y la depresión



La misma estrategia de análisis se empleó para evaluar la mediación de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y los síntomas de depresión. Los resultados se presentan en la tabla 37. La sociotropía se asoció con la depresión en el paso uno y con la estrategia de afrontamiento de distanciamiento en el segundo. En el último paso, las estrategias de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento se asociaron con la depresión. En este punto la sociotropía también resultó predecir los síntomas de depresión significativamente, sin embargo, su coeficiente de regresión no estandarizado se redujo de 0.70 a 0.52 en el tercer paso, indicando que la estrategia de afrontamiento de distanciamiento actúa como un mediador parcial y que el 25.71% de la varianza en la relación entre la sociotropía y los

síntomas de depresión se explica en función de esta variable. El test de Sobel fue significativo para el afrontamiento de distanciamiento ($z = 6.99, p < 0.001$).

Tabla 37. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y la depresión

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2=0.26, F(1,652)= 225.46^{**}$					
Sociotropía	0.70	0.05	0.51	15.02 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Sociotropía	0.02	0.00	0.03	0.87 ^{ns}	Control primario
Sociotropía	0.00	0.00	-0.04	-1.13 ^{ns}	Control secundario
Sociotropía	0.03	0.00	0.41	11.38 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2= 0.34, F(4,643)= 82.80^{**}$					
Sociotropía	0.52	0.05	0.38	10.61 ^{**}	Depresión
Control primario	0.02	0.73	0.00	0.03 ^{ns}	Depresión
Control secundario	-4.36	0.78	-0.20	-5.59 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	5.91	0.73	0.30	8.06 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.6.1.2. RESULTADOS LONGITUDINALES

En este apartado se realizaron regresiones para evaluar si las cogniciones (5 dominios cognitivos, orientación negativa a los problemas y sociotropía) en el T1 predecían el incremento de los síntomas de depresión en el T2 y comprobar si esta relación está mediada por las estrategias de afrontamiento empleadas.

En la tabla 38 se presentan los resultados para el dominio de autonomía. En el paso uno se introdujo la puntuación en la depresión en el T1 para controlar y el dominio de autonomía. En este punto el dominio de autonomía predijo significativamente el

aumento de los síntomas de depresión en el T2. En el segundo paso, el dominio de autonomía predijo significativamente la estrategia de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el tercer paso, al introducir conjuntamente el dominio de autonomía y las estrategias de afrontamiento, el dominio de autonomía seguía prediciendo significativamente el aumento de los síntomas de depresión mientras que las estrategias de afrontamiento dejaron de ser predictores significativos lo que indica que no hay mediación.

Tabla 38. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de autonomía y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.34, F(2,371) = 96.35^{**}$				
Depresión T1	-0,56	0,04	-0,69	-13,52 ^{**}	Depresión T2
Autonomía	0.16	0.03	0.25	4.91 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Autonomía	0.02	0.00	0.01	0.17 ^{ns}	Control primario
Autonomía	0.00	0.00	-0.08	-2.16 [*]	Control secundario
Autonomía	0.02	0.00	0.46	13.14 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.38, F(5,364) = 40.56^{**}$				
Depresión T1	-0,59	0,04	-0,72	-13,8 [*]	Depresión T2
Autonomía	0.14	0.04	0.22	4.02 ^{**}	Depresión T2
Control primario	0.55	0.80	0.03	0.69 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.54	0.85	-0.08	-1.80 ^{ns}	Depresión T2
Distanciamiento	1.58	0.86	0.10	1.83 ^{ns}	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados para el dominio de rechazo se presentan en la tabla 39. En el paso 1, el dominio de rechazo se asoció significativamente con el aumento de los síntomas de

depresión. En el paso 2, este dominio predijo la estrategia de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el tercer paso el dominio de rechazo siguió prediciendo el aumento de los síntomas de depresión y el coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.13 a 0.12 del primer a tercer paso, lo que sugiere una mediación parcial en el que las estrategias de afrontamiento sólo explicarían el 7.7% de la varianza. El test de Sobel fue significativo para la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento ($z = 2.01, p < 0.05$).

Tabla 39. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.34, F(2,371) = 102.09^{**}$				
Depresión T1	-0,58	0,04	-0,72	-13,97 ^{**}	Depresión T2
Rechazo	0.13	0.02	0.29	5.67 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Rechazo	0.00	0.00	-0.05	-1.37 ^{ns}	Control primario
Rechazo	0.00	0.00	-0.10	-2.61 [*]	Control secundario
Rechazo	0.01	0.00	0.41	11.53 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.37, F(5,364) = 42.98^{**}$				
Depresión T1	-0,62	0,04	-0,76	-14,21 ^{**}	Depresión T2
Rechazo	0.12	0.02	0.26	4.93 ^{**}	Depresión T2
Control primario	0.77	0.79	0.04	0.97 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.51	0.85	-0.08	-1.78 ^{ns}	Depresión T2
Distanciamiento	1.69	0.83	0.10	2.04 [*]	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se presentan los resultados para el dominio de límites (tabla 40). En el primer paso, el dominio de límites predijo significativamente el aumento de los

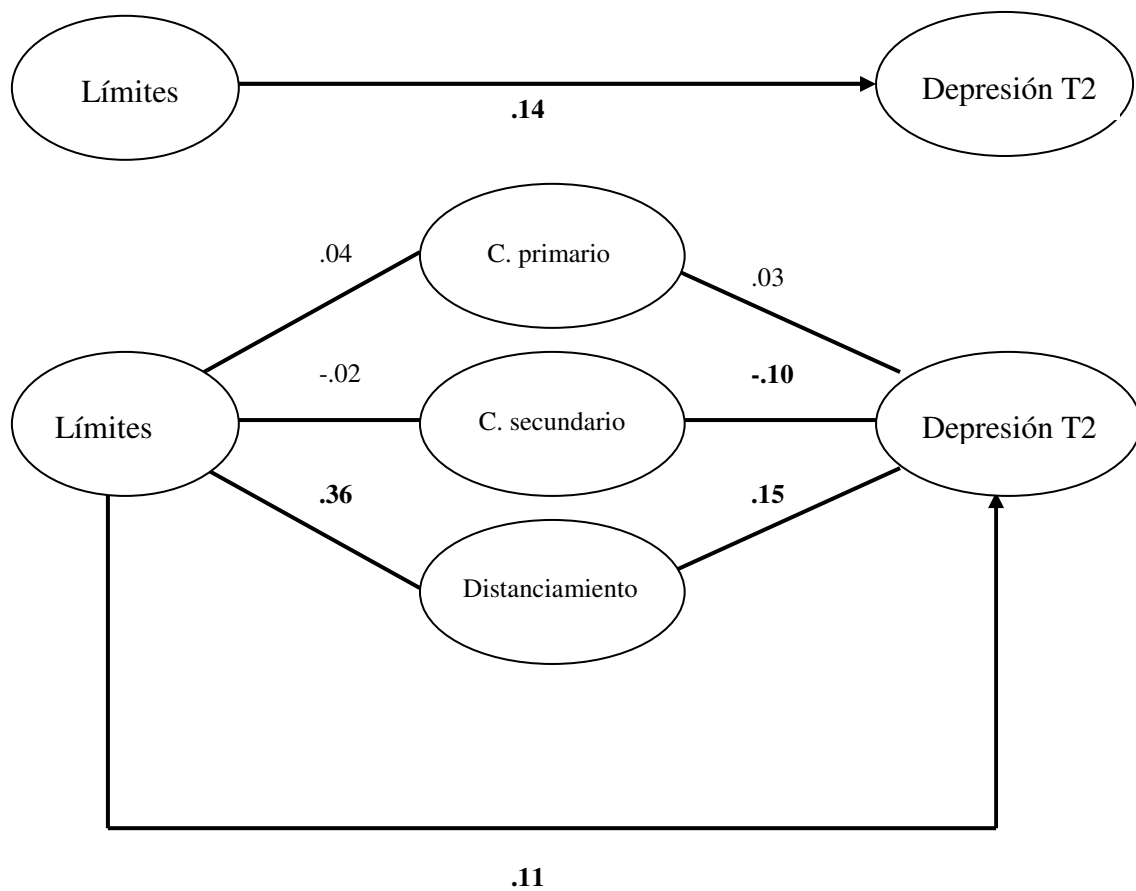
síntomas de depresión en el T2. En el segundo paso, el dominio de límites sólo se relacionó significativamente con la estrategia de distanciamiento. En el tercer paso el dominio de límites seguía prediciendo significativamente el aumento de la depresión y su coeficiente de regresión no estandarizado se redujo de 0.15 a 0.12, lo que indica que un 20% de la varianza en la relación entre el dominio de límites y el aumento de los síntomas de depresión en el tiempo se explica en función de la estrategia de afrontamiento de distanciamiento. El test de Sobel fue significativo para esta estrategia de distanciamiento ($z = 2.80, p < 0.01$).

Tabla 40. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de límites y el aumento de la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.31, F(2,371) = 84.88^{**}$				
Depresión T1	-0,50	0,04	-0,61	-12,55 ^{**}	Depresión T2
Límites	0.15	0.05	0.14	2.84 [*]	Depresión T2
Paso 2					
Límites	0.00	0.00	0.04	0.93 ^{ns}	Control primario
Límites	0.00	0.00	-0.02	-0.59 ^{ns}	Control secundario
Límites	0.02	0.00	0.36	9.86 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.34, F(5,364) = 37.11^{**}$				
Depresión T1	-0,55	0,04	-0,68	-13,02 ^{**}	Depresión T2
Límites	0.12	0.05	0.11	2.14 [*]	Depresión T2
Control primario	0.58	0.81	0.03	0.72 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.79	0.86	-0.10	-2.07 [*]	Depresión T2
Distanciamiento	2.42	0.84	0.15	2.89 [*]	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 34. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de límites y el aumento de la depresión en el T2



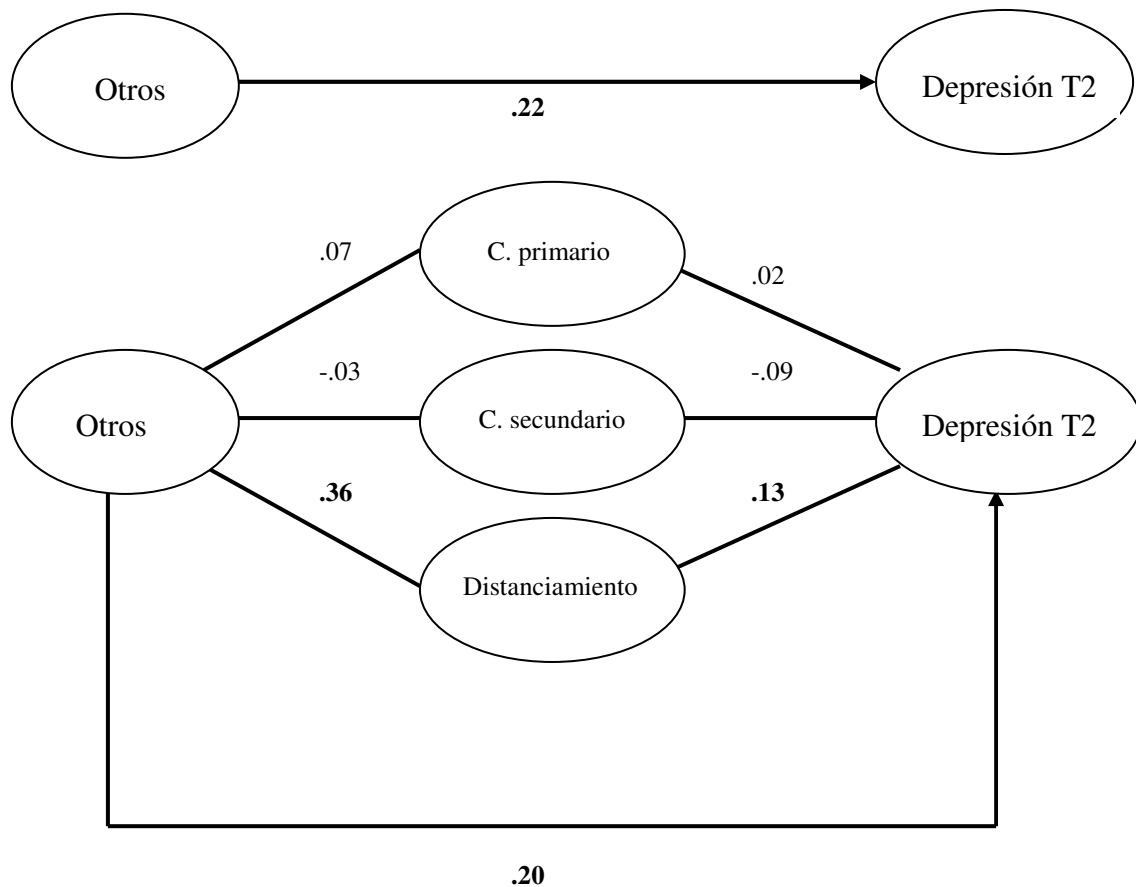
En la tabla 41 se presentan los resultados para el dominio de otros. Como puede observarse el dominio de otros predijo significativamente el aumento de los síntomas de depresión en el T2 y la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en el paso 2. En el paso 3, el dominio de otros continuó prediciendo de manera significativa los síntomas de depresión pero el coeficiente de regresión no estandarizado descendió de 0.24 a 0.21, lo que indica que un 12.5% de la varianza se explica en función de las estrategias de afrontamiento empleadas. El test de Sobel fue significativo para la estrategia de afrontamiento de distanciamiento ($z = 2.54, p < 0.05$).

Tabla 41. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de otros y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.33, F(2,371) = 92.75^{**}$				
Depresión T1	-0,54	0,04	-0,66	-13,30 ^{**}	Depresión T2
Otros	0.24	0.05	0.22	4.37 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Otros	0.00	0.00	0.07	1.88 ^{ns}	Control primario
Otros	0.00	0.00	-0.03	-0.68 ^{ns}	Control secundario
Otros	0.02	0.00	0.36	9.90 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.36, F(5,364) = 40.15^{**}$				
Depresión T1	-0,59	0,04	-0,72	-13,70 ^{**}	Depresión T2
Otros	0.21	0.06	0.20	3.84 ^{**}	Depresión T2
Control primario	0.36	0.80	0.02	0.45 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.66	0.85	-0.09	-1.95 ^{ns}	Depresión T2
Distanciamiento	2.15	0.83	0.13	2.60 [*]	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 35. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de otros y el aumento de la depresión en el T2



El dominio de vigilancia no estaba significativamente asociado con el aumento de la depresión en el T2 al controlar los síntomas de depresión en el T1, $\beta = 0.00$, $t(371) = 1.89$, $p > .05$. No cumplía el primer criterio y por tanto no se siguió adelante con el test de mediación.

Los análisis realizados para la orientación negativa a los problemas se muestran en la tabla 42. Tal y como puede observarse, la orientación negativa a los problemas predijo el aumento de los síntomas de depresión en el T2 en el paso 1 y las estrategias de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento en el paso 2. En el tercer paso, la orientación negativa a los problemas seguía prediciendo significativamente los síntomas de depresión mientras que las estrategias de afrontamiento dejaron de ser significativas lo que indica que no median la relación.

Tabla 42. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.34, F(2,371) = 93.70^{**}$				
Depresión T1	-0,55	0,04	-0,67	-13,27 ^{**}	Depresión T2
ONP	0.46	0.10	0.23	4.52 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
ONP	0.01	0.01	0.06	1.43 ^{ns}	Control primario
ONP	-0.01	0.00	-0.08	-2.01 [*]	Control secundario
ONP	0.06	0.00	0.49	14.40 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.35, F(5,364) = 39.13^{**}$				
Depresión T1	-0,58	0,04	-0,71	-13,47 ^{**}	Depresión T2
ONP	0.38	0.11	0.19	3.37 ^{**}	Depresión T2
Control primario	0.38	0.81	0.02	0.47 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.46	0.86	-0.08	-1.70 ^{ns}	Depresión T2
Distanciamiento	1.65	0.88	0.10	1.87 ^{ns}	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

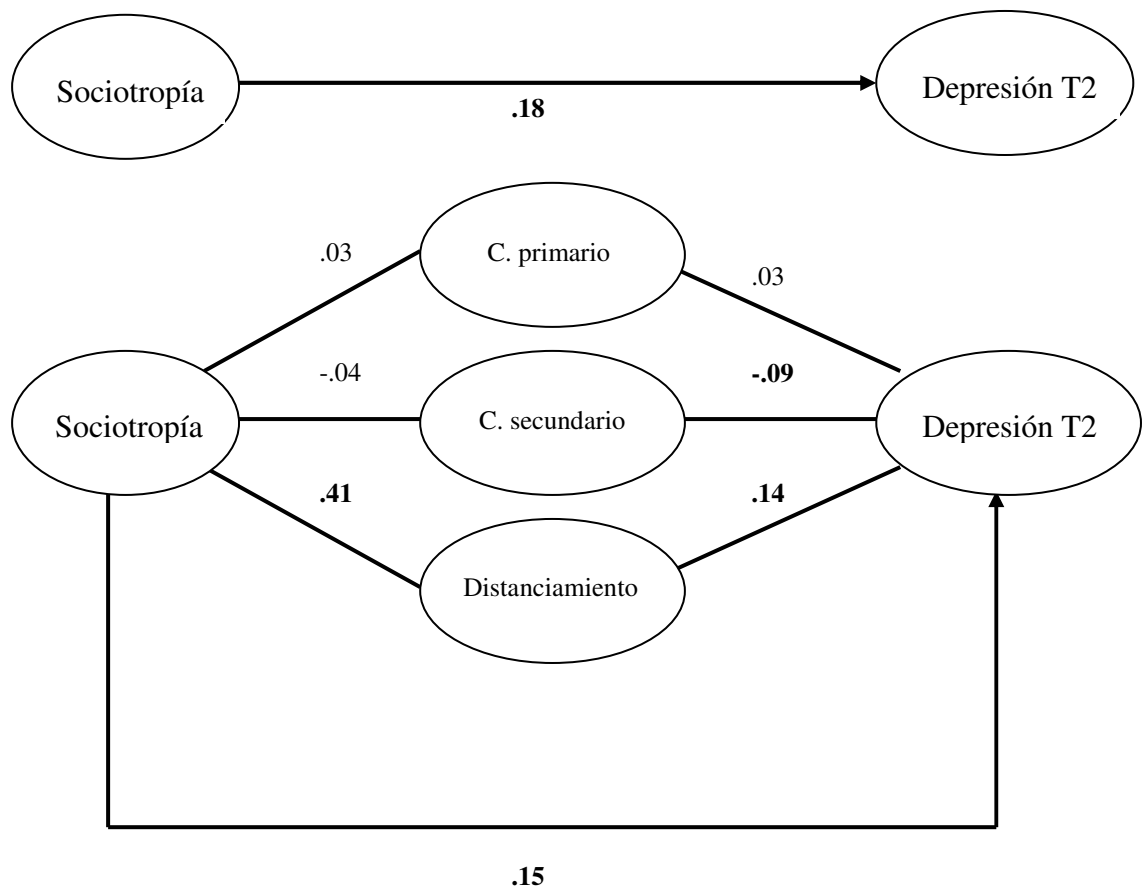
En la tabla 43 se muestran los análisis para la sociotropía. La sociotropía se asoció con el aumento de los síntomas de depresión en el T2 y con la estrategia de afrontamiento de distanciamiento en el paso 2. En el tercer paso, la sociotropía se asoció con el aumento de la depresión pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.20 a 0.13, lo que sugiere una mediación parcial donde el 15% de la varianza se explica en función de las estrategias de afrontamiento. El test de Sobel fue significativo para el afrontamiento basado en el distanciamiento ($z = 2.62, p < 0.01$).

Tabla 43. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.32, F(2,371) = 88.64^{**}$				
Depresión T1	-0,52	0,04	-0,64	-12,85 ^{**}	Depresión T2
Sociotropía	0.20	0.06	0.18	3.65 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Sociotropía	0.00	0.00	0.03	0.87 ^{ns}	Control primario
Sociotropía	0.00	0.00	-0.04	-1.13 ^{ns}	Control secundario
Sociotropía	0.03	0.00	0.41	11.38 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.35, F(5,364) = 38.29^{**}$				
Depresión T1	-0,57	0,04	-0,70	-13,26 ^{**}	Depresión T2
Sociotropía	0.17	0.06	0.15	2.92 [*]	Depresión T2
Control primario	0.55	0.81	0.03	0.68 ^{ns}	Depresión T2
Control secundario	-1.70	0.86	-0.09	-1.97 [*]	Depresión T2
Distanciamiento	2.24	0.84	0.14	2.67 [*]	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 36. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la sociotropía y el aumento de la depresión en el T2



5.6.1.3. MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS TRANSVERSALES

Para estudiar el posible papel mediador del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre los dominios y los síntomas de depresión, se llevó a cabo el mismo tipo de análisis que en el apartado anterior. En la tabla 44 se muestran los resultados para el dominio de autonomía. Como puede verse se da una mediación parcial. El coeficiente de regresión no estandarizado de autonomía descendió de 0.44 a 0.36 en el tercer paso pero continuó siendo significativo indicando que el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento actúa como un mediador parcial y que el 18.18% de la varianza en la relación entre el dominio de autonomía y los síntomas de depresión se explica en

función de esta variable. El test de Sobel fue significativo para el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento ($z = 6.65, p < 0.001$).

Tabla 44. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de autonomía y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.33, F(1,652) = 321.21^{**}$					
Autonomía	0.44	0.02	0.58	17.92**	Depresión
Paso 2					
Autonomía	0.03	0.00	0.45	13.00**	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.37, F(2,651) = 193.37^{**}$					
Autonomía	0.36	0.03	0.47	13.55**	Depresión
% Distanciamiento	29.07	4.37	0.23	6.65**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se realizaron los tests para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y los síntomas de depresión. Los resultados (tabla 45) mostraron una mediación parcial donde el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explicaba el 22.9% de la varianza en la relación. El test de Sobel resultó significativo a $p < 0.001, z = 9.43$.

Tabla 45. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.21, F(1,652) = 171.76^{**}$					
Límites	0.61	0.05	0.46	13.11**	Depresión

Paso 2					
Límites	0.04	0.00	0.34	9.18**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.30, F(2,651) = 141.96^{**}$					
Límites	0.47	0.05	0.35	10.04**	Depresión
% Distanciamiento	41.13	4.36	0.33	9.43**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

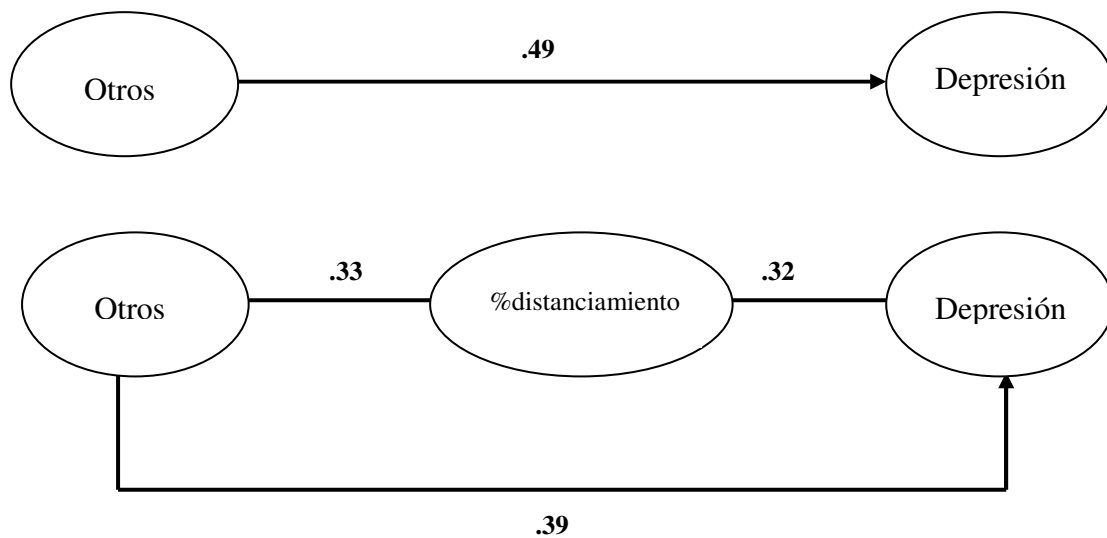
En la tabla 46 se muestran los resultados de los análisis de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y la depresión. Como puede observarse la mediación es parcial y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 20.3% de la varianza en la relación entre el dominio de otros y la depresión. Los resultados del test de Sobel fueron significativos ($z = 9.40, p < 0.001$).

Tabla 46. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de orientación a los demás y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1 $R^2 = 0.24, F(1,652) = 204.20^{**}$					
Otros	0.64	0.05	0.49	14.29**	Depresión
Paso 2					
Otros	0.03	0.00	0.33	8.83**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.33, F(2,651) = 160.01^{**}$					
Otros	0.51	0.04	0.39	11.40**	Depresión
% Distanciamiento	40.08	4.26	0.32	9.40**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 37. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el dominio de orientación a los demás y la depresión



Los resultados de los tests de mediación realizados para comprobar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y los síntomas de depresión muestran que la mediación es parcial y que el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 15.15% de la varianza (tabla 47). El test de Sobel fue significativo ($z = 6.64$, $p < 0.001$).

Tabla 47. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y la depresión

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2=0.37$, $F(1,652)= 378.27^{**}$					
Rechazo	0.33	0.02	0.61	19.45**	Depresión
Paso 2					
Rechazo	0.02	0.00	0.44	12.47**	% Distanciamiento

Paso 3	$R^2 = 0.41, F(2,651) = 223.72^{**}$				
Rechazo	0.28	0.02	0.51	15.24 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	27.96	4.21	0.22	6.64 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

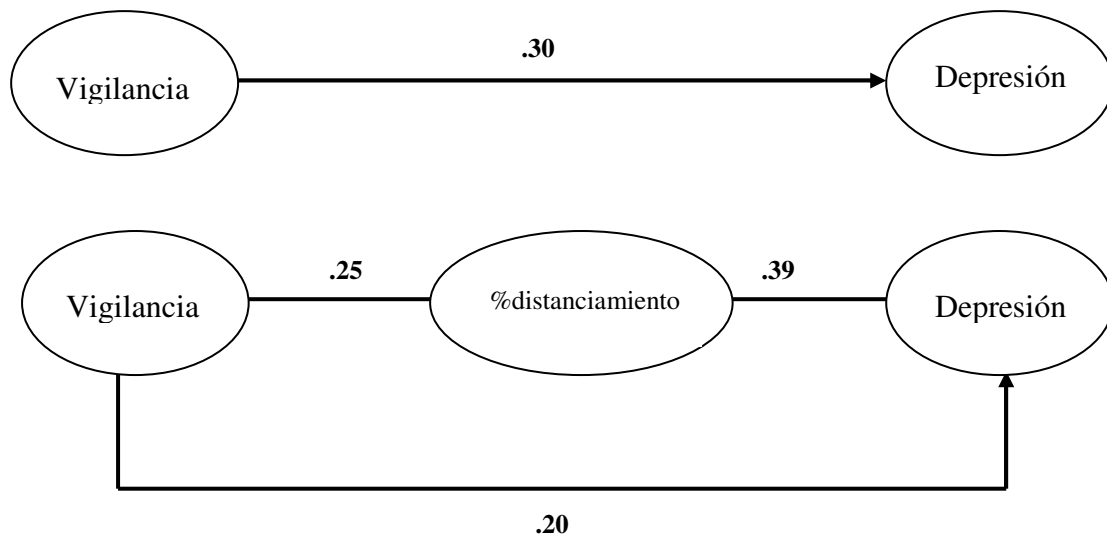
Los resultados de los análisis de los tests realizados para evaluar el papel mediador del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y la depresión se muestran en la tabla 48 y sugieren que se da una mediación parcial donde el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 33.3% de la varianza. El test de Sobel resultó significativo ($z = 11.12, p < 0.001$).

Tabla 48. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.09, F(1,652) = 62.56^{**}$				
Vigilancia	0.39	0.05	0.30	7.91 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Vigilancia	0.03	0.00	0.25	6.54 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.23, F(2,651) = 99.02^{**}$				
Vigilancia	0.26	0.05	0.20	5.64 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	49.52	4.45	0.39	11.12 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 38. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el dominio de vigilancia y la depresión



En la tabla 49 se presentan los resultados de los análisis para la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación de la orientación negativa a los problemas con los síntomas de depresión. Estos resultados sugieren que el 19% de la varianza en esa relación lo explica el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel fue significativo ($z = 5.09, p < 0.001$).

Tabla 49. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2=0.32, F(1,652)= 306.81^{**}$					
ONP	1.37	0.08	0.57	17.52**	Depresión
Paso 2					
ONP	0.09	0.00	0.49	14.31**	% Distanciamiento

Paso 3	$R^2 = 0.36, F(2,651) = 180.06^{**}$				
ONP	1.11	0.09	0.46	12.73 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	27.42	4.54	0.22	6.05 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

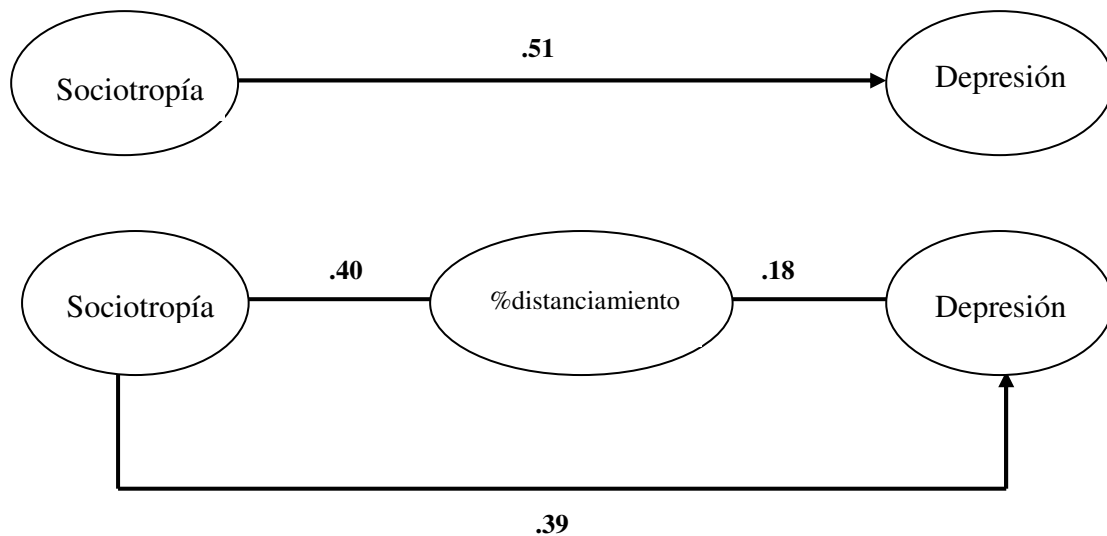
Por último se estudió la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y la depresión (tabla 50). Aunque en el tercer paso la sociotropía seguía prediciendo de manera significativa los síntomas de depresión, el coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.70 a 0.43 lo que sugiere que un 38.6% de la varianza se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel resultó significativo ($z = 8.02, p < 0.001$).

Tabla 50. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.26, F(1,652) = 225.46^{**}$				
Sociotropía	0.70	0.05	0.51	15.02 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Sociotropía	0.04	0.00	0.40	11.29 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.24, F(2,652) = 101.90^{**}$				
Sociotropía	0.43	0.04	0.39	10.45 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	17.34	3.71	0.18	4.67 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 39. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre la sociotropía y la depresión



5.6.1.4. MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS LONGITUDINALES

En este apartado se estudió la posible mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento de distanciamiento empleado en la relación entre las variables cognitivas y el aumento de los síntomas de depresión en el T2.

En la tabla 51 se presentan los resultados para el dominio de autonomía. Como puede verse el dominio de autonomía predijo significativamente el aumento de la depresión y el porcentaje de afrontamiento basado en el distanciamiento empleado. En el tercer paso, el dominio de autonomía seguía prediciendo los síntomas de depresión y en cambio, el % de afrontamiento basado en el distanciamiento dejó de ser significativo lo que indica que no hay mediación.

Tabla 51. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de autonomía y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.34, F(2,371) = 96.35^{**}$					
Depresión T1	-0,56	0,04	-0,69	-13,52 ^{**}	Depresión T2
Autonomía	0.16	0.03	0.25	4.91 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Autonomía	0.03	0.00	0.45	13.00 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.35, F(3,370) = 65.64^{**}$					
Depresión T1	-0,58	0,04	-0,71	-13,56 ^{**}	Depresión T2
Autonomía	0.14	0.03	0.22	4.17 ^{**}	Depresión T2
% Distanciamiento	9.55	5.41	0.09	1.77 ^{ns}	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se presentan los resultados para el dominio de límites (tabla 52). Éste predijo significativamente el aumento de los síntomas de depresión en el paso 1 y el porcentaje de afrontamiento basado en el distanciamiento en el paso 2. En el paso 3, el dominio de límites seguía siendo significativo pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.15 a 0.13 lo que indica una mediación parcial donde el % de afrontamiento de distanciamiento explica el 13.33% de la varianza. El test de Sobel fue significativo ($z = 2.64, p < 0.01$).

Tabla 52. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.31, F(2,371) = 84.88^{**}$					
Depresión T1	-0,50	0,04	-0,61	-12,55**	Depresión T2
Límites	0.15	0.05	0.14	2.84*	Depresión T2
Paso 2					
Límites	0.03	0.00	0.34	9.18**	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.33, F(3,370) = 59.83^{**}$					
Depresión T1	-0,54	0,04	-0,66	-12,79**	Depresión T2
Límites	0.13	0.05	0.12	2.35*	Depresión T2
% Distanciamiento	14.07	5.32	0.13	2.64*	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la tabla 53 se muestran los resultados para el dominio de otros. En el paso 1 el dominio de otros predijo significativamente el aumento de los síntomas de depresión y el porcentaje de estrategia de afrontamiento de distanciamiento en el paso 2. En el tercer paso, el dominio de otros seguía prediciendo significativamente el aumento de la depresión pero su coeficiente de regresión no estandarizado descendió de 0.24 a 0.21, lo que indica que un 12.5% de la varianza se explica en función del porcentaje de la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel fue significativo ($z = 2.42, p < 0.05$).

Tabla 53. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.33, F(2,371) = 92.75^{**}$				
Depresión T1	-0,54	0,04	-0,66	-13,30 ^{**}	Depresión T2
Otros	0.24	0.05	0.22	4.37 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Otros	0.03	0.00	0.33	8.83 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.34, F(3,370) = 64.59^{**}$				
Depresión T1	-0,57	0,04	-0,70	-13,44 ^{**}	Depresión T2
Otros	0.21	0.06	0.20	3.91 ^{**}	Depresión T2
% Distanciamiento	12.70	5.25	0.12	2.42 [*]	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se presentan los resultados para el dominio de rechazo (tabla 54). Como puede verse los dos primeros criterios para probar la mediación se cumplieron; el dominio de rechazo predijo significativamente el aumento de la depresión en el paso 1 y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basado en el distanciamiento en el segundo. Pero en el tercer paso, a pesar de que el dominio de rechazo seguía prediciendo significativamente el aumento de la depresión, el porcentaje de la estrategia de afrontamiento de distanciamiento en este punto no resultó significativa.

Tabla 54. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.36, F(2,371) = 102.09^{**}$				
Depresión T1	-0,58	0,04	-0,72	-13,97 ^{**}	Depresión T2
Rechazo	0.13	0.02	0.29	5.67 ^{**}	Depresión T2
Paso 2					
Rechazo	0.02	0.00	0.44	12.47 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.36, F(3,370) = 69.48^{**}$				
Depresión T1	-0,60	0,04	-0,74	-13,99 ^{**}	Depresión T2
Rechazo	0.12	0.02	0.27	5.03 ^{**}	Depresión T2
% Distanciamiento	9.32	5.29	0.09	1.76 ^{ns}	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Al igual que con el dominio de rechazo, la orientación negativa a los problemas se asoció significativamente con el aumento de la depresión en el paso 1 y con el porcentaje de estrategia de afrontamiento de distanciamiento en el segundo, pero en tercer paso, el porcentaje de estrategias de afrontamiento basada en el distanciamiento no fue un predictor significativo (tabla 55).

Tabla 55. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.34, F(2,371) = 93.70^{**}$				
Depresión T1	-0,55	0,04	-0,67	-13,27**	Depresión T2
ONP	0.46	0.10	0.23	4.52**	Depresión T2
Paso 2					
ONP	0.09	0.00	0.49	14.31**	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.34, F(3,370) = 63.67^{**}$				
Depresión T1	-0,57	0,04	-0,69	-13,31**	Depresión T2
ONP	0.40	0.11	0.20	3.66**	Depresión T2
% Distanciamiento	9.16	5.54	0.08	1.65 ^{ns}	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Por último, en la tabla 56 se presentan los resultados para la sociotropía. En el paso 1, la sociotropía predijo significativamente el aumento de los síntomas de la depresión en el T2. En el paso 2, la sociotropía predijo el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento empleada. En el tercer paso, la sociotropía seguía siendo un predictor significativo del aumento de la depresión en el T2, y su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.20 a 0.18 en el tercer paso explicando un 14% de la varianza. El test de Sobel fue significativo ($z = 2.41, p < 0.05$).

Tabla 56. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y el aumento de la depresión en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.32, F(2,371) = 88.64^{**}$					
Depresión T1	-0,52	0,04	-0,64	-12,85**	Depresión T2
Sociotropía	0.20	0.06	0.18	3.65**	Depresión T2
Paso 2					
Sociotropía	0.04	0.00	0.40	11.29**	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.33, F(3,370) = 61.80^{**}$					
Depresión T1	-0,56	0,04	-0,68	-13,04**	Depresión T2
Sociotropía	0.18	0.06	0.16	3.09*	Depresión T2
% Distanciamiento	12.85	5.33	0.12	2.41*	Depresión T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.6.2. TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

5.6.2.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

Se siguió el mismo procedimiento para estudiar si los tipos de afrontamiento mediaban la relación entre las variables cognitivas (dominios, orientación negativa a los problemas y sociotropía) y los síntomas de ansiedad. Los resultados de la mediación de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de autonomía y los síntomas de ansiedad se presentan en la tabla 57. Como puede verse, el dominio de autonomía se asoció significativamente a los síntomas de ansiedad en el primer paso, y a las estrategias de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento en el segundo. En el tercer paso, los tres tipos de afrontamiento fueron significativos y el dominio de autonomía también arrojó un coeficiente significativo. En este caso el coeficiente de regresión no estandarizado del dominio de autonomía bajó de 0.32 a 0.28

del primer al tercer paso, indicando que solamente un 12.5% de la varianza de la relación se explica por las variables mediadoras. El test de Sobel sólo fue significativo para la estrategia de afrontamiento de distanciamiento ($z = 3.85, p < 0.001$).

Tabla 57. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de autonomía y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.29, F(1,653) = 267.19^{**}$				
Autonomía	0.32	0.02	0.54	16.35 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Autonomía	0.02	0.00	0.01	0.17 ^{ns}	Control primario
Autonomía	0.00	0.00	-0.08	-2.16 [*]	Control secundario
Autonomía	0.02	0.00	0.46	13.14 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.32, F(4,644) = 74.53^{**}$					
Autonomía	0.28	0.02	0.47	12.34 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.47	0.58	0.09	2.52 [*]	Ansiedad
Control secundario	-1.30	0.63	-0.08	-2.05 [*]	Ansiedad
Distanciamiento	2.41	0.61	0.15	3.94 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Para estudiar la posible mediación de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de límites y los síntomas de ansiedad se siguió el mismo procedimiento (tabla 58). En el primer paso el dominio de límites predijo los síntomas de ansiedad. En el segundo, el dominio de límites predijo el afrontamiento de distanciamiento. En el tercer paso el afrontamiento de control primario, de control secundario y de distanciamiento se asociaron a la ansiedad. En este punto el dominio de límites seguía prediciendo la ansiedad de manera significativa. El coeficiente de regresión no estandarizado de este dominio descendió de 0.40 a 0.29 al introducir las estrategias de afrontamiento, mostrando que un 27.5% de la varianza en la relación

entre el dominio de límites y los síntomas de ansiedad esta mediado por el afrontamiento. El test de Sobel para el afrontamiento de distanciamiento fue significativo ($z = 5.89, p < 0.001$) indicando una mediación parcial.

Tabla 58. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de límites y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.14, F(1,653)= 109.40^{**}$				
Límites	0.40	0.04	0.38	10.46 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Límites	0.02	0.00	0.04	0.93 ^{ns}	Control primario
Límites	0.00	0.00	-0.02	-0.59 ^{ns}	Control secundario
Límites	0.02	0.00	0.36	9.86 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.22, F(4,644)= 44.92^{**}$					
Límites	0.29	0.04	0.27	7.22 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.58	0.62	0.10	2.54 [*]	Ansiedad
Control secundario	-2.47	0.67	-0.15	-3.71 ^{**}	Ansiedad
Distanciamiento	4.48	0.61	0.29	7.33 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

En el primer paso de los análisis realizados para comprobar la hipótesis de que la asociación entre el dominio de otros y la ansiedad esta mediada por las estrategias de afrontamiento, el dominio de otros predijo significativamente los síntomas de ansiedad (tabla 59). En el segundo paso, el dominio de otros únicamente se asoció con el afrontamiento de distanciamiento. En el tercer paso, el dominio de otros y las variables de afrontamiento se introdujeron simultáneamente en la ecuación como variables predictoras. Los tres tipos de afrontamiento predijeron los síntomas de ansiedad. En este punto el dominio de otros siguió siendo un predictor significativo de los síntomas de ansiedad pero su coeficiente de regresión no estandarizado se redujo de 0.47 a 0.37 en el tercer paso, indicando que el afrontamiento de distanciamiento actúa como un mediador

parcial y que el 21.28% de la varianza en la relación entre el dominio de otros y los síntomas de ansiedad se explica en función de la mediación de esta variable. El test de Sobel fue significativo para el afrontamiento de distanciamiento ($z = 5.80, p < 0.001$).

Tabla 59. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de otros y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.20, F(1,653)= 164.69^{**}$				
Otros	0.47	0.04	0.45	12.83 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Otros	0.05	0.00	0.07	1.88 ^{ns}	Control primario
Otros	0.00	0.00	-0.03	-0.68 ^{ns}	Control secundario
Otros	0.02	0.00	0.36	9.90 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.26, F(4,644)= 56.80^{**}$				
Otros	0.37	0.04	0.35	9.61 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.24	0.61	0.08	2.04 [*]	Ansiedad
Control secundario	-2.15	0.65	-0.13	-3.31 ^{**}	Ansiedad
Distanciamiento	3.97	0.60	0.25	6.68 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

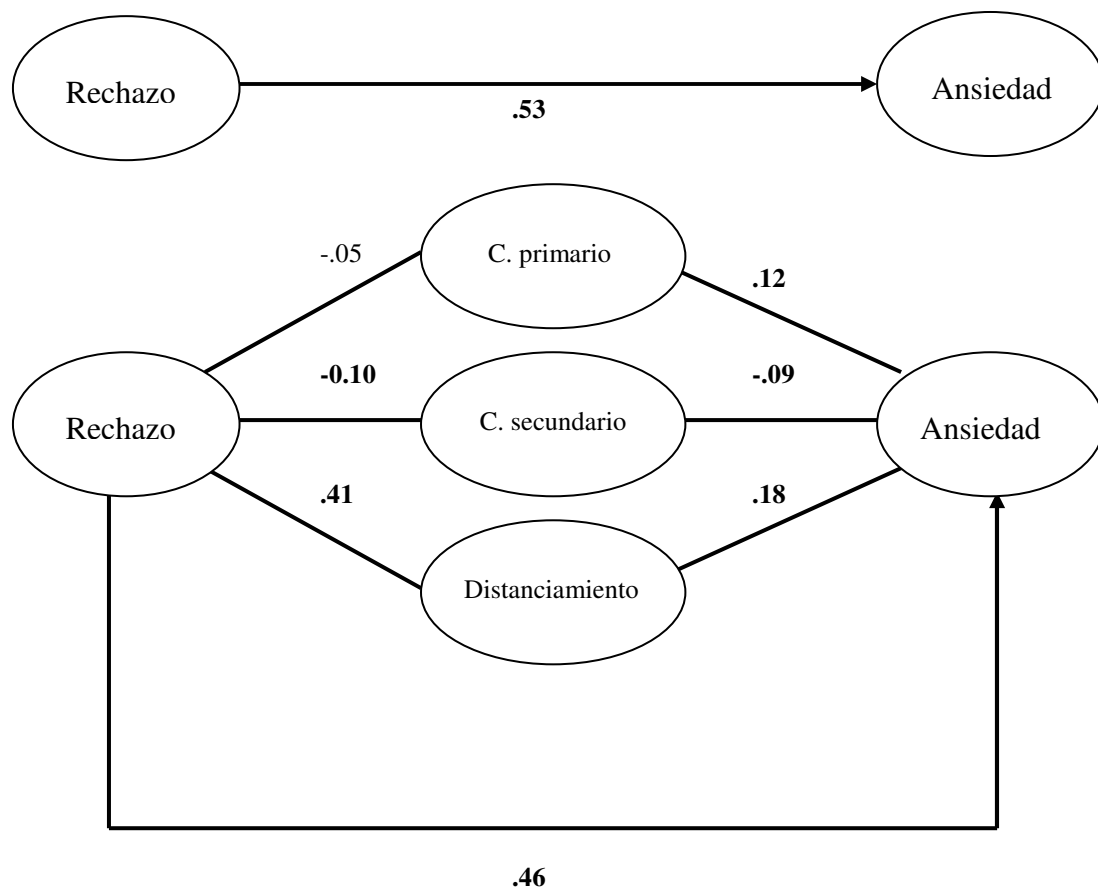
El dominio de rechazo se asoció significativamente a los síntomas de ansiedad en el primer paso de los análisis realizados para estudiar la mediación del afrontamiento en la relación entre el dominio de rechazo y la ansiedad (Tabla 60). En el segundo paso, el dominio de rechazo predijo significativamente el afrontamiento secundario y el de distanciamiento. En el tercer paso, los tres tipos de afrontamiento predijeron significativamente los síntomas de ansiedad. En este punto el dominio de rechazo también obtuvo un coeficiente significativo y solamente bajó de 0.23 a 0.20 indicando que sólo un 13% de la varianza se explica por esta hipótesis mediadora. El test de Sobel fue significativo para el afrontamiento de distanciamiento ($z = 4.32, p < 0.001$). La relación indirecta a través del afrontamiento secundario no fue significativa.

Tabla 60. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de rechazo y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.29, F(1,653)= 261.15^{**}$				
Rechazo	0.23	0.01	0.53	16.16 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Rechazo	0.00	0.00	-0.05	-1.37 ^{ns}	Control primario
Rechazo	0.00	0.00	-0.10	-2.61 [*]	Control secundario
Rechazo	0.01	0.00	0.41	11.53 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.32, F(4,644)= 76.52^{**}$				
Rechazo	0.20	0.02	0.46	12.61 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.95	0.58	0.12	3.36 ^{**}	Ansiedad
Control secundario	-1.47	0.63	-0.09	-2.35 [*]	Ansiedad
Distanciamiento	2.78	0.59	0.18	4.70 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 40. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de rechazo y la ansiedad



Se utilizó el mismo procedimiento para analizar la mediación del afrontamiento en la asociación entre el dominio de vigilancia y los síntomas de ansiedad (tabla 61). Primero, el dominio de vigilancia se asoció significativamente con la ansiedad. En el segundo paso, el dominio de vigilancia predijo significativamente el afrontamiento de control primario y el de distanciamiento. En el tercer paso, tanto el afrontamiento de control primario, secundario, como de distanciamiento predijeron significativamente la ansiedad. En este tercer paso el dominio de vigilancia seguía prediciendo la ansiedad significativamente pero su coeficiente de regresión se redujo de 0.33 a 0.27, lo cual sugiere una mediación de las variables de afrontamiento parcial y que el 18.18% de la varianza en la relación entre el dominio de vigilancia y la ansiedad se explica en función de estos mediadores. El test de significación de los mediadores mostró que el afrontamiento de control primario ($z = -2.62, p < 0.01$) y el de distanciamiento ($z = 5.73, p < 0.001$) explicaron la influencia del dominio de vigilancia en la ansiedad.

Tabla 61. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.10, F(1,653)= 71.50^{**}$				
Vigilancia	0.33	0.04	0.31	8.46 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Vigilancia	-0.01	0.00	-0.12	-2.95 [*]	Control primario
Vigilancia	0.00	0.00	-0.01	-0.22 ^{ns}	Control secundario
Vigilancia	0.02	0.00	0.23	6.13 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.22, F(4,644)= 44.84^{**}$				
Vigilancia	0.27	0.04	0.26	7.20 ^{**}	Ansiedad
Control primario	2.39	0.63	0.15	3.82 ^{**}	Ansiedad
Control secundario	-3.01	0.66	-0.18	-4.56 ^{**}	Ansiedad
Distanciamiento	5.10	0.59	0.32	8.73 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Para estudiar la posible mediación de los tipos de afrontamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y los síntomas de ansiedad se siguió el mismo procedimiento. Los resultados se presentan en la tabla 62. En el primer paso la orientación negativa a los problemas predijo la ansiedad. En el segundo, la orientación negativa a los problemas predijo el afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el tercer paso solo el afrontamiento de distanciamiento predijo la ansiedad. El coeficiente de regresión no estandarizado de la orientación negativa a los problemas descendió de 1.06 a 0.94 en el tercer paso, mostrando que un 11.32% de la varianza en la relación entre la orientación negativa a los problemas y los síntomas de ansiedad esta mediado por el tipo de afrontamiento. El test de Sobel para el afrontamiento de distanciamiento fue significativo ($z = 3.01, p < 0.01$).

Tabla 62. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.31, F(1,653)= 289.33^{**}$				
ONP	1.06	0.06	0.55	17.01 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
ONP	0.07	0.01	0.06	1.43 ^{ns}	Control primario
ONP	-0.01	0.00	-0.08	-2.01 [*]	Control secundario
ONP	0.06	0.00	0.49	14.40 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.32, F(4,644)= 76.97^{**}$				
ONP	0.94	0.07	0.49	12.67 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.03	0.58	0.06	1.77 ^{ns}	Ansiedad
Control secundario	-1.01	0.64	-0.06	-1.59 ^{ns}	Ansiedad
Distanciamiento	1.92	0.62	0.12	3.07 [*]	Ansiedad

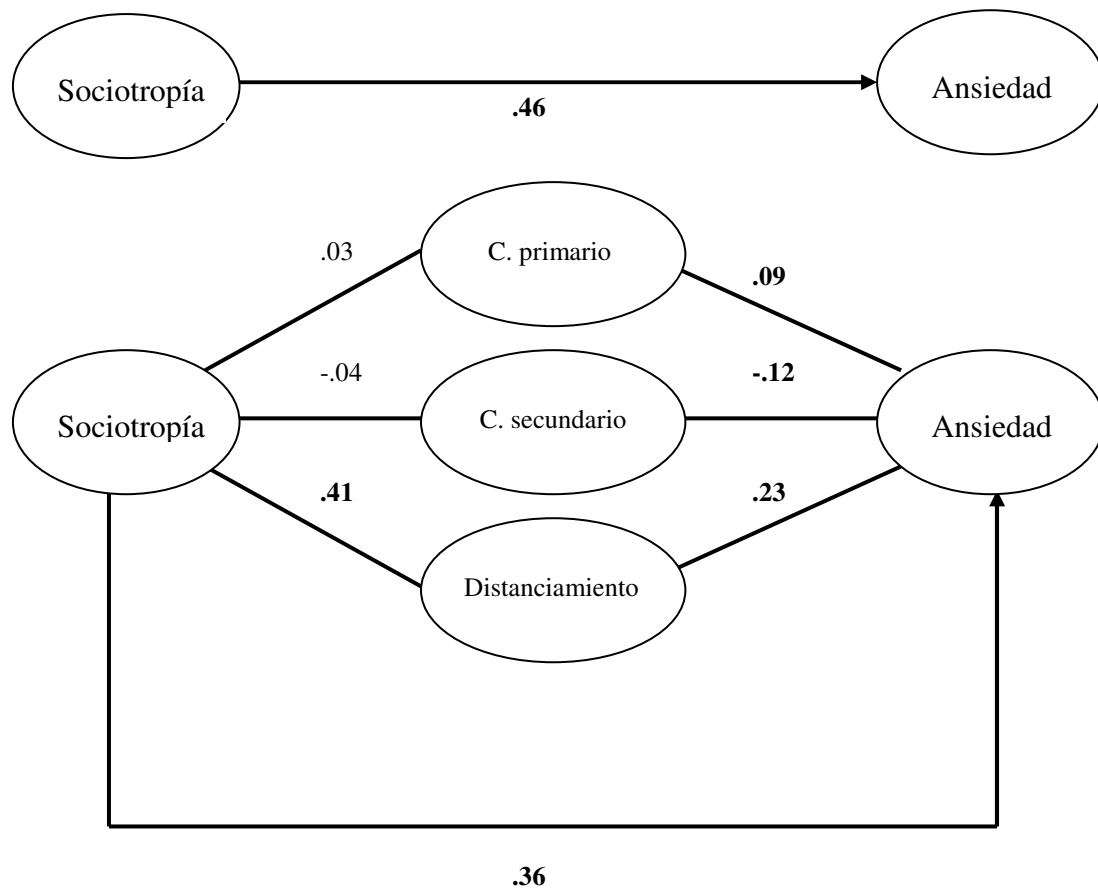
* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados de las regresiones realizadas para estudiar la mediación de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y los síntomas de ansiedad se presentan en la tabla 63. La sociotropía predijo la ansiedad en el primer paso y en el segundo se asoció significativamente al afrontamiento de distanciamiento. Por último, en el paso 3, al introducir juntas las variables mediadoras con la sociotropía los tres tipos de afrontamiento predijeron la ansiedad. En este paso la sociotropía arrojó un coeficiente significativo, pero su coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.50 a 0.39, lo que indica una mediación parcial y un 21.5% de la varianza explicada por esta mediación. El test de Sobel para el afrontamiento de distanciamiento fue significativo ($z = 5.42, p < 0.001$).

Tabla 63. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2=0.21, F(1,653)= 176.35^{**}$				
Sociotropía	0.50	0.04	0.46	13.28 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Sociotropía	0.02	0.00	0.03	0.87 ^{ns}	Control primario
Sociotropía	0.00	0.00	-0.04	-1.13 ^{ns}	Control secundario
Sociotropía	0.03	0.00	0.41	11.38 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2= 0.26, F(4,644)= 56.70^{**}$				
Sociotropía	0.39	0.04	0.36	9.59 ^{**}	Ansiedad
Control primario	1.48	0.61	0.09	2.44 [*]	Ansiedad
Control secundario	-2.00	0.65	-0.12	-3.07 [*]	Ansiedad
Distanciamiento	3.60	0.61	0.23	5.88 ^{**}	Ansiedad
* $p < .05$; ** $p < .001$					

Figura 41. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la sociotropía y la ansiedad



5.6.2.2. RESULTADOS LONGITUDINALES

Empleando el mismo procedimiento que en los apartados anteriores, se estudió el posible papel mediador de las estrategias de afrontamiento en la relación entre las variables cognitivas y el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2.

En la tabla 64 se presentan los resultados para el dominio de autonomía. Tal y como se observa, el dominio de autonomía predijo significativamente el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2. En el paso 2, el dominio de autonomía predijo la estrategia de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el paso 3, la

estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento resultó significativa. En este paso, el dominio de autonomía seguía prediciendo significativamente el aumento de los síntomas de ansiedad, pero su coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.22 a 0.17 lo que indica que un 22.73% de la varianza se explica en función de las estrategias de afrontamiento empleadas. El test de Sobel resultó significativo para la estrategia de distanciamiento ($z = 2.25, p < 0.05$).

Tabla 64. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de autonomía y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.32, F(2,370) = 87.56^{**}$				
Ansiedad T1	-0,63	0,05	-0,66	-12,85**	Ansiedad T2
Autonomía	0.13	0.03	0.22	4.30**	Ansiedad T2
Paso 2					
Autonomía	0.00	0.00	0.01	0.17 ^{ns}	Control primario
Autonomía	0.00	0.00	-0.08	-2.16*	Control secundario
Autonomía	0.02	0.00	0.46	13.14**	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.33, F(5,363) = 36.19^{**}$				
Ansiedad T1	-0,65	0,05	-0,68	-12,98**	Ansiedad T2
Autonomía	0.00	0.03	0.17	3.00*	Ansiedad T2
Control primario	0.34	0.74	0.02	0.46 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.15	0.78	-0.07	-1.48 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	1.76	0.78	0.12	2.26*	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

```
graph LR; A1([Autonomía]) -- ".22" --> AT2([Ansiedad T2]); A2([Autonomía]) -- ".01" --> CP([C. primario]); A2 -- "-.08" --> CS([C. secundario]); A2 -- ".46" --> D([Distanciamiento]); CP -- ".02" --> AT2; CS -- "-.07" --> AT2; D -- ".12" --> AT2; A2 -- ".17" --> AT2;
```

Diagrama de trayectorias de la ansiedad en adolescentes con trastorno de ansiedad social. El modelo muestra la influencia de la autonomía y los estilos de afrontamiento en la ansiedad a los 2 años de seguimiento. Las variables son: Autonomía (exógena), C. primario, C. secundario, Distanciamiento (endógenas), y Ansiedad T2 (endógena). Las flechas representan las relaciones con sus respectivos coeficientes de estandarización.

Relación	Coefficiente de estandarización
Autonomía → Ansiedad T2	.22
Autonomía → C. primario	.01
Autonomía → C. secundario	-.08
Autonomía → Distanciamiento	.46
C. primario → Ansiedad T2	.02
C. secundario → Ansiedad T2	-.07
Distanciamiento → Ansiedad T2	.12
Autonomía → Ansiedad T2 (efecto directo)	.17

230

Tabla 65. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de límites y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.30, F(2,370) = 79.86^{**}$					
Ansiedad T1	-0,56	0,05	-0,58	-12,49 ^{**}	Ansiedad T2
Límites	0.13	0.05	0.13	2.74 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
Límites	0.00	0.00	0.04	0.93 ^{ns}	Control primario
Límites	0.00	0.00	-0.02	-0.59 ^{ns}	Control secundario
Límites	0.02	0.00	0.36	9.86 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.32, F(5,363) = 34.35^{**}$					
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-12,87 ^{**}	Ansiedad T2
Límites	0.08	0.05	0.08	1.64 ^{ns}	Ansiedad T2
Control primario	0.27	0.75	0.02	0.36 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.33	0.78	-0.09	-1.71 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	2.34	0.75	0.16	3.13 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados para el dominio de otros se presentan en la tabla 66. El dominio de otros se asoció significativamente con el aumento de los síntomas de ansiedad en el paso 1 y con la estrategia de afrontamiento de distanciamiento en el segundo paso. En el tercer paso, la estrategia de distanciamiento predijo significativamente el aumento de la ansiedad. En este punto el dominio de otros resultó significativo pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.15 a 0.10 lo que sugiere una mediación parcial donde las estrategias de afrontamiento explican un 33.33% de la varianza. El test de Sobel fue significativo para la estrategia basada en el distanciamiento ($z = 2.92, p < 0.05$).

Tabla 66. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de otros y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.71^{**}$					
Ansiedad T1	-0,58	0,05	-0,60	-12,60 ^{**}	Ansiedad T2
Otros	0.15	0.05	0.15	3.19 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
Otros	0.00	0.00	0.07	1.88 ^{ns}	Control primario
Otros	0.00	0.00	-0.03	-0.68 ^{ns}	Control secundario
Otros	0.02	0.00	0.36	9.90 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.32, F(5,363) = 34.87^{**}$					
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,94 ^{**}	Ansiedad T2
Otros	0.10	0.05	0.11	2.12 [*]	Ansiedad T2
Control primario	0.20	0.75	0.01	0.27 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.26	0.78	-0.08	-1.61 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	2.24	0.74	0.15	3.01 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se llevo a cabo un análisis de mediación de los tipos de afrontamiento para la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad en el T2. Los resultados se muestran en la tabla 67. En el primer paso, la asociación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad fue significativa. En el segundo paso, el dominio de rechazo se asoció significativamente con el afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el tercer paso, la estrategia de distanciamiento predijo significativamente el aumento de la ansiedad. Asimismo, el dominio de rechazo seguía prediciendo significativamente los síntomas de depresión, pero su coeficiente de regresión no estandarizado se redujo de 0,09 a 0,07 en el tercer paso, lo que indica que un 22.22% de la variabilidad en la relación entre el dominio de

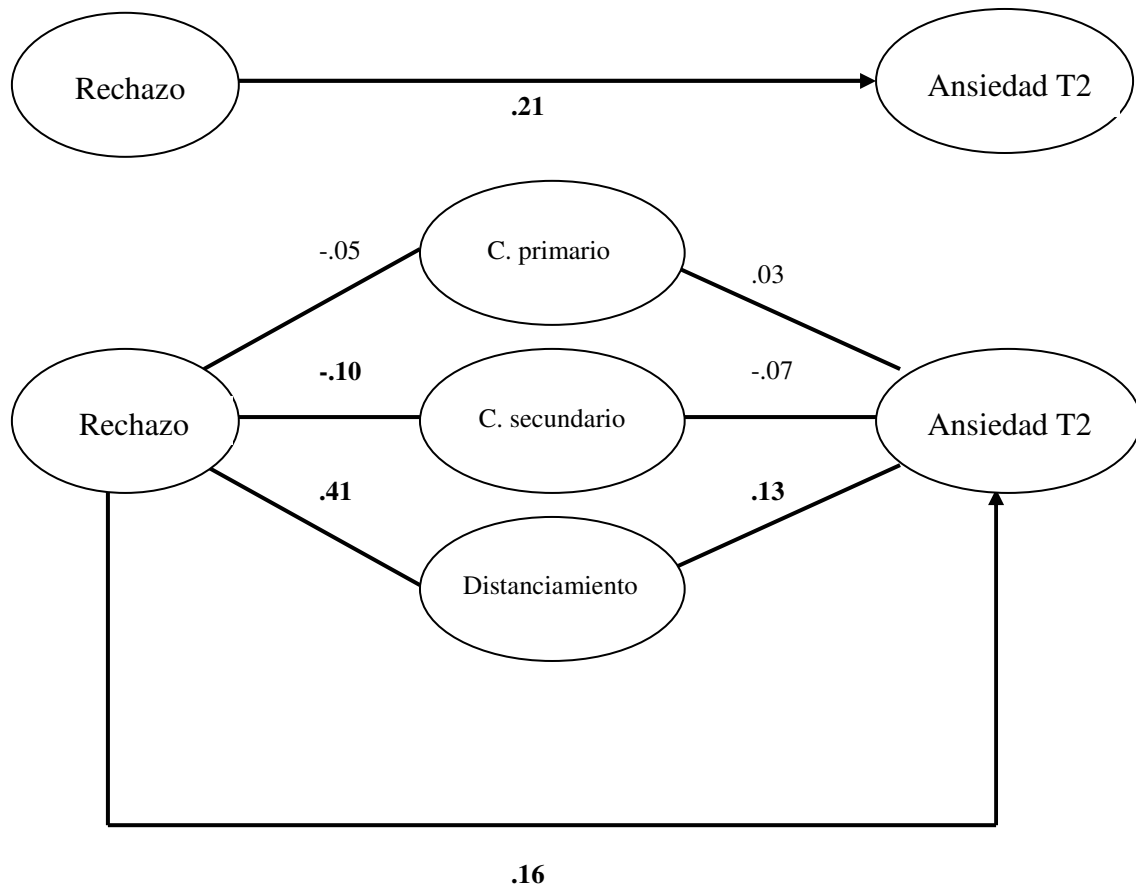
rechazo y el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2 se explica en función de los tipos de afrontamiento. El test de Sobel para el tipo de afrontamiento de distanciamiento fue significativo ($z = 2.50$, $p < .05$) indicando una mediación parcial.

Tabla 67. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.32$, $F(2,370) = 86.49^{**}$					
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,81 ^{**}	Ansiedad T2
Rechazo	0.09	0.02	0.21	4.12 ^{**}	Ansiedad T2
Paso 2					
Rechazo	0.00	0.00	-0.05	-1.37 ^{ns}	Control primario
Rechazo	0.00	0.00	-0.10	-2.61 [*]	Control secundario
Rechazo	0.01	0.00	0.41	11.53 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.33$, $F(5,363) = 36.17^{**}$					
Ansiedad T1	-0,65	0,05	-0,67	-13,01 ^{**}	Ansiedad T2
Rechazo	0.07	0.02	0.16	2.99 [*]	Ansiedad T2
Control primario	0.47	0.74	0.03	0.64 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.14	0.78	-0.07	-1.47 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	1.93	0.75	0.13	2.57 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 43. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad en el T2



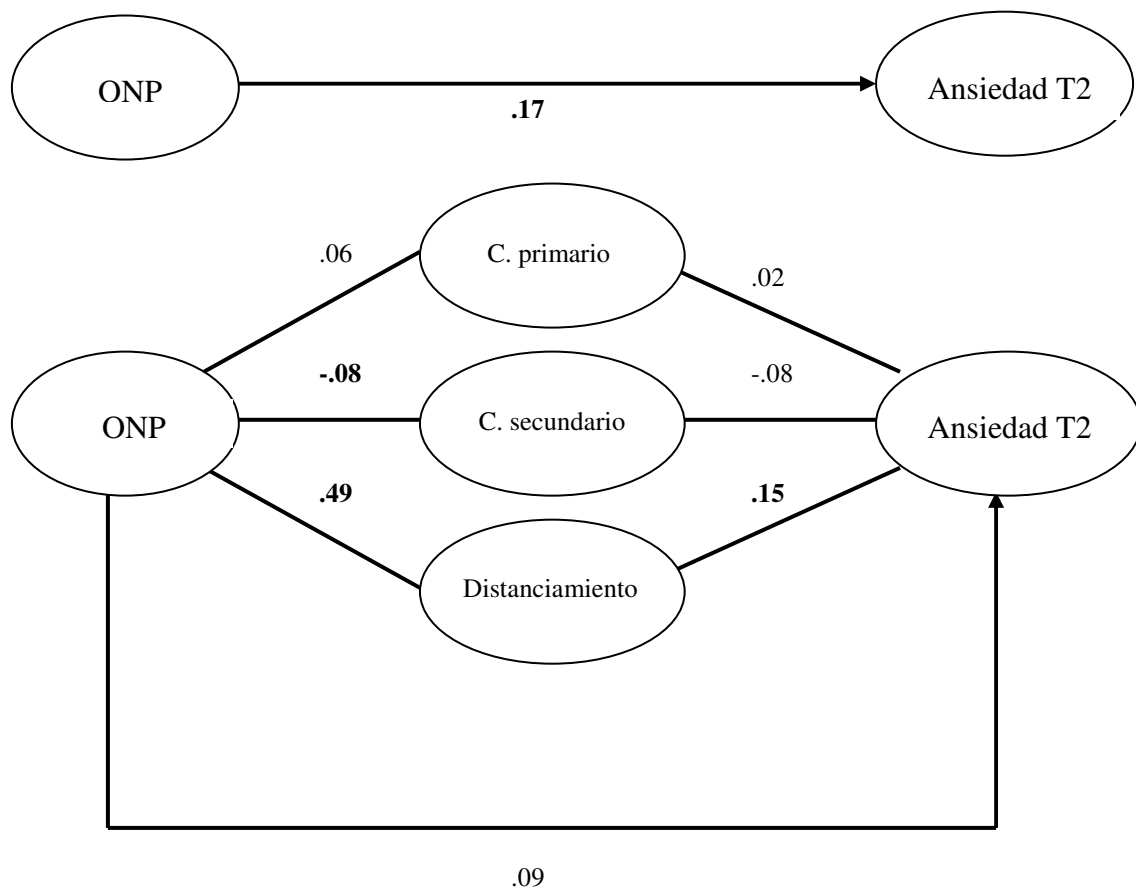
Los resultados de los análisis para la orientación negativa a los problemas se muestran en la tabla 68. En el paso 1, la orientación negativa a los problemas se asoció significativamente al aumento de los síntomas de ansiedad en el T2. En el paso 2, la orientación negativa a los problemas predijo significativamente las estrategias de afrontamiento de control secundario y de distanciamiento. En el tercer paso, la estrategia de distanciamiento se asoció de manera significativa con el aumento de la ansiedad y en este punto la orientación negativa a los problemas arrojó un coeficiente no significativo lo que sugiere una mediación total. Los resultados del test de Sobel fueron significativos para el afrontamiento basado en el distanciamiento ($z = 2.73, p < .001$).

Tabla 68. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.63^{**}$					
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-12.00 ^{**}	Ansiedad T2
ONP	0.30	0.09	0.17	3.17 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
ONP	0.01	0.01	0.06	1.43 ^{ns}	Control primario
ONP	-0.01	0.00	-0.08	-2.01 [*]	Control secundario
ONP	0.06	0.00	0.49	14.40 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.32, F(5,363) = 34.18^{**}$					
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,10 ^{**}	Ansiedad T2
ONP	0.15	0.11	0.09	1.45 ^{ns}	Ansiedad T2
Control primario	0.25	0.75	0.02	0.33 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.24	0.79	-0.08	-1.58 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	2.21	0.80	0.15	2.78 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 44. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la orientación negativa a los problemas y el aumento de la ansiedad en el T2



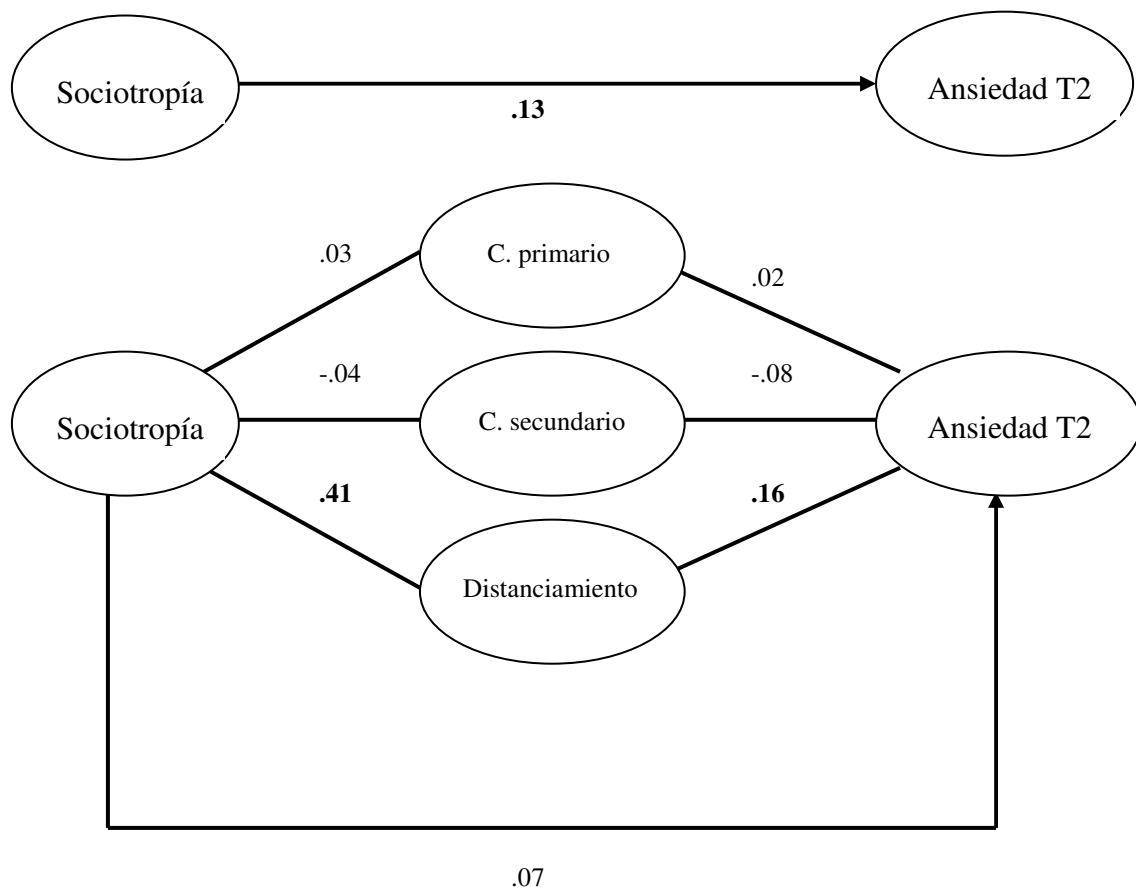
Por último, en la tabla 69 se presentan los resultados para la sociotropía. La sociotropía se asoció significativamente con el aumento de la ansiedad en el primer paso y con la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en el segundo. En el tercer paso, esta estrategia predijo significativamente el aumento de la ansiedad. En este punto la sociotropía no fue significativa lo que indica una mediación total de las estrategias de afrontamiento. El test de Sobel fue significativo para la estrategia de distanciamiento ($z = 3.12, p < .05$).

Tabla 69. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la sociotropía y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.30, F(2,370) = 79.34^{**}$				
Ansiedad T1	-0,57	0,05	-0,60	-12,14 ^{**}	Ansiedad T2
Sociotropía	0.13	0.05	0.13	2.61 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
Sociotropía	0.00	0.00	0.03	0.87 ^{ns}	Control primario
Sociotropía	0.00	0.00	-0.04	-1.13 ^{ns}	Control secundario
Sociotropía	0.03	0.00	0.41	11.38 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.32, F(5,363) = 34.11^{**}$				
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-12,50 ^{**}	Ansiedad T2
Sociotropía	0.07	0.05	0.07	1.37 ^{ns}	Ansiedad T2
Control primario	0.29	0.75	0.02	0.39 ^{ns}	Ansiedad T2
Control secundario	-1.32	0.78	-0.08	-1.69 ^{ns}	Ansiedad T2
Distanciamiento	2.40	0.75	0.16	3.20 ^{**}	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 45. Modelo de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la sociotropía y el aumento de la ansiedad en el T2



5.6.2.3. MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS TRANSVERSALES

Para estudiar el posible papel mediador del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre los dominios y los síntomas de ansiedad se realizaron el mismo tipo de análisis que en los apartados anteriores. Los resultados para el dominio de autonomía se muestran en la tabla 70. Como puede verse se da una mediación parcial. El coeficiente de regresión no estandarizado de autonomía bajó de 0.32 a 0.29 en el tercer paso aunque continuó siendo significativo indicando que el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento actúa como un mediador parcial y que el 9.37% de la varianza en

la relación entre el dominio de autonomía y la ansiedad se explica en función de esta variable. El test de Sobel fue significativo ($z = 3.09, p < 0.01$).

Tabla 70. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de autonomía y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.29, F(1,653) = 267.19^{**}$				
Autonomía	0.32	0.02	0.54	16.35 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Autonomía	0.03	0.00	0.45	13.00 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.30, F(2,652) = 140.13^{**}$				
Autonomía	0.29	0.02	0.49	13.31 ^{**}	Ansiedad
% Distanciamiento	11.26	3.64	0.11	3.09 [*]	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la tabla 71 se muestran los resultados de los análisis de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y la ansiedad. Tal y como puede observarse la mediación es parcial y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 20% de la varianza en la relación entre el dominio de límites y los síntomas de ansiedad. Los resultados del test de Sobel fueron significativos ($z = 6.23, p < 0.001$).

Tabla 71. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y la ansiedad.

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.14, F(1,653) = 109.40^{**}$				
Límites	0.40	0.04	0.38	10.46 ^{**}	Ansiedad

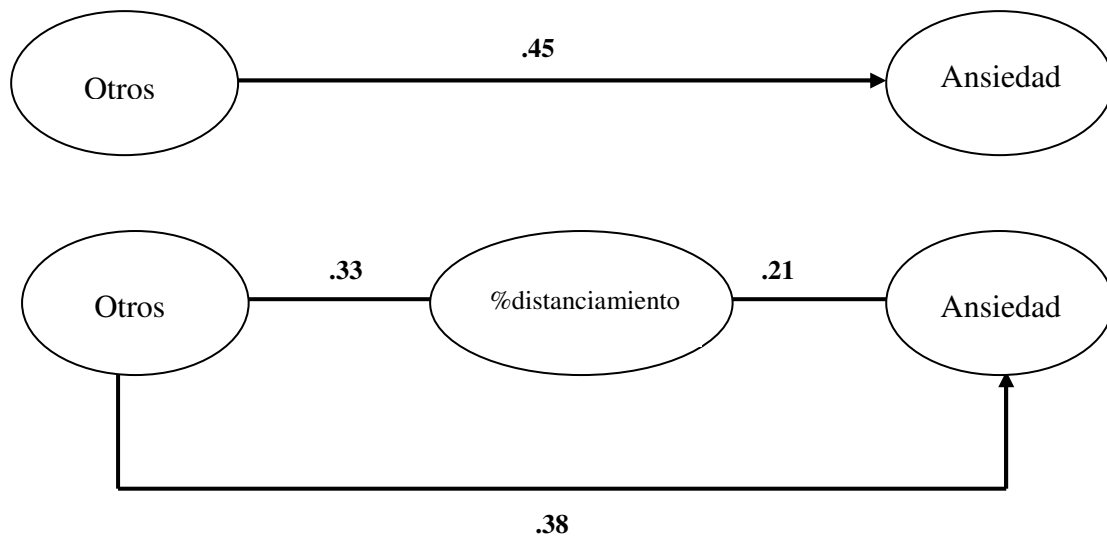
Paso 2					
Límites	0.04	0.00	0.34	9.18**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.19, F(2,652) = 77.28^{**}$					
Límites	0.32	0.04	0.30	8.09**	Ansiedad
% Distanciamiento	23.10	3.71	0.23	6.23**	Ansiedad
* $p < .05$; ** $p < .001$					

A continuación se presentan los resultados de los análisis de mediación para el dominio de otros. Como se observa en la tabla 72 el coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.47 a 0.40 en el tercer paso, lo que indica que un 14.89% de la varianza en la relación entre el dominio de otros y la ansiedad se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel fue significativo ($z = 5.86, p < 0.001$).

Tabla 72. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	β	t	Variable Criterio
Paso 1 $R^2 = 0.20, F(1,653) = 164.69^{**}$					
Otros	0.47	0.04	0.45	12.83**	Ansiedad
Paso 2					
Otros	0.03	0.00	0.33	8.83**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.24, F(2,652) = 103.70^{**}$					
Otros	0.40	0.04	0.38	10.60**	Ansiedad
% Distanciamiento	20.94	3.58	0.21	5.86**	Ansiedad
* $p < .05$; ** $p < .001$					

Figura 45. Modelo de mediación del porcentaje de la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el dominio de otros y la ansiedad



Los resultados de los tests realizados para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y la ansiedad se presentan en la tabla 73. El dominio de rechazo seguía prediciendo de manera significativa la ansiedad en el tercer paso y el coeficiente de regresión no estandarizado bajó solamente de 0.23 a 0.20 en el tercer paso, lo que indica que un 13.04% de la varianza en la relación entre el dominio de rechazo y la ansiedad se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel para el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento fue significativo ($z = 3.45$, $p < .001$) indicando una mediación parcial.

Tabla 73. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	β	t	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.29$, $F(1,653) = 261.15^{**}$				
Rechazo	0.23	0.01	0.53	16.16 ^{**}	Ansiedad

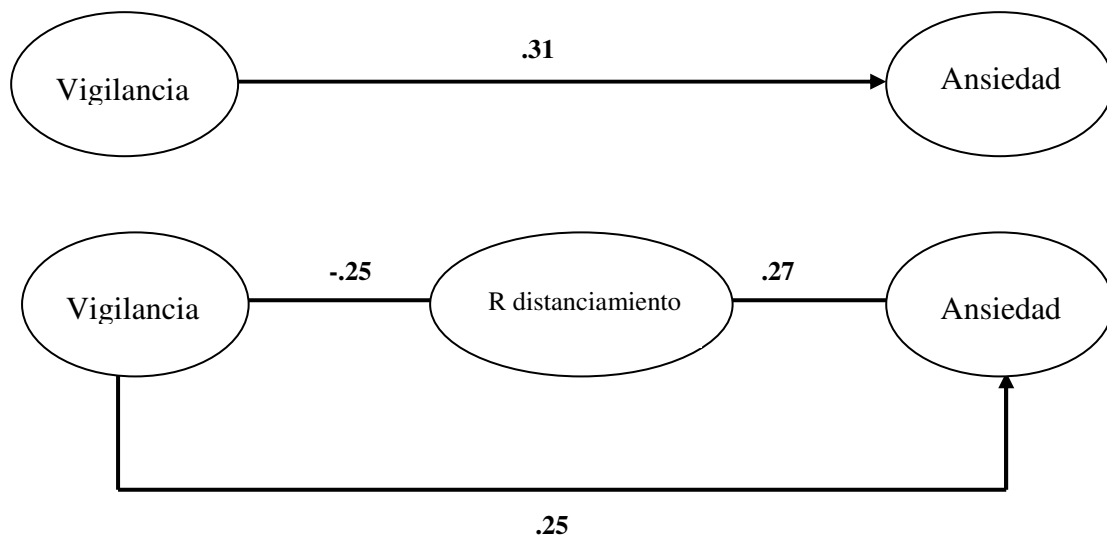
Paso 2					
Rechazo	0.02	0.00	0.44	12.47**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.30, F(2,652) = 138.73^{**}$					
Rechazo	0.20	0.02	0.48	13.22**	Ansiedad
% Distanciamiento	12.48	3.61	0.13	3.46**	Ansiedad
* $p < .05$; ** $p < .001$					

En la tabla 74 se muestran los resultados de los análisis realizados para comprobar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y los síntomas de ansiedad. Tal y como se observa, en el paso 3, cuando el dominio de vigilancia y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento se introducen conjuntamente, el dominio de vigilancia sigue prediciendo significativamente la ansiedad, sin embargo su coeficiente de regresión no estandarizado descendió de 0.33 a 0.26 lo que sugiere que un 21.21% de la varianza en la relación se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel resultó significativo ($z = 7.39, p < .001$).

Tabla 74. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de vigilancia y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1 $R^2 = 0.10, F(1,653) = 71.50^{**}$					
Vigilancia	0.33	0.04	0.31	8.46**	Ansiedad
Paso 2					
Vigilancia	0.03	0.00	0.25	6.54**	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.17, F(2,652) = 65.97^{**}$					
Vigilancia	0.26	0.04	0.25	6.73**	Ansiedad
% Distanciamiento	27.03	3.66	0.27	7.39**	Ansiedad
* $p < .05$; ** $p < .001$					

Figura 46. Modelo de mediación del porcentaje de la estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el dominio de vigilancia y la ansiedad



Los análisis realizados para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y la ansiedad se muestran en la tabla 75. Tal y como puede observarse la mediación es parcial y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 6% de la varianza en la relación entre la ONP y los síntomas de ansiedad. Los resultados del test de Sobel fueron significativos ($z = 2.12, p < 0.05$).

Tabla 75. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y la ansiedad.

Variable Predictora	B	ET	B	t	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2=0.31, F(1,653)= 289.33^{**}$					
ONP	1.06	0.06	0.55	17.01**	Ansiedad
Paso 2					
ONP	0.09	0.00	0.49	14.31**	% Distanciamiento

Paso 3	$R^2 = 0.31, F(2,652) = 147.86^{**}$				
ONP	0.99	0.07	0.52	13.82 ^{**}	Ansiedad
% Distanciamiento	8.05	3.70	0.08	2.18 [*]	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Por último se estudió la mediación de porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y los síntomas de ansiedad. Los resultados de estos análisis de muestran en la tabla 76. A pesar de que en el tercer paso la sociotropía seguía prediciendo de manera significativa la ansiedad, el coeficiente de regresión no estandarizado disminuyó de 0.50 a 0.43 lo que sugiere que un 14% de la varianza se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel resultó significativo ($z = 4.67, p < 0.001$).

Tabla 76. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.21, F(1,653) = 176.35^{**}$				
Sociotropía	0.50	0.04	0.46	13.28 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Sociotropía	0.04	0.00	0.40	11.29 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.24, F(2,652) = 101.90^{**}$				
Sociotropía	0.43	0.04	0.39	10.45 ^{**}	Ansiedad
% Distanciamiento	17.34	3.71	0.18	4.67 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.6.2.4. *MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS LONGITUDINALES*

En este apartado se estudió el papel mediador del porcentaje de estrategia basada en el distanciamiento en la relación entre las variables cognitivas y el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2.

En la tabla 77 se muestran los resultados para el dominio de autonomía. Como puede verse se da una mediación parcial. El coeficiente de regresión no estandarizado de autonomía bajó de 0.13 a 0.10 del primer al tercer paso, pero continuó siendo significativo indicando que el porcentaje de estrategia de distanciamiento actúa como un mediador parcial y que el 23.08% de la varianza en la relación entre el dominio de autonomía y el aumento de los síntomas de ansiedad se explica en función de esta variable. El test de Sobel fue significativo para el porcentaje de estrategia de distanciamiento ($z = 2.12, p < 0.05$).

Tabla 77. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de autonomía y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.32, F(2,370) = 87.56^{**}$				
Ansiedad T1	-0,63	0,05	-0,66	-12,85 ^{**}	Ansiedad T2
Autonomía	0.13	0.03	0.22	4.30 ^{**}	Ansiedad T2
Paso 2					
Autonomía	0.03	0.00	0.45	13.00 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.33, F(3,369) = 60.62^{**}$				
Ansiedad T1	-0,64	0,05	-0,67	-13,08 ^{**}	Ansiedad T2
Autonomía	0.10	0.03	0.18	3.21 ^{**}	Ansiedad T2
% Distanciamiento	10.62	4.80	0.11	2.21 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados del dominio de límites se presentan en la tabla 78. Tal y como se observa los resultados sugieren una mediación total del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y el aumento de la ansiedad en el T2. El test de Sobel fue significativo ($z = 2.99$, $p < 0.05$).

Tabla 78. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de límites y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.30$, $F(2,370) = 79.86^{**}$				
Ansiedad T1	-0,56	0,05	-0,58	-12,49 ^{**}	Ansiedad T2
Límites	0.13	0.05	0.13	2.74 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
Límites	0.03	0.00	0.34	9.18 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.32$, $F(3,369) = 57.36^{**}$				
Ansiedad T1	-0,59	0,05	-0,62	-12,97 ^{**}	Ansiedad T2
Límites	0.09	0.05	0.09	1.89 ^{ns}	Ansiedad T2
% Distanciamiento	13.95	4.66	0.14	2.99 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

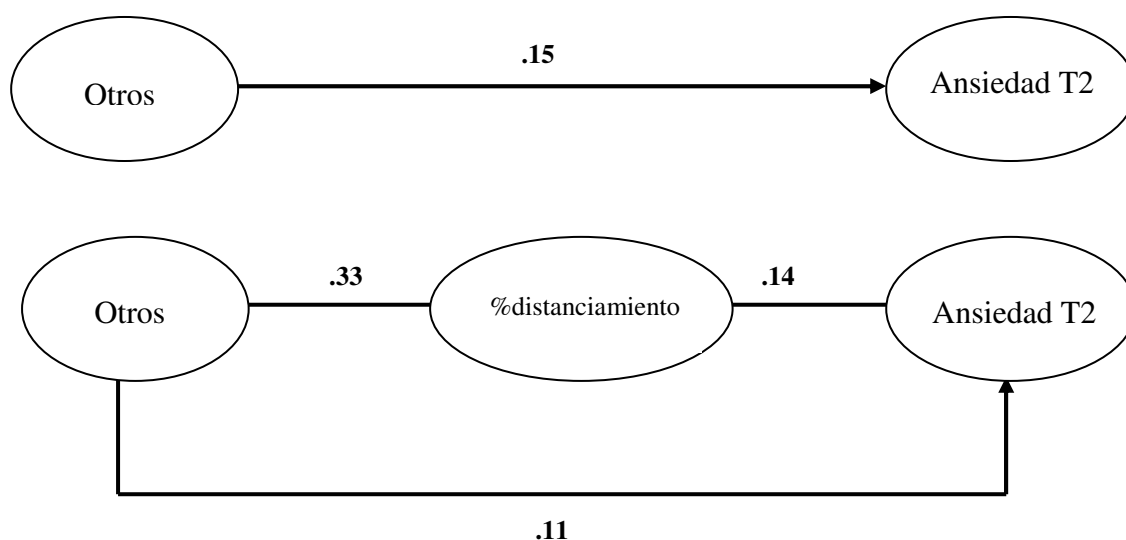
A continuación se realizaron los tests para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y el aumento de los síntomas de ansiedad. Los resultados (tabla 79) mostraron una mediación parcial donde el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explicaba el 26.67% de la varianza en la relación. El test de Sobel resultó significativo a $p < 0.05$, $z = 2.87$.

Tabla 79. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de otros y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.71^{**}$				
Ansiedad T1	-0,58	0,05	-0,60	-12,60**	Ansiedad T2
Otros	0.15	0.05	0.15	3.19**	Ansiedad T2
Paso 2					
Otros	0.03	0.00	0.33	8.83**	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.32, F(3,369) = 58.28^{**}$				
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-13,04**	Ansiedad T2
Otros	0.11	0.05	0.11	2.33*	Ansiedad T2
% Distanciamiento	13.36	4.66	0.14	2.87*	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 47. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el dominio de otros y el aumento de la ansiedad en el T2



Los resultados de los análisis de los tests realizados para evaluar el papel mediador del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad se muestran en la tabla 80 y sugieren que se da una mediación parcial donde el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 22.22% de la varianza. El test de Sobel resultó significativo ($z = 2.36, p < 0.05$).

Tabla 80. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el dominio de rechazo y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1 $R^2 = 0.32, F(2,370) = 86.49^{**}$					
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,81 ^{**}	Ansiedad T2
Rechazo	0.09	0.02	0.21	4.12 ^{**}	Ansiedad T2
Paso 2					
Rechazo	0.02	0.00	0.44	12.47 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.33, F(3,369) = 60.22^{**}$					
Ansiedad T1	-0,64	0,05	-0,66	-13,09 ^{**}	Ansiedad T2
Rechazo	0.07	0.02	0.16	3.07 [*]	Ansiedad T2
% Distanciamiento	11.21	4.76	0.11	2.36 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la tabla 81 se presentan los resultados para la orientación negativa a los problemas. Como se observa los resultados sugieren una mediación total del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. En el paso 1, la orientación negativa a los problemas se asoció significativamente al aumento de los síntomas de ansiedad. En el paso 2, se asoció con el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento, y en el tercer paso, el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento predijo significativamente el aumento de los síntomas de ansiedad mientras que la orientación negativa arrojó un coeficiente no significativo. El test de Sobel fue significativo para el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento ($z = 2.43, p < 0.05$).

Tabla 81. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la orientación negativa a los problemas y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.31, F(2,370) = 81.63^{**}$				
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-12.00 ^{**}	Ansiedad T2
ONP	0.30	0.09	0.17	3.17 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
ONP	0.09	0.00	0.49	14.31 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.32, F(3,369) = 57.33^{**}$				
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,22 ^{**}	Ansiedad T2
ONP	0.19	0.10	0.11	1.87 ^{ns}	Ansiedad T2
% Distanciamiento	12.46	4.94	0.13	2.52 [*]	Ansiedad T2
* $p < .05$; ** $p < .001$					

Los resultados para la sociotropía se muestran en la tabla 82. Tal y como se muestra el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento actúa como un mediador total en la relación entre la sociotropía y el aumento de los síntomas de ansiedad. El test de Sobel fue significativo ($z = 2.99, p < 0.05$).

Tabla 82. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre la sociotropía y el aumento de la ansiedad en el T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.30, F(2,370) = 79.34^{**}$				
Ansiedad T1	-0,57	0,05	-0,60	-12,14 ^{**}	Ansiedad T2
Sociotropía	0.13	0.05	0.13	2.61 [*]	Ansiedad T2
Paso 2					
Sociotropía	0.04	0.00	0.40	11.29 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.32, F(3,369) = 57^{**}$				
Ansiedad T1	-0,60	0,05	-0,62	-12,61 ^{**}	Ansiedad T2
Sociotropía	0.09	0.05	0.09	1.67 ^{ns}	Ansiedad T2
% Distanciamiento	14.03	4.70	0.14	2.99 [*]	Ansiedad T2

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS

En primer lugar, hay que destacar que el apoyo social se asocia significativamente a menos síntomas de ansiedad y depresión. Y además, en este apartado se evaluó si el impacto de los acontecimientos estresantes vividos (totales, vitales y sociales) es diferente según el apoyo social recibido por parte de la familia, amigos, otros significativos y el total, es decir, si el apoyo social actúa como un moderador.

5.7.1. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS TRANSVERSALES

5.7.1.1. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS TOTALES

Para estudiar el posible papel moderador de los distintos tipos de apoyo social en la relación entre los sucesos estresantes vividos y la depresión se llevaron a cabo una serie de regresiones jerárquicas como en el apartado anterior, introduciendo como variables predictoras la ansiedad para controlar el solapamiento, los distintos tipos de apoyo y los sucesos estresantes en el primer paso y la interacción entre las últimas en el segundo. En la tabla 83 se resumen los resultados de estas regresiones.

Como puede observarse, el apoyo recibido por parte de los amigos actúa como moderador de la relación entre los sucesos estresantes vividos y los síntomas de depresión. Aquellos que reciben apoyo por parte de los amigos refieren menos síntomas de depresión que aquellos que reciben poco apoyo. Esta diferencia es aún mayor cuando el número de sucesos estresantes vividos es alto (Figura 48).

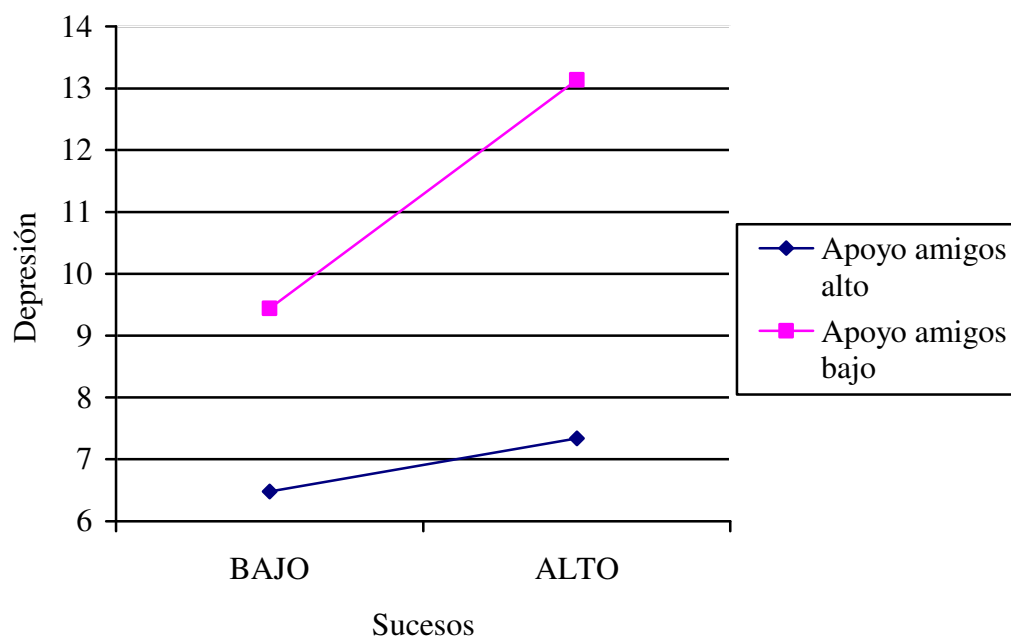
Tabla 83. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y el apoyo social asociados a los síntomas de depresión

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.46$, $F(3,647) = 185.96^{**}$
Apoyo familia	-1.66	0.29	-0.17	-5.163**	
Nº total de sucesos	1.02	0.30	0.10	3.43**	
Ansiedad	0.76	0.04	0.60	20.29**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002$, $\Delta F(1,646) = 2.75$
A. familia x sucesos totales	-0.48	0.29	-0.05	-1.66	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49$, $F(3,647) = 202.70^{**}$
Apoyo amigos	-2.19	0.28	-0.22	-7.75**	
Nº total de sucesos	1.14	0.29	0.12	4.00**	
Ansiedad	0.74	0.04	0.59	20.21**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.01$, $\Delta F(1,646) = 6.88^*$
A. amigos x sucesos totales	-0.71	0.27	-0.07	-2.62*	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47$, $F(3,647) = 187.58^{**}$
Apoyo otros	-1.76	0.29	-0.18	-6.18**	
Nº total de sucesos	1.23	0.29	0.12	4.21**	
Ansiedad	0.78	0.04	0.62	20.98**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00$, $\Delta F(1,646) = 0.01$
A. otros x sucesos totales	0.03	0.28	0.00	0.09	

Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49, F(3,647) = 205.39^{**}$
Apoyo total	-2.30	0.28	-0.23	-8.13 ^{**}	
Nº total de sucesos	1.04	0.29	0.11	3.62 ^{**}	
Ansiedad	0.76	0.04	0.60	20.58 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,646) = 2.79$
A. total x sucesos totales	-0.46	0.28	-0.05	-1.67	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 48. Sucesos estresantes sufridos y el apoyo de los amigos asociados los síntomas de depresión



5.7.1.2. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES

Como en los apartados anteriores, se llevo a cabo un modelo de regresión jerárquico introduciendo como variable criterio la depresión, los tipos de apoyo social y el número de sucesos vitales estresantes vividos en el primer paso y la interacción entre estas dos en el segundo paso. Los resultados que se observan en la tabla 84 muestran

cómo la interacciones sucesos vitales x apoyo de la familia y sucesos vitales x apoyo amigos actúan se asocian significativamente a los síntomas de depresión. Estos efectos moderadores se representan gráficamente en las figuras 49 y 50 respectivamente.

Tabla 84. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores vitales y el apoyo social asociados a los síntomas de depresión

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47, F(3,642) = 185.93^{**}$
Apoyo familia	-1.67	0.30	-0.17	-5.63 ^{**}	
Sucesos vitales	0.88	0.30	0.09	2.97 [*]	
Ansiedad	0.77	0.04	0.61	20.41 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,641) = 4.49^*$
A. familia x suc. Vitales	-0.60	0.28	-0.06	-2.12 [*]	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49, F(3,642) = 202.87^{**}$
Apoyo amigos	-2.22	0.28	-0.23	-7.82 ^{**}	
Sucesos vitales	1.07	0.29	0.11	3.72 ^{**}	
Ansiedad	0.75	0.04	0.59	20.22 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,641) = 5.13^*$
A. amigos x suc. Vitales	-0.60	0.27	-0.07	-2.27 [*]	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.47, F(3,642) = 187.66^{**}$
Apoyo otros	-1.82	0.29	-0.18	-6.36 ^{**}	
Sucesos vitales	1.17	0.29	0.12	3.97 ^{**}	
Ansiedad	0.79	0.04	0.62	21.03 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,641) = 0.11$
A. otros x sucesos vitales	-0.01	0.28	0.01	0.33	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49, F(3,642) = 206.20^{**}$
Apoyo total	-2.34	0.28	-0.24	-8.27 ^{**}	
Sucesos vitales	0.95	0.29	0.10	3.29 ^{**}	
Ansiedad	0.76	0.04	0.60	20.67 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,641) = 2.73$
A. total x sucesos vitales	-0.45	0.27	-0.05	-1.65	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 49. Sucesos estresantes vitales vividos y el apoyo de la familia asociados a los síntomas de depresión

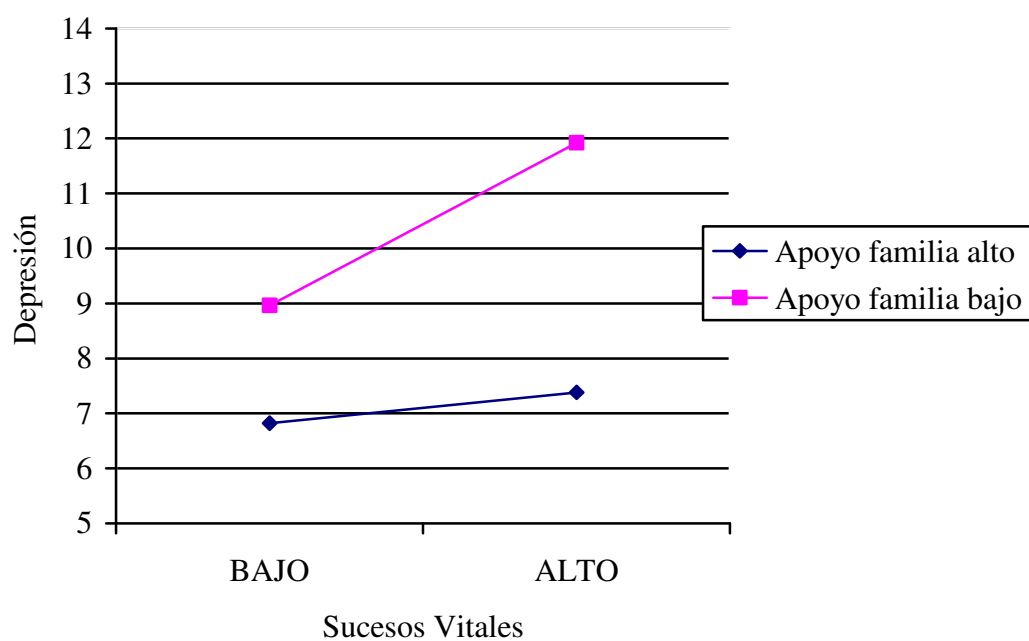
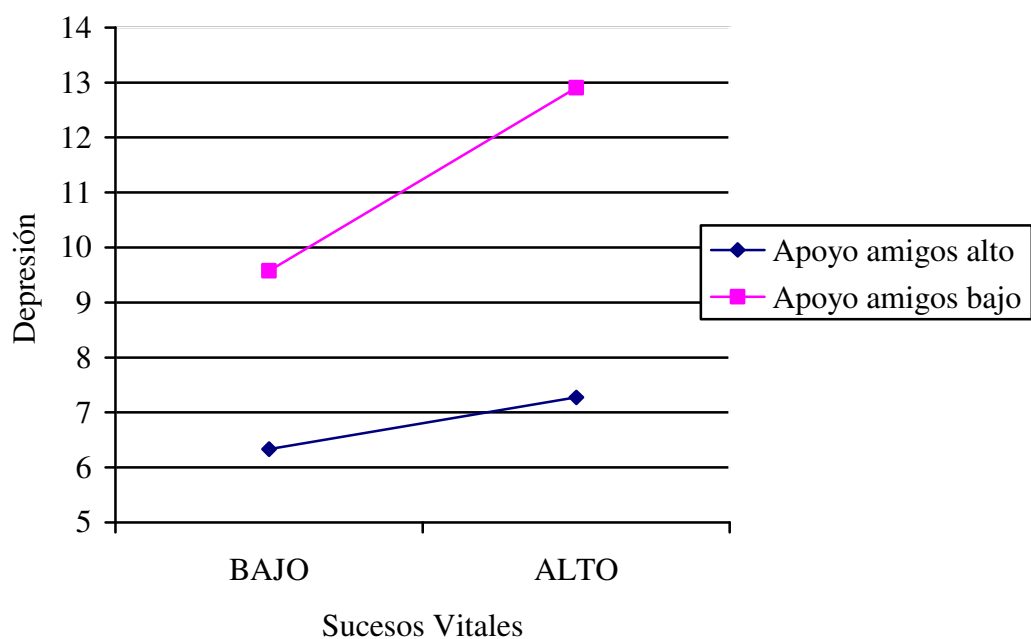


Figura 50. Sucesos estresantes vitales vividos y el apoyo de los amigos asociados a los síntomas de depresión



5.7.1.3. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS SOCIALES

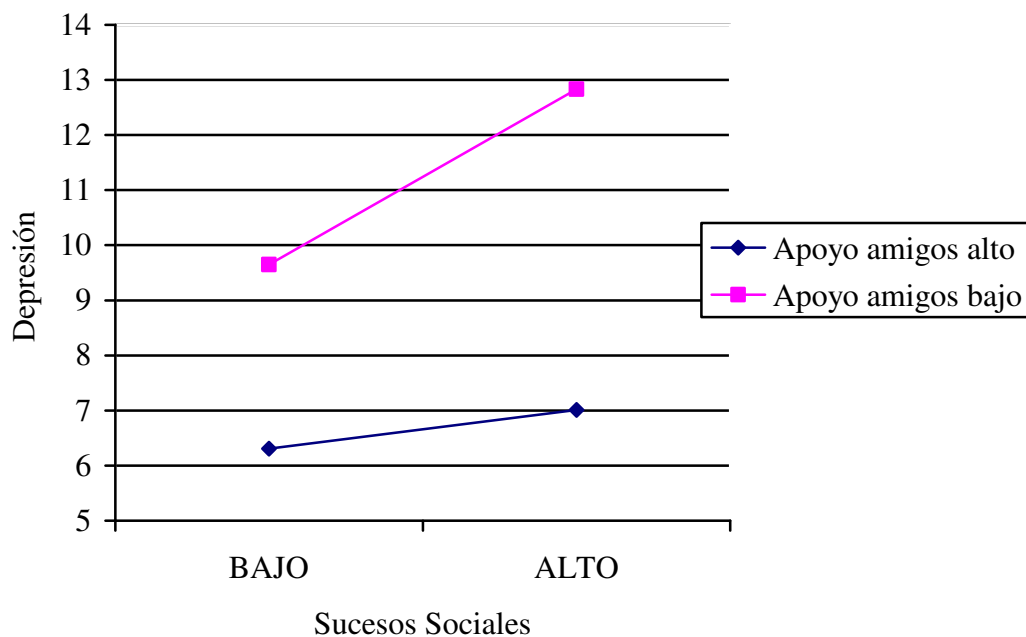
Los resultados de las regresiones jerárquicas realizadas para comprobar la posible moderación del apoyo social en la relación entre los sucesos estresantes sociales vividos y los síntomas de depresión se presentan en la tabla 85. Al igual que en el caso del total de sucesos estresantes, el apoyo recibido por parte de los amigos actuó como moderador de la relación entre los sucesos sociales estresantes vividos y los síntomas de depresión. La relación entre los estresores sociales y depresión es menor entre los que cuentan con más apoyo por parte de amigos (Figura 51).

Tabla 85. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores sociales y el apoyo social asociados a los síntomas de depresión

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.46, F(3,640) = 184.41^{**}$
Apoyo familia	-1.82	0.29	-0.18	-6.24 ^{**}	
Sucesos sociales	0.88	0.29	0.09	3.00 [*]	
Ansiedad	0.77	0.04	0.61	20.65 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 0.30$
A. familia x suc. Sociales	-0.16	0.30	-0.02	-0.54	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.48, F(3,640) = 200.31^{**}$
Apoyo amigos	-2.29	0.29	-0.23	-8.03 ^{**}	
Sucesos sociales	0.97	0.28	0.10	3.42 ^{**}	
Ansiedad	0.76	0.04	0.60	20.64 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,639) = 4.6^*$
A. amigos x suc. Sociales	-0.62	0.29	-0.06	-2.15 [*]	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.46, F(3,640) = 184.43^{**}$
Apoyo otros	-1.81	0.29	-0.18	-6.30 ^{**}	
Sucesos sociales	1.03	0.29	0.10	3.53 ^{**}	
Ansiedad	0.80	0.04	0.63	21.42 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 0.01$
A. otros x sucesos sociales	-0.02	0.29	0.00	-0.08	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.49, F(3,640) = 203.97^{**}$
Apoyo total	-2.41	0.28	-0.24	-8.51 ^{**}	
Sucesos sociales	0.89	0.28	0.09	3.14 [*]	
Ansiedad	0.77	0.04	0.61	21.00 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,639) = 1.12$
A. total x sucesos sociales	-0.30	0.29	-0.03	-1.06	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 51. Sucesos estresantes sociales vividos y el apoyo de los amigos asociados a los síntomas de depresión



5.7.2. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: RESULTADOS LONGITUDINALES

Utilizando la misma estrategia de análisis, se analizó la capacidad de moderación de los distintos tipos de apoyo social en el impacto de los sucesos estresantes en el aumento de los síntomas de depresión en el T2. Para ello se introdujeron en un primer paso la ansiedad y la depresión del T1 para controlar su efecto. En un segundo paso se introdujeron el apoyo y el número de sucesos y por último, en el tercer paso, la interacción entre esas dos. Como variable criterio se introdujo el aumento de los síntomas de depresión del T1 al T2.

5.7.2.1. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS TOTALES

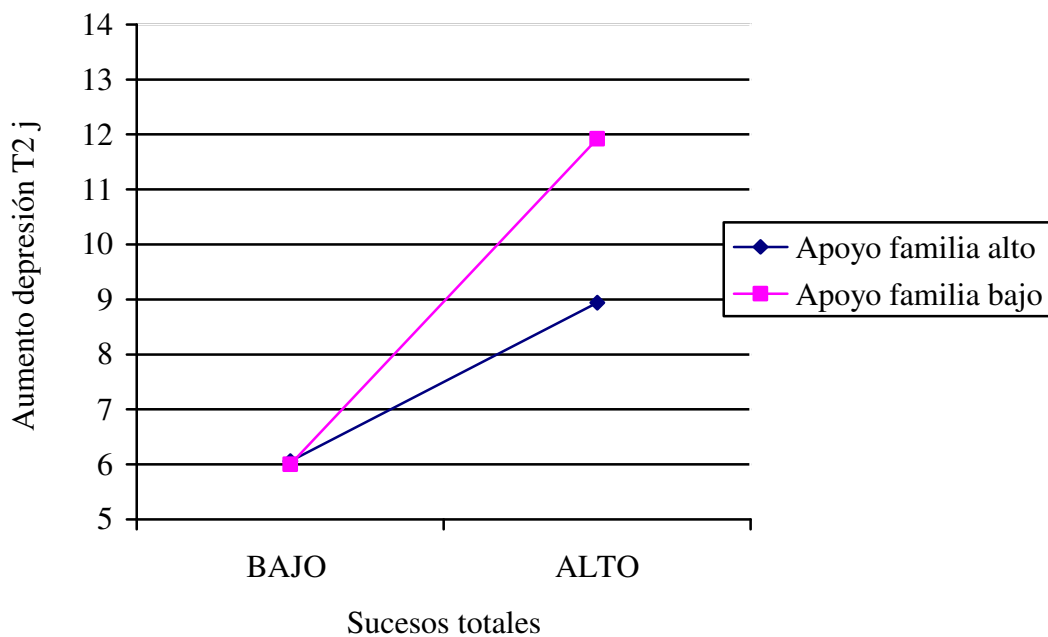
Tal y como se puede observar en la tabla 86, las regresiones jerárquicas realizadas para estudiar la posible moderación del apoyo social en la relación entre los sucesos estresantes totales y el aumento de la depresión muestran que el apoyo recibido por parte de la familia actúa como una variable moderadora de esa relación.

Tabla 86. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y el apoyo social asociados al aumento de los síntomas de depresión.

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.60	0.05	-0.73	-13.15**	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.83*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,366) = 21.02^{**}$
Apoyo familia	-0.73	0.36	-0.09	-2.01*	
Nº total de sucesos	2.20	0.35	0.27	6.31**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 3.86^*$
A. familia x sucesos totales	-0.76	0.38	-0.08	-1.97*	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.60	0.05	-0.73	-12.81**	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.73*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,366) = 20.22^{**}$
Apoyo amigos	-0.61	0.36	-0.07	-1.67	
Nº total de sucesos	2.14	0.35	0.26	6.11**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,365) = 0.51$
A. amigos x sucesos totales	0.27	0.37	0.03	0.72	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.58	0.05	-0.71	-12.56**	
Ansiedad T1	0.15	0.06	0.14	2.61*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,366) = 18.83^{**}$
Apoyo otros	2.18	0.35	0.27	6.19	
Nº total de sucesos	-0.15	0.37	-0.02	-0.42	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,365) = 0.98$
A. otros x sucesos totales	-0.37	0.37	-0.04	-0.99	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.60	0.05	-0.74	-12.91**	
Ansiedad T1	0.17	0.06	0.16	2.91*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.07, \Delta F(2,366) = 20.37^{**}$
Apoyo total	-0.66	0.38	-0.08	-1.74	
Nº total de sucesos	2.20	0.35	0.27	6.28**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,365) = 1.28$
A. total x sucesos totales	-0.47	0.42	-0.05	-1.13	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 52. Sucesos estresantes totales vividos y el apoyo de la familia como predictores del aumento de los síntomas de depresión



5.7.2.2. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES

Los resultados de las regresiones jerárquicas (tabla 87) mostraron que la interacción sucesos vitales estresantes x apoyo de la familia fue significativa, indicando que la asociación entre los sucesos vitales estresantes vividos y el aumento de los síntomas de depresión es distinta según el apoyo que se reciba por parte de la familia (Figura 53).

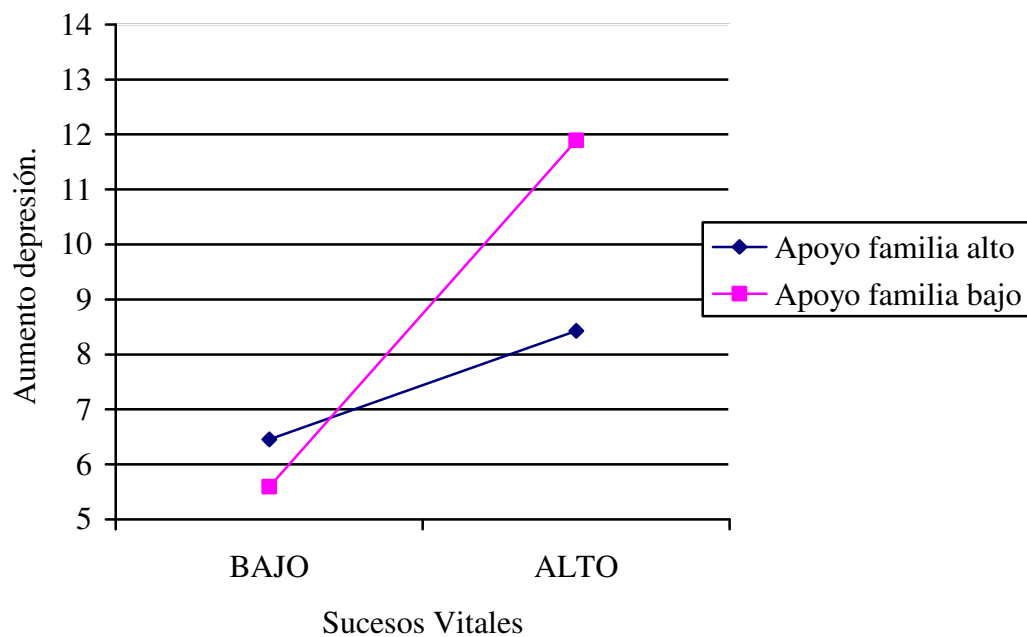
Tabla 87. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores vitales y el apoyo social como predictores del aumento de los síntomas de depresión

Apoyo familia	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.05	-0.72	-12.84 ^{**}	
Ansiedad T1	0.15	0.06	0.14	2.59 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,366) = 17.46^{**}$
Apoyo familia	-0.65	0.37	-0.08	-1.78	
Sucesos vitales	2.07	0.35	0.26	5.92 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 7.60^*$
A. familia x sucesos vitales	-1.08	0.39	-0.12	-2.76 [*]	

Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.05	-0.73	-12.64 ^{**}	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.74 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,366) = 17.01^{**}$
Apoyo amigos	-0.60	0.37	-0.07	-1.63	
Sucesos vitales	1.97	0.36	0.24	5.55 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,365) = 0.00$
A. amigos x sucesos vitales	0.00	0.40	0.00	-0.01	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.57	0.05	-0.70	-12.19 ^{**}	
Ansiedad T1	0.14	0.06	0.13	2.45 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,366) = 15.59^{**}$
Apoyo otros	2.03	0.35	0.25	5.74 ^{**}	
Sucesos vitales	-0.04	0.37	-0.01	-0.11	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,365) = 2.20$
A. otros x sucesos vitales	-0.59	0.40	-0.06	-1.48	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 83.46^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.05	-0.72	-12.58 ^{**}	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.74 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,366) = 16.88^{**}$
Apoyo total	-0.55	0.38	-0.06	-1.44	
Sucesos vitales	2.10	0.36	0.26	5.90 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 3.78$
A. total x sucesos vitales	-0.85	0.44	-0.08	-1.94	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 53. Sucesos vitales y el apoyo de la familia como predictores del aumento de los síntomas de depresión



5.7.2.2. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS SOCIALES

Las regresiones jerárquicas llevadas a cabo para estudiar el impacto de las interacciones sucesos sociales estresantes x apoyo social muestran que ninguna de esas interacciones predice significativamente el aumento de los síntomas de depresión (Tabla 88). Sin embargo, cabe señalar que el apoyo familiar predice menos síntomas de depresión.

Tabla 88. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores sociales y el apoyo social como predictores del aumento de los síntomas de depresión

Apoyo familia	B	ET	β	T	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.06^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.05	-0.72	-12.79 ^{**}	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.83 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,364) = 17.29^{**}$
Apoyo familia	-0.82	0.37	-0.09	-2.21 [*]	
Sucesos sociales	1.93	0.35	0.24	5.52 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,363) = 0.54$
Familia x sucesos sociales	-0.27	0.37	-0.03	-0.73	

Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,366) = 83.06^{**}$
Depresión T1	-0.58	0.05	-0.71	-12.41**	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.77*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,364) = 16.01^{**}$
Apoyo amigos	-0.59	0.37	-0.07	-1.60	
Sucesos sociales	1.90	0.35	0.23	5.43**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,363) = 0.92$
Amigos x sucesos sociales	0.34	0.36	0.04	0.96	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.06^{**}$
Depresión T1	-0.57	0.05	-0.70	-12.30**	
Ansiedad T1	0.16	0.06	0.15	2.73*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,364) = 14.79^{**}$
Apoyo otros	-0.19	0.37	-0.02	-0.51	
Sucesos sociales	1.93	0.35	0.24	5.45**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,363) = 0.23$
A. otros x Sucesos sociales	-0.17	0.35	-0.02	-0.48	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.06^{**}$
Depresión T1	-0.59	0.05	-0.73	-12.55**	
Ansiedad T1	0.18	0.06	0.17	2.99*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(2,364) = 16.41^{**}$
Apoyo total	-0.71	0.39	-0.08	-1.82	
Sucesos sociales	1.94	0.35	0.24	5.52**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,363) = 0.10$
A. total x Sucesos sociales	-0.12	0.39	-0.01	-0.31	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7.3. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD: RESULTADOS TRANSVERSALES

Se estudió el posible papel moderador de los distintos tipos de apoyo social en la relación entre los diferentes sucesos estresantes vividos y los síntomas de ansiedad.

5.7.3.1. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS TOTALES

La tabla 89 muestra los resultados para los modelos regresivos realizados para los síntomas de ansiedad utilizando como predictores los sucesos estresantes totales vividos, los distintos tipos de apoyo social recibido y en un segundo paso la interacción entre estas dos. Ninguna de estas interacciones se asoció significativamente a la ansiedad. Sin embargo, el apoyo total, de amigos y de otros se asoció significativamente a la ansiedad.

Tabla 89. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y el apoyo social asociados a los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,647) = 158.07^{**}$
Apoyo familia	0.46	0.25	0.06	1.87	
Nº total de sucesos	0.42	0.24	0.05	1.74	
Depresión	0.51	0.03	0.65	20.29 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,646) = 0.00$
A. familia x sucesos totales	0.08	0.24	0.00	0.04	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,647) = 159.30^{**}$
Apoyo amigos	0.58	0.25	0.07	2.34 [*]	
Nº total de sucesos	0.37	0.24	0.05	1.52	
Depresión	0.52	0.03	0.66	20.21 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,646) = 0.53$
A. amigos x sucesos totales	0.16	0.23	0.02	0.73	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,647) = 164.37^{**}$
Apoyo otros	0.90	0.24	0.12	3.80 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.34	0.24	0.04	1.40	
Depresión	0.52	0.03	0.66	20.98 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,646) = 1.12$
A. otros x sucesos totales	-0.24	0.23	-0.03	-1.06	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,647) = 162.55^{**}$
Apoyo total	0.83	0.25	0.11	3.38 ^{**}	
Nº total de sucesos	0.40	0.24	0.05	1.68	
Depresión	0.53	0.03	0.67	20.58 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,646) = 0.04$
A. total x sucesos totales	-0.04	0.23	-0.01	-0.19	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7.3.2. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES

Los análisis de regresión jerárquica para los sucesos vitales estresantes vividos y los diferentes tipos de apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad se resumen en la tabla 90. Ninguna de las interacciones fue significativa.

Tabla 90. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de sucesos vitales y el apoyo social asociados a los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,642) = 159.28^{**}$
Apoyo familia	0.47	0.25	0.06	1.90	
Sucesos vitales	0.50	0.24	0.06	2.05*	
Depresión	0.51	0.03	0.65	20.41**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,641) = 0.67$
A. familia x suc. vitales	0.19	0.23	0.03	0.82	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,642) = 160.36^{**}$
Apoyo amigos	0.60	0.25	0.08	2.42*	
Sucesos vitales	0.43	0.24	0.06	1.79	
Depresión	0.52	0.03	0.66	20.22**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,641) = 0.30$
A. amigos x suc. vitales	0.12	0.22	0.02	0.55	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.44, F(3,642) = 165.64^{**}$
Apoyo otros	0.93	0.24	0.12	3.93**	
Sucesos vitales	0.39	0.24	0.05	1.64	
Depresión	0.52	0.03	0.66	21.03**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,641) = 0.97$
A. otros x sucesos vitales	-0.22	0.22	-0.03	-0.99	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,642) = 163.98^{**}$
Apoyo total	0.86	0.25	0.11	3.50**	
Sucesos vitales	0.47	0.24	0.06	1.94	
Depresión	0.53	0.03	0.67	20.67**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,641) = 0.01$
A. total x sucesos vitales	0.02	0.22	0.00	0.11	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7.3.3. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS SOCIALES

Tal y como puede verse en la tabla 91, ningún tipo de apoyo social moderó el impacto de los sucesos sociales estresantes vividos en los síntomas de ansiedad.

Tabla 91. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de sucesos sociales y el apoyo social asociados a los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.42, F(3,640) = 155.91^{**}$
Apoyo familia	0.48	0.24	0.06	1.95	
Sucesos sociales	0.22	0.24	0.03	0.91	
Depresión	0.52	0.03	0.66	20.65 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 0.64$
A. familia x suc. sociales	-0.20	0.24	-0.02	-0.80	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,640) = 157.39^{**}$
Apoyo amigos	0.61	0.25	0.08	2.45 [*]	
Sucesos sociales	0.16	0.24	0.02	0.69	
Depresión	0.53	0.03	0.67	20.64 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 0.46$
A. amigos x suc. sociales	0.16	0.24	0.02	0.68	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,640) = 162.70^{**}$
Apoyo otros	0.92	0.24	0.12	3.88 ^{**}	
Sucesos sociales	0.16	0.24	0.02	0.68	
Depresión	0.52	0.02	0.66	21.42 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 1.09$
A. otros x sucesos sociales	-0.25	0.24	-0.03	-1.05	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.43, F(3,640) = 160.73^{**}$
Apoyo total	0.86	0.25	0.11	3.47 ^{**}	
Sucesos sociales	0.20	0.24	0.03	0.85	
Depresión	0.53	0.03	0.68	21.00 ^{**}	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,639) = 0.32$
A. total x sucesos sociales	-0.13	0.24	-0.02	-0.56	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7.4. TEST DE MODERACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD: RESULTADOS LONGITUDINALES

Siguiendo el mismo análisis de regresiones jerárquicas se estudió la moderación del apoyo social en la relación entre los sucesos estresantes vividos y el aumento de los síntomas de ansiedad. Se introdujeron en el primer paso la ansiedad y la depresión del T1, en el segundo los sucesos y el apoyo social y en el tercero la interacción entre estas últimas.

5.7.4.1. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS TOTALES

En la tabla 92 se recogen los resultados de las regresiones que se realizaron para estudiar el impacto del apoyo social en la relación entre los sucesos estresantes totales vividos y el aumento de los síntomas de ansiedad. Ninguna interacción resultó ser una predictora significativa del aumento de los síntomas de ansiedad.

Tabla 92. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores totales y el apoyo social como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.67	-12.13**	
Depresión T1	0.09	0.04	-0.67	-12.13**	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,366) = 12.43^{**}$
Apoyo familia	0.05	0.33	0.01	0.17	
Nº total de sucesos	1.65	0.32	0.22	5.15**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 3.50$
A. familia x sucesos totales	-0.66	0.35	-0.08	-1.87	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.77**	
Depresión T1	0.08	0.04	0.10	1.77	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.05, \Delta F(2,366) = 12.95^{**}$
Apoyo amigos	-0.32	0.33	-0.04	-0.97	
Nº total de sucesos	1.60	0.32	0.22	5.02**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,365) = 0.16$
A. amigos x sucesos totales	-0.14	0.34	-0.02	-0.40	

Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.67	-12.12 ^{**}	
Depresión T1	0.10	0.04	0.13	2.32 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,366) = 12.63^{**}$
Apoyo otros	0.20	0.33	0.03	0.61	
Nº total de sucesos	1.61	0.32	0.22	5.01 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.002, \Delta F(1,365) = 1.09$
A. otros x sucesos totales	-0.35	0.34	-0.04	-1.04	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.66	-11.94 ^{**}	
Depresión T1	0.09	0.04	0.12	2.03 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,366) = 12.43^{**}$
Apoyo total	-0.04	0.35	0.00	-0.10	
Nº total de sucesos	1.64	0.32	0.22	5.12 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.004, \Delta F(1,365) = 2.36$
A. total x sucesos totales	-0.58	0.38	-0.07	-1.54	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.7.4.2. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS VITALES

Por último, se realizaron análisis de regresión jerárquica para estudiar el papel moderador del apoyo social en la relación entre los sucesos vitales estresantes vividos y el aumento de los síntomas de ansiedad (tabla 93). Las interacciones apoyo familia x sucesos vitales y apoyo social total x sucesos vitales fueron significativas. En ambos casos, cuando los sucesos vitales vividos eran pocos aquellos que recibían poco apoyo mostraban menos aumento en los síntomas de ansiedad. En cambio, cuando los sucesos vitales vividos eran muchos los que recibían poco apoyo mostraban más aumento en los síntomas de ansiedad que los que recibían más apoyo (Figuras 54 y 55).

Tabla 93. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores vitales y el apoyo social como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.68	-12.29**	
Depresión T1	0.10	0.04	0.14	2.43*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.03, \Delta F(2,366) = 9.60^{**}$
Apoyo familia	0.12	0.34	0.02	0.36	
Sucesos vitales	1.53	0.32	0.21	4.78**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 7.97^*$
A. familia x sucesos vitales	-1.01	0.36	-0.12	-2.82*	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.70**	
Depresión T1	0.08	0.04	0.11	1.89	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,366) = 10.08^{**}$
Apoyo amigos	-0.31	0.33	-0.04	-0.93	
Sucesos vitales	1.45	0.32	0.20	4.48**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,365) = 0.78$
A. amigos x sucesos vitales	-0.32	0.36	-0.04	-0.88	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.65	0.05	-0.68	-12.12**	
Depresión T1	0.11	0.04	0.15	2.55*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,366) = 9.88^{**}$
Apoyo otros	0.29	0.34	0.04	0.85	
Sucesos vitales	1.44	0.32	0.20	4.48**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.003, \Delta F(1,365) = 1.44$
A. otros x sucesos vitales	-0.43	0.36	-0.05	-1.20	
Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,368) = 84.34^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.67	-12.03**	
Depresión T1	0.10	0.04	0.14	2.33*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.03, \Delta F(2,366) = 9.56^{**}$
Apoyo total	0.07	0.35	0.01	0.20	
Sucesos vitales	1.54	0.33	0.21	4.75**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,365) = 5.01^*$
A. total x sucesos vitales	-0.89	0.40	-0.10	-2.24*	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 54. Sucesos estresantes vitales vividos y el apoyo de la familia como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad

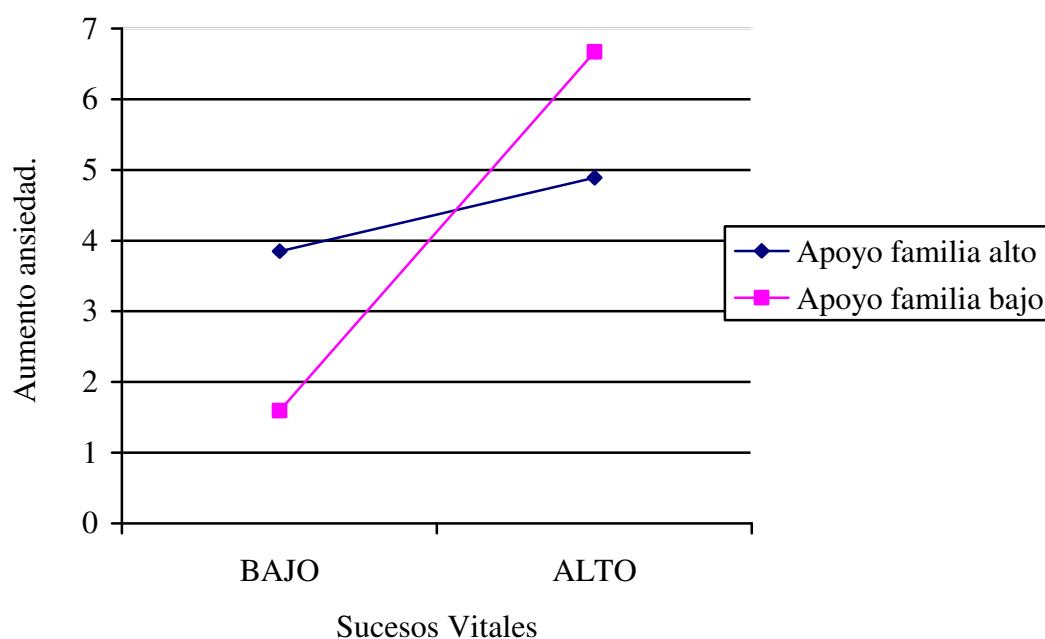
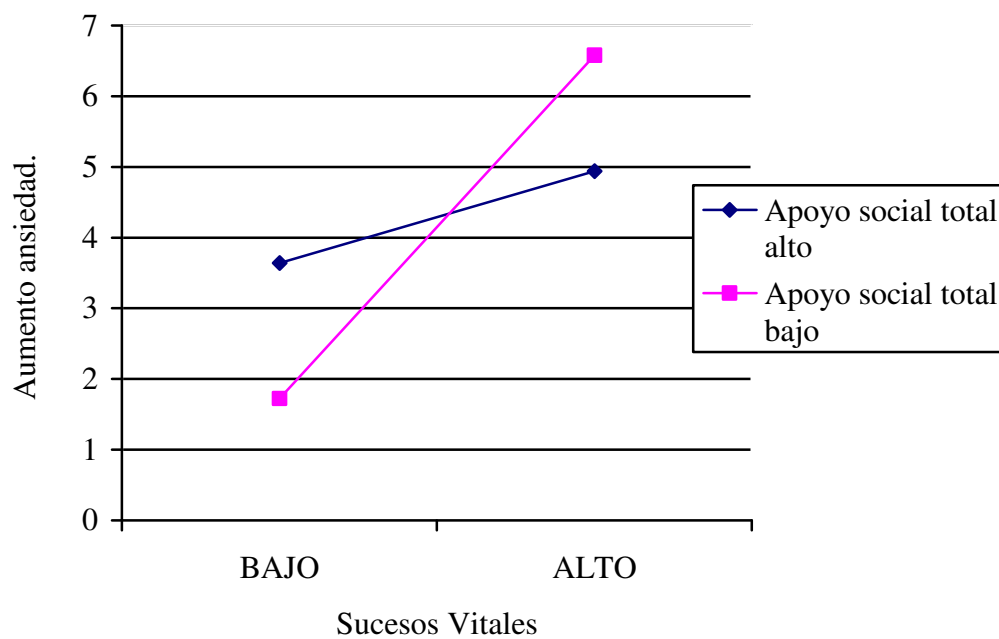


Figura 55. Sucesos estresantes vitales vividos y el apoyo social total como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad



5.7.4.3. EL APOYO SOCIAL Y LOS SUCESOS SOCIALES

Las regresiones jerárquicas realizadas para comprobar la moderación del apoyo social en la relación entre los sucesos sociales estresantes vividos y el aumento de los síntomas de ansiedad se muestra en la tabla 94. Como puede observarse ninguna interacción resultó significativa.

Tabla 94. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el número de estresores sociales y el apoyo social como predictores del aumento de los síntomas de ansiedad

Apoyo familia	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.38^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.77**	
Depresión T1	0.09	0.04	0.13	2.24*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,364) = 10.77^{**}$
Apoyo familia	-0.02	0.34	0.00	-0.04	
Sucesos sociales	1.48	0.32	0.20	4.65**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,363) = 0.24$
Familia x sucesos sociales	-0.17	0.34	-0.02	-0.49	
Apoyo amigos	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(3,366) = 83.38^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.61**	
Depresión T1	0.08	0.04	0.12	1.97*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,364) = 11.26^{**}$
Apoyo amigos	-0.32	0.33	-0.04	-0.96	
Sucesos sociales	1.48	0.32	0.20	4.65**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,363) = 0.01$
Amigos x sucesos sociales	-0.03	0.32	0.00	-0.08	
Apoyo otros	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.38^{**}$
Ansiedad T1	-0.64	0.05	-0.66	-11.86**	
Depresión T1	0.10	0.04	0.14	2.42*	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,364) = 10.92^{**}$
Apoyo otros	0.16	0.34	0.02	0.47	
Sucesos sociales	1.47	0.32	0.20	4.60**	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,363) = 0.62$
A. otros x Sucesos sociales	-0.25	0.32	-0.03	-0.79	

Apoyo total	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Cambio en R^2
Paso 1					$R^2 = 0.31, F(2,366) = 83.38^{**}$
Ansiedad T1	-0.63	0.05	-0.65	-11.65 ^{**}	
Depresión T1	0.09	0.04	0.13	2.14 [*]	
Paso 2					$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(2,364) = 10.79^{**}$
Apoyo total	-0.08	0.35	-0.01	-0.24	
Sucesos sociales	1.49	0.32	0.20	4.66 ^{**}	
Paso 3					$\Delta R^2 = 0.001, \Delta F(1,363) = 0.43$
A. total x Sucesos sociales	-0.23	0.35	-0.03	-0.66	

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.8. MEDIACIÓN DEL AFRONTAMIENTO ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LOS SÍNTOMAS

En este último apartado se estudió la hipótesis de que la influencia del apoyo social (total, familia, amigos y otros significativos) sobre los síntomas psicológicos está mediado por el mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptadas (control primario y secundario) y menor uso de estrategias de afrontamiento inadaptadas (distanciamiento). Para eso, se empleó el mismo procedimiento que en el apartado anterior de mediación.

5.8.1. TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

5.8.1.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

La tabla 95 muestra los resultados de los análisis utilizando como mediadoras las puntuaciones en los tres tipos de afrontamiento (primario, secundario y distanciamiento). En el primer paso, la puntuación total en apoyo social predijo significativamente de manera negativa los síntomas de depresión. En el segundo paso, se estimó la predicción del apoyo social total para cada uno de los tres tipos de afrontamiento. El apoyo social se asoció significativamente con los tres tipos de afrontamiento. En el tercer paso se estimó un modelo de regresión múltiple en el que se incluyeron simultáneamente como variables predictoras la puntuación total en apoyo social y las puntuaciones en los tres tipos de afrontamiento. Tal y como puede verse en la tabla, el apoyo social total seguía prediciendo significativamente los síntomas de

depresión y su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de -0,24 a -0,22 en el tercer paso, lo que indica que un 8.3% de la variabilidad en la relación entre el apoyo social total y los síntomas de depresión se explica en función de los tipos de afrontamiento. Para evaluar de manera formal los efectos específicos indirectos, tal y como se hizo en el apartado anterior, se utilizó el test de Sobel. Los resultados de este test fueron significativos a $p < 0.001$ para los tres tipos de afrontamiento: $z = 3.75$ para el afrontamiento primario, $z = -4.82$ para el afrontamiento secundario y $z = -4.37$ para el afrontamiento de distanciamiento.

Tabla 95. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo social total y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.10, F(1,649) = 70.80^{**}$				
Apoyo social	-0.24	0.03	-0.31	-8.41 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Apoyo social	0.02	0.00	0.50	14.45 ^{**}	Control primario
Apoyo social	0.07	0.00	0.21	5.33 ^{**}	Control secundario
Apoyo social	-0.01	0.00	-0.13	-3.21 ^{**}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.28, F(4,640) = 63.04^{**}$				
Apoyo social	-0.22	0.03	-0.28	-7.22 ^{**}	Depresión
Control primario	3.29	0.86	0.16	3.84 ^{**}	Depresión
Control secundario	-5.25	0.81	-0.24	-6.50 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	8.21	0.71	0.41	11.62 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados fueron muy parecidos en el caso del apoyo recibido por parte de la familia (tabla 96). En el primer paso, el apoyo de la familia se asoció significativamente de forma negativa con los síntomas de depresión. En el segundo paso, el apoyo familiar se relacionó con los tres tipos de afrontamiento (de manera negativa con el tipo de

distanciamiento). Y por último, en el tercer paso, tanto el apoyo familiar como los tres tipos de afrontamiento siguieron prediciendo los síntomas de depresión pero el coeficiente no estandarizado del apoyo de la familia bajó de 0.49 a 0.36, lo que indica que un 26% de la variabilidad en la relación se explica por las estrategias de afrontamiento empleadas. Los resultados del test de Sobel fueron significativos a $p < .05$ para el tipo de afrontamiento primario ($z = 1.97$) y a $p < .01$ para el tipo de afrontamiento secundario ($z = -2.96$) y de distanciamiento ($z = -2.95$).

Tabla 96. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo de la familia y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.07, F(1,649) = 50.78^{**}$				
Apoyo familia	-0.49	0.07	-0.27	-7.13**	Depresión
Paso 2					
Apoyo familia	0.03	0.00	0.30	7.84**	Control primario
Apoyo familia	0.10	0.00	0.12	3.02**	Control secundario
Apoyo familia	-0.01	0.00	-0.13	-3.46**	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.26, F(4,640) = 56.04^{**}$				
Apoyo familia	-0.36	0.07	-0.20	-5.51**	Depresión
Control primario	1.62	0.80	0.08	2.03*	Depresión
Control secundario	-5.48	0.82	-0.25	-6.68**	Depresión
Distanciamiento	8.60	0.71	0.43	12.06**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Utilizando el mismo procedimiento se analizó la mediación del afrontamiento en la asociación entre el apoyo de los amigos y los síntomas de depresión (tabla 97). Primero, el apoyo de los amigos se asoció significativamente de una manera negativa con la depresión. En el segundo paso, el apoyo de los amigos predijo significativamente el afrontamiento de control primario, secundario y el de distanciamiento. En el tercer

paso, el apoyo de los amigos seguía prediciendo la depresión significativamente pero su coeficiente de regresión se redujo de 0.64 a 0.54, lo cual sugiere una mediación de las variables de afrontamiento parcial y que el 15.63% de la varianza en la relación entre el apoyo de los amigos y la depresión se explica en función de estos mediadores. El test de significación de los mediadores mostró que el afrontamiento de control primario ($z = 3.05, p < 0.01$), de control secundario ($z = -4.60, p < 0.001$) y el de distanciamiento ($z = -2.38, p < 0.05$) explicaron la influencia del apoyo de los amigos en la depresión.

Tabla 97. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo de los amigos y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1 $R^2 = 0.10, F(1,649) = 74.07^{**}$					
Apoyo amigos	-0.64	0.07	-0.32	-8.61**	Depresión
Paso 2					
Apoyo amigos	0.04	0.00	0.41	11.53**	Control primario
Apoyo amigos	0.02	0.00	0.23	6.12**	Control secundario
Apoyo amigos	-0.01	0.00	-0.10	-2.52*	Distanciamiento
Paso 3 $R^2 = 0.28, F(4,640) = 63.32^{**}$					
Apoyo amigos	-0.54	0.07	-0.27	-7.30**	Depresión
Control primario	2.55	0.81	0.12	3.14*	Depresión
Control secundario	-4.89	0.81	-0.23	-6.01**	Depresión
Distanciamiento	8.37	0.70	0.42	11.93**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 98 muestra los resultados de la mediación de los tipos de afrontamiento en la asociación entre el apoyo de otros significativos y los síntomas de depresión. En el primer paso, el apoyo de otros significativos se asoció con la depresión. En el segundo, la orientación negativa a los problemas se asoció con el afrontamiento de control primario y secundario. En el tercer paso esos dos tipos de afrontamiento se asociaron a

la depresión. En este paso, el apoyo de otros significativos siguió prediciendo significativamente los síntomas de depresión. El coeficiente de regresión no estandarizado del apoyo de otros disminuyó de 0.34 a 0.29 en el tercer paso, mostrando que un 14,7% de la varianza en la relación entre el apoyo de los otros y los síntomas de depresión esta mediado por las variables de afrontamiento. Los resultados del test de Sobel fueron significativos para la estrategia de afrontamiento de control primario ($z = 2.37, p < 0.05$) y secundario ($z = -3.73, p < 0.001$).

Tabla 98. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo de otros significativos y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.04, F(1,649) = 23.46^{**}$				
Apoyo otros	-0.34	0.07	-0.19	-4.84 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Apoyo otros	0.04	0.00	0.51	15.07 ^{**}	Control primario
Apoyo otros	0.01	0.00	0.16	4.10 ^{**}	Control secundario
Apoyo otros	-0.01	0.00	-0.08	-1.91 ^{ns}	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.24, F(4,640) = 51.25^{**}$				
Apoyo otros	-0.29	0.07	-0.16	-3.93 ^{**}	Depresión
Control primario	2.15	0.90	0.10	2.41 [*]	Depresión
Control secundario	-5.72	0.83	-0.27	-6.91 ^{**}	Depresión
Distanciamiento	8.91	0.72	0.45	12.44 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

5.8.1.2. *MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS TRANSVERSALES*

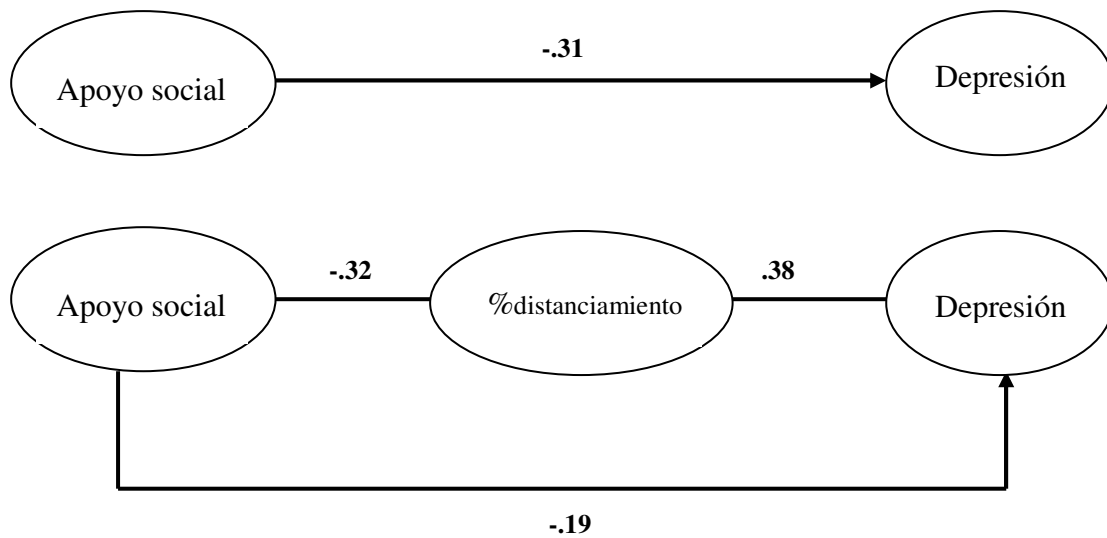
Utilizando la misma estrategia que en el apartado anterior se llevaron a cabo análisis para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo social recibido y los síntomas de depresión. Como se muestra en la tabla 99 el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento medió parcialmente esta relación explicando el 37.5% de la varianza. El test de Sobel fue significativo ($z = -10.46, p < 0.001$).

Tabla 99. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo social total y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.10, F(1,649) = 70.80^{**}$				
Apoyo social	-0.24	0.03	-0.31	-8.41 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Apoyo social	0.00	0.00	-0.32	-8.71 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.23, F(2,648) = 95.98^{**}$				
Apoyo social	-0.15	0.03	-0.19	-5.23 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	47.99	4.59	0.38	10.46 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 56. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo social y la depresión.



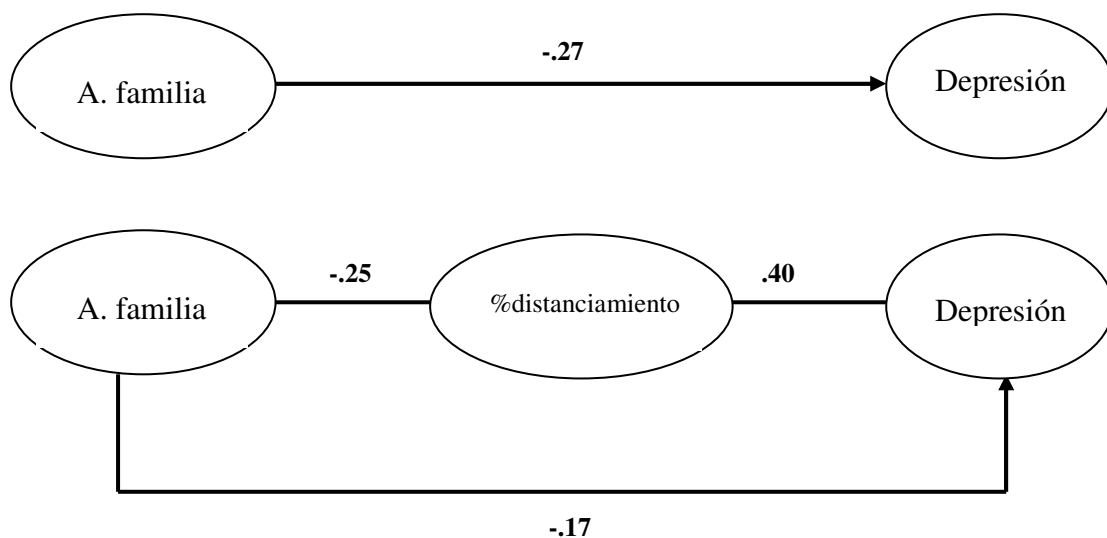
A continuación se realizaron los análisis para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo recibido por parte de la familia y los síntomas de depresión. Los resultados que se muestran en la tabla 100 sugieren una mediación parcial en la que el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento explica el 36.73% de la varianza. El test de Sobel resultó significativo para el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento ($z = -3.44$, $p < 0.001$).

Tabla 100. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo de la familia y la depresión

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.07, F(1,649) = 50.78^{**}$				
Apoyo familia	-0.49	0.07	-0.27	-7.13 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Apoyo familia	0.00	0.00	-0.25	-6.62 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.22, F(2,648) = 92.88^{**}$				
Apoyo familia	-0.31	0.07	-0.17	-4.73 ^{**}	Depresión
% Distanciamiento	50.40	4.50	0.40	11.19 ^{**}	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 57. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo de la familia y la depresión



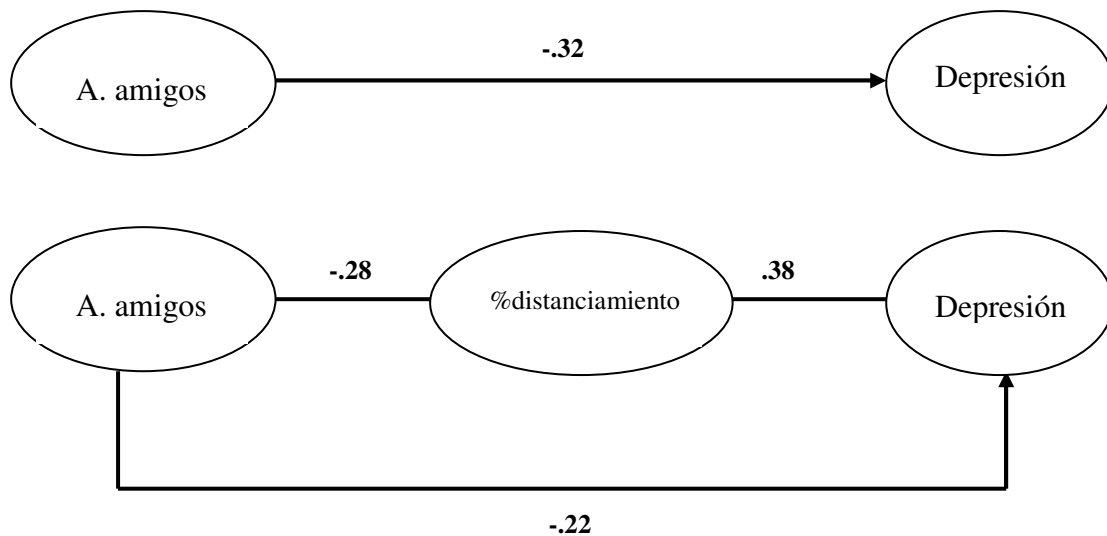
En la tabla 101 se presentan los análisis de regresión para probar la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo recibido de los amigos y los síntomas de depresión. En el paso 3, el apoyo de los amigos continuó asociándose significativamente la depresión pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.64 a 0.43 indicando que un 32.81% de la varianza en la relación entre el apoyo de amigos y la depresión se explica en función del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel fue significativa ($z = -4.01, p < 0.001$).

Tabla 101. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo social de amigos y la depresión.

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1				$R^2 = 0.10, F(1,649) = 74.07^{**}$	
Apoyo amigos	-0.64	0.07	-0.32	-8.61**	Depresión
Paso 2					
Apoyo amigos	0.00	0.00	-0.28	-7.30**	% Distanciamiento
Paso 3				$R^2 = 0.24, F(2,648) = 101.54^{**}$	
Apoyo amigos	-0.43	0.07	-0.22	-6.03**	Depresión
% Distanciamiento	48.31	4.49	0.38	10.77**	Depresión

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 58. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo de amigos y la depresión.



Por último, se realizaron los mismos análisis para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo de otros y la depresión. En el primer paso, el apoyo de otros se asoció significativamente de manera negativa con los síntomas de depresión. En el paso 2, el apoyo de otros predijo de manera significativa el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. Y en el paso 3, los resultados sugieren una mediación parcial con el coeficiente de regresión no estandarizado disminuyendo de 0.33 a 0.13 y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento pero explicando el 61% de la varianza. El test de Sobel resultó significativo para el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento ($z = -3.67$, $p < 0.001$). Estos resultados se muestran en la tabla 102.

Tabla 102. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo social de otros y la depresión

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.35, F(1,649) = 23.46^{**}$					
Apoyo otros	-0.34	0.07	-0.18	-4.84 ^{**}	Depresión
Paso 2					
Apoyo otros	0.00	0.01	-0.27	-7.15 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.21, F(2,648) = 81.46^{**}$					
Apoyo otros	-0.13	0.66	-0.07	-2.01 [*]	Depresión
% Distanciamiento	53.26	4.59	0.42	11.60 ^{**}	Depresión

5.8.2. TEST DE MEDIACIÓN EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Se empleó el mismo procedimiento para estudiar si los tipos de afrontamiento mediaban la relación entre el apoyo social recibido (total, familia, amigos y otros significativos) y los síntomas de ansiedad.

5.8.2.1. RESULTADOS TRANSVERSALES

En la tabla 103 se muestran los resultados de los análisis llevados a cabo para el apoyo social total. El apoyo social total se asoció significativamente con los síntomas de ansiedad así como con los tres tipos de afrontamiento. Cuando se introdujeron las cuatro variables juntas en la regresión, todas siguieron prediciendo significativamente los síntomas de ansiedad y el coeficiente de regresión no estandarizado de apoyo social no bajó en el tercer paso. Asimismo, cabe destacar la baja asociación que existe entre el apoyo social y la ansiedad ($\beta = -0.10$) frente a un índice más elevado en la depresión ($\beta = -0.31$)

Tabla 103. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo social total y la ansiedad

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.01, F(1,650) = 7.00^*$				
Apoyo social	-0.06	0.02	-0.10	-2.65*	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo social	0.02	0.00	0.50	14.45**	Control primario
Apoyo social	0.07	0.00	0.21	5.33**	Control secundario
Apoyo social	-0.01	0.00	-0.13	-3.21**	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.16, F(4,641) = 31.25^{**}$				
Apoyo social	-0.06	0.03	-0.10	-2.34*	Ansiedad
Control primario	2.63	0.73	0.16	3.61**	Ansiedad
Control secundario	-2.93	0.69	-0.17	-4.27**	Ansiedad
Distanciamiento	5.86	0.60	0.37	9.74**	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados de las regresiones realizadas para comprobar la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento median la relación entre el apoyo de la familia y los síntomas de ansiedad se muestran en la tabla 104. El apoyo de la familia se asoció significativamente con los síntomas de ansiedad en el primer paso y con los tres tipos de afrontamiento en el segundo paso. En el tercer paso, el apoyo de la familia seguía prediciendo significativamente los síntomas de ansiedad pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.17 a 0.13, lo que indica que un 23.5% de la variabilidad en la relación entre el apoyo de la familia y la ansiedad se explica por las estrategias de afrontamiento. El test de Sobel resultó significativo a $p < 0.01$ para el afrontamiento de control primario, secundario y de distanciamiento ($z = 3.15$, $z = -2.63$ y $z = -2.91$, respectivamente).

Tabla 104. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo de la familia y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.02, F(1,650) = 9.69^*$				
Apoyo familia	-0.17	0.06	-0.12	-3.11**	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo familia	0.03	0.00	0.30	7.84**	Control primario
Apoyo familia	0.10	0.00	0.12	3.02**	Control secundario
Apoyo familia	-0.01	0.00	-0.13	-3.46**	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.16, F(4,641) = 31.28^{**}$				
Apoyo familia	-0.13	0.06	-0.09	-2.36*	Ansiedad
Control primario	2.27	0.67	0.14	3.39**	Ansiedad
Control secundario	-2.97	0.69	-0.18	-4.34**	Ansiedad
Distanciamiento	5.91	0.60	0.38	9.89**	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

En el primer paso de los análisis realizados para comprobar la hipótesis de que la asociación entre el apoyo de los amigos y la ansiedad estaba mediada por el afrontamiento, se observó que el apoyo de los amigos estaba asociado significativamente con los síntomas de ansiedad (tabla 105). En el segundo paso, el apoyo de los amigos se asoció con los tres tipos de afrontamiento. En el tercer paso, la el apoyo de los amigos y las variables de afrontamiento se introdujeron simultáneamente en la ecuación como variables predictoras. Todas ellas predijeron significativamente los síntomas de ansiedad. En este punto, el apoyo de los amigos siguió siendo un predictor significativo de los síntomas de ansiedad pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajó de 0.21 a 0.19 en el tercer paso, indicando que las estrategias de afrontamiento actúan como un mediador parcial y que el 9,5% de la varianza en la relación entre el apoyo de los amigos y los síntomas de ansiedad se explica en función de la mediación de las estrategias de afrontamiento. El test de Sobel

fue significativo a $p < 0.001$ para el afrontamiento de control primario y secundario ($z = 3.62$ y $z = -3.50$) y a $p < .05$ para el de distanciamiento ($z = -2.36$).

Tabla 105. Análisis de regresión probando la mediación a través de las estrategias de afrontamiento en la relación entre el apoyo de los amigos y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	B	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.02, F(1,650) = 11.78^{**}$				
Apoyo amigos	-0.21	0.06	-0.13	-3.43 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo amigos	0.04	0.00	0.41	11.53 ^{**}	Control primario
Apoyo amigos	0.02	0.00	0.23	6.12 ^{**}	Control secundario
Apoyo amigos	-0.01	0.00	-0.10	-2.52 [*]	Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.17, F(4,641) = 32.38^{**}$				
Apoyo amigos	-0.19	0.06	-0.12	-3.05 [*]	Ansiedad
Control primario	2.60	0.69	0.16	3.77 ^{**}	Ansiedad
Control secundario	-2.77	0.69	-0.16	-4.02 ^{**}	Ansiedad
Distanciamiento	5.83	0.60	0.37	9.78 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

El apoyo de otros significativos no estaba significativamente asociado con la ansiedad, $\beta = 0.00$, $t(650) = -0.10$, $p > .05$. No cumplía el primer criterio y por tanto no se siguió adelante con el test de mediación.

5.8.2.2. *MEDIACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISTANCIAMIENTO: RESULTADOS TRANSVERSALES*

Empleando el mismo tipo de análisis que en los apartados anteriores se estudió el posible papel moderador del porcentaje de estrategia de afrontamiento de distanciamiento en la relación entre los distintos tipos de apoyo recibidos y los síntomas de ansiedad.

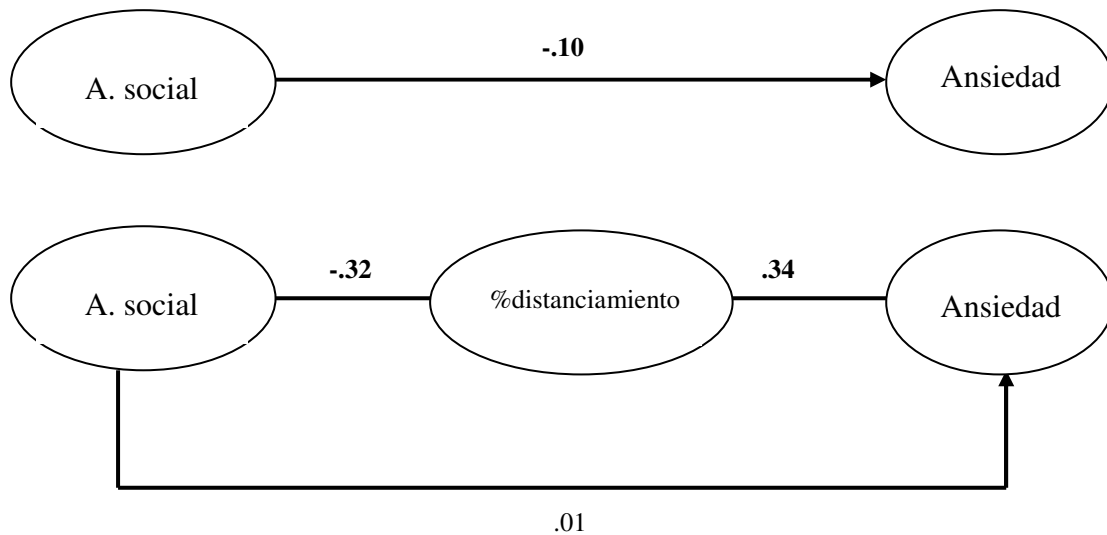
En la tabla 106 se presentan los resultados para la relación entre el apoyo social total y la ansiedad. Como puede observarse en el paso 1, el apoyo social se asocia negativamente de manera significativa con los síntomas de ansiedad. En el paso 2, el apoyo social se asocia con el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento, y en el paso 3, al introducir conjuntamente el apoyo social y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento el apoyo social dejó de predecir significativamente la ansiedad lo que indica una mediación total. Los resultados del test de Sobel fueron significativos a $p < .001$ ($z = -8.55$).

Tabla 106. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo social total y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.01, F(1,650) = 7.00^*$				
Apoyo social	-0.06	0.02	-0.10	-2.65*	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo social	0.00	0.00	-0.32	-8.71**	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.11, F(2,649) = 40.46^{**}$				
Apoyo social	0.03	0.02	0.01	0.13 ^{ns}	Ansiedad
% Distanciamiento	33.24	3.89	0.34	8.55**	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .00$

Figura 59. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo social y la ansiedad



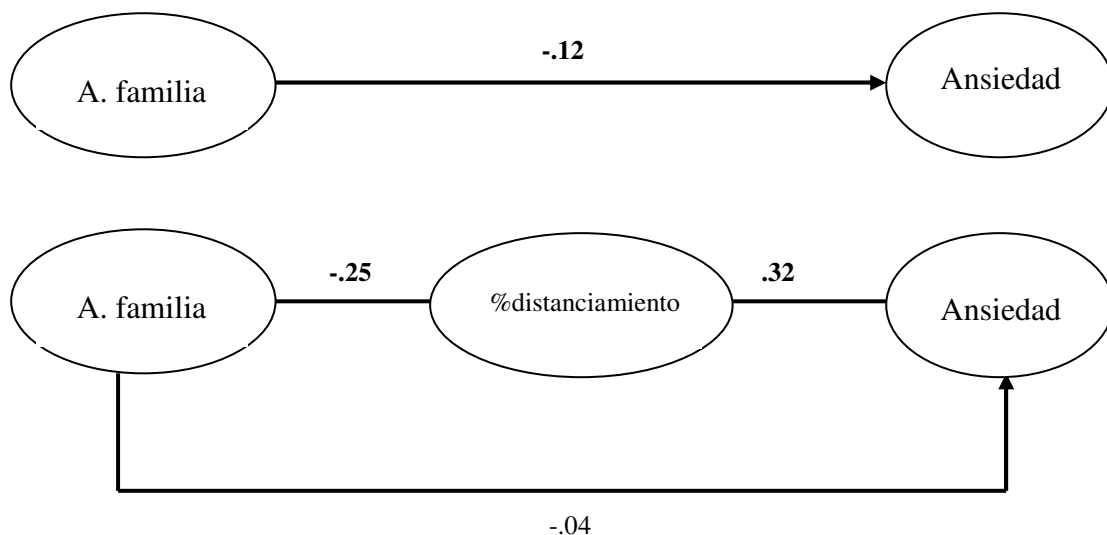
A continuación se presentan en la tabla 107 los resultados de los análisis realizados para estudiar la mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo de la familia y la ansiedad. Este tipo de apoyo se asoció significativamente y de manera negativa a la ansiedad en el paso 1 y al porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en el paso 2. En el paso 3, el apoyo de la familia no fue un predictor significativo de la ansiedad lo que sugiere una mediación total del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento. El test de Sobel fue significativo ($z = -3.32$, $p < 0.001$).

Tabla 107. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo de la familia y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1					
$R^2 = 0.02, F(1,650) = 9.69^*$					
Apoyo familia	-0.17	0.06	-0.12	-3.11**	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo familia	0.00	0.00	-0.25	-6.62**	% Distanciamiento
Paso 3					
$R^2 = 0.11, F(2,649) = 41.07^{**}$					
Apoyo familia	-0.06	0.06	-0.04	-1.05 ^{ns}	Ansiedad
% Distanciamiento	32.08	3.80	0.32	8.45**	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 60. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo de la familia y la ansiedad.



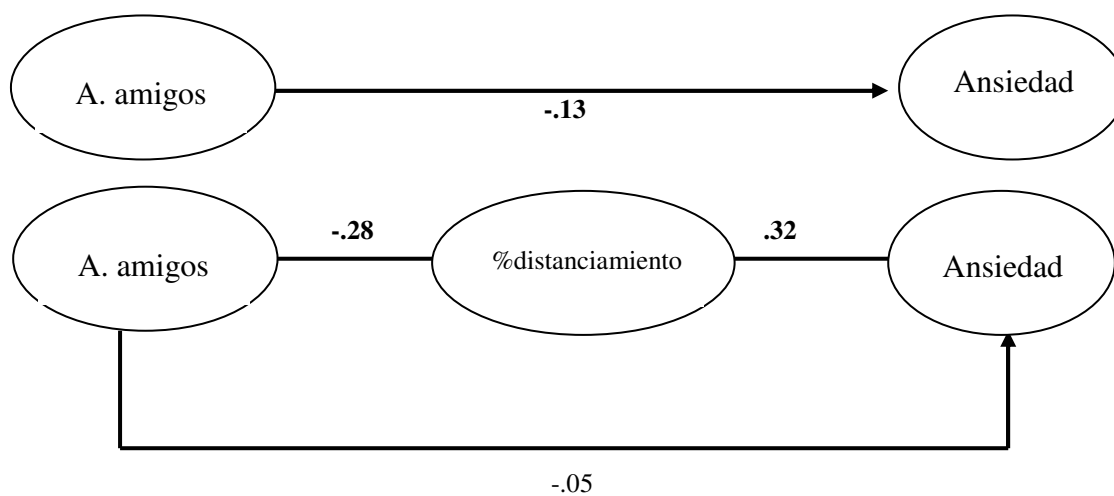
Los resultados correspondientes al apoyo de los amigos se muestran en la tabla 108. Este tipo de apoyo predijo significativamente la ansiedad en el paso 1, y el porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en el paso 2. En el paso 3, el apoyo de los amigos no predijo significativamente la ansiedad. El test de Sobel fue significativo ($z = -3.84$, $p < 0.001$) indicando una mediación total del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento.

Tabla 108. Análisis de regresión probando la mediación a través del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la relación entre el apoyo de los amigos y la ansiedad

Variable Predictora	B	ET	β	T	Variable Criterio
Paso 1	$R^2 = 0.02$, $F(1,650) = 11.78^{**}$				
Apoyo amigos	-0.21	0.06	-0.13	-3.43 ^{**}	Ansiedad
Paso 2					
Apoyo amigos	0.00	0.00	-0.28	-7.30 ^{**}	% Distanciamiento
Paso 3	$R^2 = 0.11$, $F(2,649) = 41.23^{**}$				
Apoyo amigos	-0.07	0.06	-0.05	-1.17 ^{ns}	Ansiedad
% Distanciamiento	31.84	3.82	3.82	8.33 ^{**}	Ansiedad

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 61. Modelo de mediación del porcentaje de estrategia de afrontamiento basada en el distanciamiento en la asociación entre el apoyo de amigos y la ansiedad



En lo referente a los test de mediación en el T2 no se realizaron debido a que la asociación entre el apoyo social y la ansiedad y depresión no resultaba significativa.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES COMO PREDICTORES DE LOS SÍNTOMAS

El primer objetivo de esta tesis consistía en evaluar la asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

Los resultados refuerzan las conclusiones de numerosos estudios previos realizados con estudiantes universitarios que muestran consistentemente una asociación entre los estresores y los síntomas de ansiedad y depresión (Blalock y Joiner, 1992; Bouteyre et al., 2007; Crockett et al., 2007; Dunkley et al., 2003; Hua, 2004; Mosley et al., 1994; Park y Adler, 2003; Reifman y Dunkel-Schetter, 1990; Roth y Cohen, 1986; Tao et al., 2000; Wintre y Yaffe, 2000; Wolf et al., 1989). Además, en este estudio la asociación es mayor para el estrés subjetivo que para el número de estresores vividos (.26 frente a .45 en la depresión del T1 y .40 frente a .60 en el T2). Esto no resulta sorprendente teniendo en cuenta que la evaluación del estrés se ha asociado a mayor desajuste psicológico que el número objetivo de acontecimientos (Frese, 1999; Morin, Rodrigue e Ivers, 2003). Por ese motivo, para el análisis de los datos se ha tomado la medida objetiva del número de estresores, a fin de evitar la contaminación de variables personales, como el estilo cognitivo o la personalidad, que se ha visto influyen en la experiencia subjetiva de estrés (Trail y Gotlib, 2006).

Otro dato importante es que la depresión está más altamente asociada a los acontecimientos que la ansiedad, transversal y longitudinalmente, resultados que se suman a la mayoría de los estudios (Alfort y Gerrity, 2003; Blalock y Joiner, 2000; Bolger, 1990; Hankin et al., 2004; Pruchno y Resch, 1989; Terry y Hynes, 1998).

En cuanto a los acontecimientos concretos, los más puntuados por los participantes han sido los *problemas académicos* y *juntarse con nueva gente*, ambos relacionados directamente con el hecho de estudiar en la universidad. Estudios previos ya habían encontrado que los síntomas de estrés aumentaban especialmente durante el primer año de universidad (Bouteyre et al., 2007; Park y Adler, 2003; Tao et al., 2000; Wintre y Yaffe, 2000), y es por ese motivo que se ha seleccionado una muestra de

primeros cursos. Merece algún comentario adicional las diferencias culturales en cuanto a la percepción del estrés. En un estudio transcultural realizado con estudiantes americanos y españoles, se encontraron diferencias en los eventos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2006). Así los españoles indicaron como los más frecuentes las *discusiones con la familia* y el *estrés académico*, mientras que los estudiantes americanos daban la puntuación más alta a *estar rodeado/a de gente ofensiva*. Ambos grupos de estudiantes coincidían, en cambio, en el *estrés académico*. Resulta interesante comprobar que los problemas académicos en la universidad parecen ser una fuente de estrés común a diversas culturas, mientras que otros aspectos son más específicos.

Por último, en lo que respecta a las diferencias entre los sucesos vitales y sociales, se ha observado que los primeros correlacionan más alto con los síntomas de ansiedad y depresión. La razón puede deberse a las diferencias cualitativas entre unos y otros sucesos. Así, no puede tener el mismo impacto un suceso vital como es la *muerte de un familiar cercano o amigo/a* que los *problemas en adaptarte a los grupos de trabajo*. Esta es una limitación de los listados de estresores ya señalada por Dohrenwend (2006). No obstante, algunos autores han contemplado que las molestias relacionadas con cursar el primer año en la universidad se han asociado con mayor riesgo de síntomas de estrés que los eventos mayores (Wolf et al., 1989). En cualquier caso, el listado incluido en este estudio comprende tanto eventos vitales mayores (e.g. *Problemas importantes de salud en familiares*) como eventos sociales (e.g. *Te gusta alguien a quien no gustas*).

En definitiva, queda demostrado que el experimentar acontecimientos vitales y sociales estresantes es un factor de riesgo para la ansiedad y la depresión entre los estudiantes universitarios. Sin embargo, se ha observado que los estresores explican tan solo un porcentaje modesto de la varianza (15%; Smith et al., 1990), indicando la existencia de otros factores influyentes en el desajuste psicológico, algunos de los cuales se han estudiado en esta tesis y son descritos a continuación.

6.2. LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS A LOS SÍNTOMAS

Precisamente el afrontamiento al estrés es uno de los factores que puede contribuir a que el impacto de los estresores sea mayor o menor. Por este motivo, otro de los objetivos de la presente investigación, basado en el Modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), pretendía confirmar el rol de las estrategias de afrontamiento como predictoras de los síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios.

Como se ha mencionado en previos capítulos, existe una amplia literatura a este respecto caracterizada por la limitante falta de acuerdo en la taxonomía del afrontamiento, la cual dificulta considerablemente la obtención de resultados concluyentes (Skinner et al., 2003). A este hecho se suma que la mayor parte de estudios son transversales, con lo cual la dirección de esta asociación resulta cuestionable. Para superar estas limitaciones, en este estudio se ha realizado un análisis tanto transversal como longitudinal, y la escala utilizada recoge una amplia gama de respuestas de afrontamiento al estrés organizadas en categorías jerárquicas dentro de un modelo conceptual evaluado empíricamente (Compas et al., 1999; Connor-Smith et al., 2000).

Cuando se evaluó el rol de las estrategias de afrontamiento, se encontró que el distanciamiento era el factor más intensamente asociado a la ansiedad y depresión tanto en el T1 como en el T2, todo ello en consonancia con previos estudios transversales (Blalock y Joiner, 2000; Connor-Smith y Compas, 2002; Crockett et al., 2007; Dunkley et al., 2000; Hua, 2004; Mosley et al., 1994; Steward et al., 1997) y longitudinales (Aldwin y Revenson, 1987; Blalock y Joiner, 2000; Brissette et al., 2002; Steward et al., 1997; Vitaliano et al., 1989) en estudiantes universitarios. En particular, el pensamiento ilusorio se relacionó con la depresión (Coyne et al., 1981; Pruchno y Resch, 1989) mientras que la evitación y la negación con la ansiedad (Blalock y Joiner, 2000). Este resultado contrasta con varios estudios sobre el cáncer de mama en los cuales la evitación se mostraba una estrategia eficaz a corto plazo y en un momento determinado (para revisión véase Suls y Fletcher, 1985).

Asimismo, hay que resaltar el mayor uso generalizado de las estrategias de afrontamiento, tanto funcionales como disfuncionales, entre los y las estudiantes con mayores síntomas de ansiedad. Este dato es consistente con una de las características de la depresión que subraya un déficit motivacional en la persona que le lleva a una lentitud en las respuestas voluntarias y a la ausencia de conductas activas (Ferster, 1973; Seligman, 1973). Este resultado es especialmente valioso dado que la revisión de la literatura ha permitido constatar la escasez relativa de estudios longitudinales que relacionan el afrontamiento con los síntomas de ansiedad (para excepciones véase Blalock y Joiner, 2000; Bolger, 1990; Carver et al., 1993; Epping-Jordan et al., 1999; Steward et al., 1997).

Además, en consonancia con la bibliografía, el afrontamiento de control secundario se asoció negativamente a la depresión en el T1 y T2 y a la ansiedad en el T1. En concreto, el pensamiento positivo demostró ser un factor protector de experimentar síntomas de depresión (Brisette et al., 2002) y la aceptación, en cambio, de sufrir ansiedad (Steward et al., 1997). Algunos autores han observado que la aceptación estaba incluso asociada a más síntomas depresivos (Martin y Dahlen, 2005). Quizás la aceptación tiene un tinte de resignación y desesperanza propio de la depresión y no de la ansiedad.

Por último, el afrontamiento de control primario se asoció a la ansiedad en el T1. Este resultado contrasta con la teoría y con otros estudios anteriores (Aldwin y Revenson, 1987; Connor-Smith et al., 2000; Epping-Jordan et al., 1999; Terry y Hynes, 1998; Wadsworth et al., 2005) donde estrategias como la resolución de problemas han demostrado ser un factor protector del estrés. No obstante, existen otros autores que han obtenido resultados similares a este estudio (Calvete y Connor-Smith, 2006; Carver et al., 1993; Kocot y Goodman, 2003; Lee et al., 2005; Terry y Hynes, 1998) y los han explicado en base a la naturaleza de los estresores. Así, estas estrategias se han mostrado disfuncionales en situaciones incontrolables, tales como el cáncer de mama (Carver et al., 1993) o la fecundación in vitro (Terry y Hynes, 1998), o cuando el nivel de estrés era muy alto (Lee et al., 2005). Por otro lado, las estrategias de control primario no se han mostrado significativamente asociadas a los síntomas de depresión, al igual que en algunos estudios (Cantarazo et al., 1995; Dunn y Whelton, 2006; Litt et al., 1992; Zautra et al., 1996). Este resultado puede explicarse por la ausencia de

expectativas de éxito en aquellas personas con sintomatología depresiva, lo cual sería coherente con el trabajo de Kirsch, Mearns y Cantarazo (1990), al comprobar que los esfuerzos en resolver un problema no son eficaces si la persona no cree en ellos.

En cualquier caso, el resultado más significativo de este estudio reside en el poder predictivo del uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento como la evitación, la negación y el pensamiento ilusorio ante los sucesos estresantes en el aumento de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. No obstante, el enfoque contextual del afrontamiento afirma que las estrategias no son en sí perjudiciales o beneficiosas sino que deben evaluarse en las situaciones concretas (Folkman y Moskowitz, 2004). Además de encontrarse en continuo cambio y en múltiple interdependencia con otros factores (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999), tales como por ejemplo el apoyo social y el estilo cognitivo.

6.3. EL ESTILO COGNITIVO COMO PREDICTOR DE LOS SÍNTOMAS

El tercer objetivo planteaba que la presencia de esquemas inadaptados, la sociotropía y la orientación negativa a los problemas llevarían a un aumento en los síntomas de ansiedad y depresión.

Basándonos en el Modelo de los Esquemas de Young (1999) y en estudios previos realizados sobre el mismo (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Harris y Curtin, 2002; Lumley y Harkness, 2007; McGinn et al., 2005; Muris, 2006; Petrocelli et al., 2001; Schmidt et al., 1995; Shah y Waller, 2000; Stopa et al., 2001; Oei y Baranoff, 2007; Welburn et al., 2002), se esperaba obtener una fuerte asociación entre los esquemas y los síntomas. Sin embargo, los resultados son más coincidentes con la literatura mencionada en el estudio transversal que en el longitudinal.

Los datos del estudio transversal muestran que las personas que tenían más puntuaciones en algunos de los esquemas inadaptados tempranos adolecían de más síntomas depresivos que aquellas con bajas puntuaciones. En concreto, los síntomas de depresión se asociaron significativamente con los esquemas de Fracaso, Privación

emocional y Aislamiento social. Los contenidos de estos esquemas son coherentes con la tríada cognitiva propuesta por Beck (1976). Además, estudios anteriores también han encontrado que estos esquemas se asocian a la depresión (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Glaser et al., 2002; Lumkey y Harkness, 2007; Oei y Baranoff, 2007; Petrocelli et al., 2001; Stopa et al., 2001; Warburton y McIlwain, 2005).

A su vez, los síntomas de ansiedad en el estudio transversal se asociaron a los esquemas de Abuso, Vulnerabilidad, Grandiosidad y Privación emocional. En la línea de investigaciones anteriores (Glaser et al., 2002; Lumkey y Harkness, 2007; Schmidt et al., 1995; Welburn et al., 2002), el esquema de Vulnerabilidad al daño es el más relevante para la ansiedad. Además su contenido es completamente coincidente con el contenido cognitivo de amenaza propio de la ansiedad (Beck, 1976; Riskind, 1997). Los esquemas de Abuso, Privación emocional y Grandiosidad también se han visto vinculados a la ansiedad en el estudio de Pinto-Gouveia et al. (2006).

Tal y como se esperaba, los y las estudiantes que tendían a percibir sus problemas como irresolubles y a cuestionar sus propias habilidades para resolverlos presentaban más síntomas de ansiedad y depresión. De esta manera se replican los resultados obtenidos en muchos otros estudios que vinculan la orientación negativa a los problemas con los síntomas internalizantes (Calvete y Cardeñoso, 2005; Chang y D’Zurilla, 1996; Elliott et al., 2001; Kant et al., 1997; Ko et al., 2005; McCabe et al., 1999; Sadowsky y Kelly, 1993; Sahler et al., 2002). Además, de forma coherente con el Modelo Tripartito de Ansiedad y Depresión (Clark y Watson, 1991), la orientación negativa a los problemas, que se solapa en parte con el Afecto Negativo, es uno de los factores cognitivos comunes a ambos.

En cuanto a los resultados longitudinales, no tienen antecedentes para compararlos teniendo en cuenta que éste es el primer estudio en conocimiento de la autora que analiza la relación entre los esquemas inadaptados tempranos y los síntomas de estrés en un diseño prospectivo. No obstante, están bastante alejados de lo esperado y de los resultados transversales. En concreto, los datos longitudinales señalan únicamente a los esquemas de Subyugación e Inhibición emocional como predictores de un aumento de los síntomas depresivos y al esquema de Apego como predictor de los

síntomas ansiosos. Son varias las explicaciones posibles para estos resultados tan modestos.

En primer lugar, los análisis fueron bastante conservadores y siguiendo a Alloy, Abramson, Whitehouse et al. (2006), se controló el solapamiento entre ansiedad y depresión, así como los síntomas en el T1. Además la variable criterio fue el aumento en los síntomas.

Una segunda explicación es la importante pérdida de participantes que tuvo lugar entre el T1 y el T2 (43,2%), lo cual limita considerablemente la obtención de datos significativos. Además la composición de la muestra puede verse afectada por la pérdida de aquellos estudiantes que abandonan el curso antes del segundo semestre y que, por tanto, es probable tengan más fracaso académico y más sintomatología.

Por último, la gran estabilidad en síntomas a lo largo del estudio dificulta el hallazgo de resultados significativos en lo referente a unas variables sobre otras.

6.4. EL ESTILO COGNITIVO COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS: ESPECIFICIDAD COGNITIVA

Dando un paso cualitativo en el análisis de los esquemas inadaptados tempranos, este estudio pretendió evaluar el impacto del estilo cognitivo en la relación entre los acontecimientos y los síntomas de ansiedad y depresión desde la teoría de la especificidad.

Como se ha mencionado con anterioridad, tanto el papel moderador del estilo cognitivo como su especificidad se han evaluado sobre todo en los modelos de vulnerabilidad cognitiva de Beck (1976) y Abramson et al. (1989). A excepción del estudio de Schmidt y Joiner (2004), efectuado con los dominios de los esquemas, no se ha encontrado ninguna investigación que evalúe la interacción Acontecimientos x Esquemas Inadaptados Tempranos y su efecto con los síntomas. A esto hay que añadir que en esta investigación la interacción se evaluó en función de la especificidad

cognitiva en los síntomas de ansiedad y depresión en un diseño longitudinal, aspectos tampoco estudiados hasta ahora con los esquemas inadaptados tempranos. Los resultados, por tanto, carecen de precedentes comparativos en la literatura del Modelo de los Esquemas, lo que lleva a tomar otros modelos cognitivos como referencia.

A nivel general y en un patrón consistente con otros modelos de vulnerabilidad cognitiva, las personas con puntuaciones más altas en los esquemas se han descubierto más vulnerables a experimentar síntomas de ansiedad y depresión ante los acontecimientos estresantes. Asimismo, se han encontrado diferencias en vulnerabilidad para la ansiedad y para la depresión. Al mismo tiempo, estas diferencias no han sido las mismas en los resultados transversales y longitudinales. Sorprendentemente, son mayor cantidad de esquemas los que actúan como moderadores de los síntomas en el diseño prospectivo, a pesar de que se controlaban los síntomas del T1. Al igual que en otros estudios (Connor-Smith y Compas, 2002; Dunkley et al., 2000), los efectos de moderación son relativamente bajos (1-2%) pero, teniendo en cuenta la dificultad de detectar moderación en estudios no experimentales, tal porcentaje puede ser relevante (McClelland y Judd, 1993), sobre todo en lo referente a los datos longitudinales que tienen mayor valor predictivo y, por tanto, serán discutidos con mayor detalle.

En lo que respecta a los síntomas depresivos, los resultados longitudinales apuntan a los esquemas de Abandono, Abuso, Privación emocional, Imperfección, Dependencia, Apego, Vulnerabilidad al daño, Autocontrol insuficiente, Estándares Inalcanzables, Grandiosidad, Inhibición emocional, Autosacrificio y Subyugación como moderadores significativos. En particular, de acuerdo con la hipótesis planteada y la bibliografía previa (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Harris y Curtin, 2002; Oei y Baranoff, 2007; Petrocelli et al., 2001; Shah y Waller, 2000; Schmidt et al., 1995; Stopa et al., 2001; Stopa y Waters, 2005), el esquema de Imperfección es uno de los más relevantes en la depresión debido a su contenido cognitivo. Además se añaden otros esquemas que no se habían planteado en las hipótesis de esta tesis, pero que previos estudios también habían subrayado. Entre ellos, cabe destacar los esquemas de Abandono (Glaser et al., 2002; Petrocelli et al., 2001; Stopa et al., 2001; Welburn et al., 2002), Dependencia (Lumkey y Harkness, 2007; Schmidt et al., 1995), Privación emocional (Lumley y Harkness, 2007; Stopa et al., 2005), Autosacrificio (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Lumley y Harkness, 2007; Shah y Waller,

2000; Stopa et al., 2001), Subyugación (Lumley y Harkness, 2007; Petrocelli et al., 2001; Stopa et al., 2001;) y Autocontrol Insuficiente (Harris y Curtin, 2002; Oei y Baranoff, 2007; Shah y Waller, 2000; Welburn et al., 2002), todos ellos asociados a los síntomas de depresión. El contenido de los esquemas de Imperfección, Fracaso, Autosacrificio y Subyugación se define por un autoconcepto negativo, sentimientos de culpa y una tendencia a descuidar las propias necesidades, todo ello coherente con los constructos de incapacidad, pérdida, fracaso e inadecuación característicos de la depresión (Beck, 1987; Segal, 1988).

Las personas con mayor necesidad de aprobación (sociotropía), a diferencia de otros estudios (Beck et al., 2003, Hammen et al., 1985; Segal et al., 1992, entre otros), no se han mostrado vulnerables a la depresión al experimentar acontecimientos estresantes. Sorprendentemente, la sociotropía ni si quiera se ha asociado a la depresión al introducirla junto a los esquemas inadaptados tempranos. El motivo puede deberse a la excesiva brevedad de la escala utilizada (9 items) que no recoge todas las características de este dominio de la personalidad, tal y como lo hacen los 30 items de la escala de Sociotropía-Autonomía (*Sociotropy-Autonomy Scale*, Beck et al., 1983). Por otro lado, de acuerdo con la Hipótesis de la Congruencia (Beck, 1983), las personas con altas puntuaciones en sociotropía experimentarán depresión ante eventos interpersonales, y en este estudio se han analizado conjuntamente los eventos sociales y los vitales.

En cuanto a los resultados longitudinales para la ansiedad, el número de esquemas significativos ha sido menor. En concreto, los y las estudiantes que presentan los esquemas de Privación emocional, Apego, Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Estándares inalcanzables, Autosacrificio y Subyugación tenían mayor probabilidad de sufrir ansiedad al experimentar acontecimientos estresantes. Como se esperaba, en consistencia con otros autores (Glaser et al., 2002; Lumkey y Harkness, 2007; Schmidt et al., 1995; Welburn et al., 2002) y con la hipótesis de la especificidad (Beck, 1976), el esquema de Vulnerabilidad al daño es de los más relevantes para la ansiedad. A esto hay que añadir la presencia de otros esquemas inesperados, relacionados ya con la ansiedad en otros estudios, como el de Autosacrificio (Lumkey et al., 2007; Welburn et al., 2002), Subyugación (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005, Lumkey et al., 2007), Privación emocional y Estándares inalcanzables (Pinto-Gouveia et al., 2006).

En contradicción con la hipótesis planteada, la orientación negativa a los problemas no parece interactuar con los acontecimientos para predecir los síntomas. Resultados similares se vieron en el estudio de Kant et al. (1997) en el cual la orientación negativa a los problemas se asociaba a los síntomas pero no interactuaba con los eventos.

Al igual que en otros estudios (Alansari, 2005; Burns y Eidelson, 1998; Clark, Steer et al., 1994; Beck y Perkins, 2001; Seligman y Ollendick, 1998), se ha obtenido una alta correlación entre los síntomas de ansiedad y depresión (correlacionan .65 en el T1 y .64 en el T2), motivo por el cual se ha controlado su solapamiento. No obstante, los resultados de este estudio confirman tanto cierta especificidad cognitiva en la ansiedad y depresión en consonancia con el modelo de Beck (1976), como muchos esquemas comunes en coherencia con el Modelo Tripartito de ansiedad y depresión (Clark y Watson, 1991). Así, los esquemas de Abandono, Abuso, Autocontrol insuficiente, Grandiosidad, Imperfección e Inhibición emocional son moderadores del impacto de los estresores únicamente en los síntomas de depresión, mientras que los esquemas de Apego, Dependencia, Estándares inalcanzables, Privación emocional, Autosacrificio, Subyugación y Vulnerabilidad al daño son moderadores comunes a ambos tipos de síntomas. Sin embargo, la especificidad se ha demostrado en mayor medida a nivel de productos cognitivos que de estructuras (véase apartado 2.3). El motivo puede deberse a la falta de instrumentos que midan específicamente los esquemas cognitivos ansiosos y depresivos como los existentes para evaluar el autodiálogo. De hecho, se ha comprobado que las actitudes disfuncionales provocaban depresión a través de cogniciones depresivas y síntomas de ansiedad mediante cogniciones ansiosas (Clark et al., 1989; Oei y Kwon, 2007).

La presunta supremacía de la interacción Esquemas x Eventos estresantes frente a los esquemas por sí solos en la predicción del estrés, se podría explicar apuntando al solapamiento entre esquemas como responsable de estas diferencias. Así, en el caso de los análisis de moderación, las regresiones se llevaron a cabo con los esquemas de uno a uno, es decir sin controlar el solapamiento entre ellos, mientras que en los análisis de la asociación se incluyeron todos los esquemas inadaptados tempranos a la vez. Para descartar la posibilidad de que el solapamiento entre esquemas estuviese contaminando

los resultados, se realizaron análisis posteriores que eliminan esta posibilidad. En concreto, se repitieron muchos de los análisis introduciendo el resto de esquemas en cada una de las interacciones, revelando que los resultados no diferían mucho. Por ejemplo, en la depresión se mantenían 9 de los 13 esquemas que eran significativos sin este control.

Por tanto, los datos suman apoyo a la premisa de que los esquemas conducirán a más sintomatología sólo en presencia de acontecimientos estresantes. De hecho, existen investigaciones realizadas con otras variables cognitivas que apuntan en esta dirección. Los estudios longitudinales de Joiner et al. (1999), Hankin et al. (2004, estudios 1 y 2) midiendo las actitudes disfuncionales, el de Husky et al. (2007) centrado en la sociotropía, el de Spence et al. (2002) con la Orientación Negativa a los Problemas y los de Abela et al. (2004) y Hankin et al. (2004, estudios 2 y 3) con el estilo atribucional negativo demuestran que sólo la interacción es significativa. Hay que destacar, a su vez, que todos ellos han sido realizados con estudiantes universitarios. Precisamente Wise y Barnes (1986), en un estudio que evaluaba la interacción Actitudes Disfuncionales x Estresores en dos muestras distintas (clínica y normal), sólo hallaron la diátesis en la muestra de estudiantes universitarios.

La cuestión de si los estilos cognitivos inadaptados son rasgos estables que permanecen latentes hasta que los acontecimientos los activan o, en cambio, están permanentemente activados es un tema ampliamente debatido y ante el cual todavía no se ha llegado a conclusiones definitivas. El mismo Beck diferenció entre la activación persistente de los esquemas, característica de los trastornos de personalidad del Eje II, y la activación pasajera de las condiciones del Eje I (Beck et al., 1991).

Por otro lado, en la mencionada ‘hipótesis dependiente del estado de ánimo’, Persons y Miranda (1992) recomiendan la utilización del ‘priming’ para activar las estructuras cognitivas que permanecerían sino latentes a la hora de medirlas. Su efecto activador se ha comprobado sobre todo en la medición de las actitudes disfuncionales (Dykman, 1997; Roberts y Gamble, 2001; Segal et al., 1999, entre otros), pero también existe un estudio que ha incluido la inducción del ánimo triste y alegre en la medición de los esquemas inadaptados tempranos (Stopa y Waters, 2005). Así, existe la posibilidad de que la inclusión de una tarea de activación del ánimo que ‘despierte’ las

estructuras cognitivas hubiese aumentado la correlación entre esquemas inadaptados tempranos y síntomas.

Según Young (1999), los esquemas son un continuo, presentes en toda la población, pero en mayor grado en personas con trastornos psicopatológicos. No obstante, la posibilidad de que existan diferencias cualitativas en la población normal y clínica queda abierta. Incluso en el caso de que se encuentren en una única dimensión, la fuerza de la relación entre los estilos cognitivos negativos y los síntomas puede variar en función de donde se coloca en el continuo del estilo cognitivo (Gibb, Alloy, Abramson, Beepers y Miller, 2004). Así, puede resultar que en el caso de que las puntuaciones en los esquemas sean altas, no sea necesaria la presencia de acontecimientos para activarlos como se demuestra en el estudio de Schmidt y Joiner (2004). De alguna manera, este debate nos lleva a concebir las diferencias en vulnerabilidad cognitiva cualitativa versus cuantitativamente (Ingram, Miranda y Segal, 2006).

En definitiva, los resultados de este estudio son consistentes con los Modelos de Vulnerabilidad Cognitiva (Abramson et al., 1989; Beck, 1976; Riskind, 1997) que plantean al estilo cognitivo negativo como un factor de riesgo para la ansiedad y depresión cuando ocurren acontecimientos estresantes.

6.5. EL AFRONTAMIENTO COMO MEDIADOR ENTRE LOS ESQUEMAS COGNITIVOS Y LOS SÍNTOMAS

El Modelo de los Recursos (Holahan y Moos, 1987) propone que los recursos individuales y sociales de la persona influirán en el ajuste psicológico mediante el uso de distintas estrategias de afrontamiento. Tomando como base este modelo, se planteó la hipótesis de que el estilo cognitivo se asociará a los síntomas de estrés a través del uso de estrategias de afrontamiento. En este caso, el estilo cognitivo se evaluó con los dominios de los esquemas inadaptados tempranos, la sociotropía y la orientación negativa a los problemas.

Los resultados de este estudio son completamente coincidentes con la hipótesis planteada. Así, en el diseño transversal, todos los dominios (Desconexión y Rechazo, Autonomía deteriorada, Límites deteriorados, Orientación a los demás y Vigilancia excesiva), la sociotropía y la orientación negativa a los problemas estaban relacionados con los síntomas de ansiedad y depresión parcialmente mediados por las estrategias de afrontamiento. En concreto, las estrategias más significativas son las de distanciamiento que, por ejemplo, explicaban un 38,6% de varianza de la relación entre la sociotropía y los síntomas de depresión. A este respecto, hay que señalar que solamente se ha encontrado un estudio que evalúe esta hipótesis con los esquemas inadaptados tempranos. Se trata de la investigación transversal llevada a cabo por Calvete, Corral et al. (2007) donde los esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo llevaban a mayores síntomas de depresión y ansiedad a través del mayor uso de afrontamiento de distanciamiento en mujeres víctimas de violencia de género. En el caso de la Sociotropía, existe un estudio que ha evaluado el papel mediador del afrontamiento y cuyos resultados lo refutan y apuntan hacia su rol como moderador (Connor-Smith y Compas, 2002). Sin embargo, al tratarse de un único estudio de diseño transversal no es concluyente. En cuanto a la orientación negativa a los problemas, no existen estudios en conocimiento de la autora que hayan evaluado esta hipótesis, de modo que los resultados son difícilmente comparables con la bibliografía.

No obstante, algunos autores han estudiado el papel mediador del afrontamiento para variables de personalidad, las cuales influyen en las representaciones del yo y, por consiguiente, se solapan en parte con los esquemas cognitivos. Tal es el caso del *neuroticismo*, cuya faceta específica e interpersonal es la sociotropía (Dunkley et al., 1997), y se ha asociado al mayor uso de estrategias de distanciamiento, que a su vez conducen a más síntomas (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Por otro lado, el *perfeccionismo* que se caracteriza por plantearse Estándares inalcanzables (esquema perteneciente al dominio de Vigilancia excesiva), se ha asociado a la sintomatología ansiosa y depresiva a través del mayor uso de estrategias de distanciamiento y menor uso de estrategias de resolución de problemas (Dunkley et al., 2000; Dunn y Whelton, 2006).

El papel del afrontamiento de control primario y secundario no se ha mostrado tan sustancial como el de distanciamiento a la hora de explicar la relación entre el estilo

cognitivo y los síntomas de estrés. Aunque merece destacar que las personas con mayores puntuaciones en los dominios de Desconexión/rechazo y Autonomía deteriorada padecían más síntomas de depresión y ansiedad a través del menor uso de estrategias de afrontamiento de control secundario. Dicho de otro modo, aquellas personas que piensan que sus necesidades de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas, y que además no creen en su capacidad de funcionar independientemente, suelen utilizar menos estrategias como la reestructuración cognitiva y la aceptación, lo que les lleva a experimentar más estrés.

Las estrategias de control primario sólo se han revelado significativas en la relación entre los esquemas del dominio de vigilancia excesiva y la ansiedad. En este sentido, estudios anteriores también apuntan a las estrategias de implicación o acercamiento como mediadoras de la relación entre las creencias de *auto-eficacia* (opuestas a la orientación negativa a los problemas) y el ajuste psicológico (Holahan y Moos, 1987; 1991; Luszczynska et al., 2005).

En el diseño longitudinal, a pesar de la pérdida de participantes en el T2, los resultados refuerzan el papel de las estrategias de distanciamiento como protagonistas de la mediación entre el estilo cognitivo y los síntomas. Además, se ve que el porcentaje de distanciamiento explica mejor la mediación que las puntuaciones absolutas. De esta forma, la relación entre el dominio de Límites deteriorados, la sociotropía, la orientación negativa a los problemas y los síntomas de ansiedad estaba totalmente mediada por el porcentaje de estrategias de distanciamiento. Mediaciones parciales también se encontraron para los dominios de Autonomía deteriorada, Desconexión y rechazo, Orientación a los demás en relación con la ansiedad. No obstante, en los síntomas de depresión, el papel mediador del afrontamiento de distanciamiento para los dominios de Límites deteriorados, Orientación a los demás y sociotropía es menor.

Estos resultados son coherentes con el hecho de que las personas que sufren ansiedad tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento que las que sufren depresión. Desde el modelo de la Vulnerabilidad Inminente (Riskind, 1997) se afirma que las personas con el estilo inadaptado de inminencia tienen una necesidad imperante de pasar a la acción y de llevar a cabo conductas autoprotectoras (Riskind y Williams, 2006).

Por tanto, los datos refuerzan las conclusiones de los estudios que muestran consistentemente que el estilo cognitivo lleva a más síntomas de estrés a través del mayor uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento (Aspinwall y Taylor, 1992; Brissette et al., 2002; Calvete, Corral et al., 2007; Carver et al., 1993; Carver et al., 1989; Dunkley et al., 2000; Dunkley et al., 2003; Dunn y Whelton, 2006; Epping-Jordan et al., 1999; Fleishman et al., 2000; Riskind y Williams, 2005), que a su vez impiden el uso de medidas protectoras de afrontamiento de control primario y secundario (Connor-Smith y Compas, 2002). Además añaden validez predictiva puesto que ninguno de los estudios realizados hasta el momento era longitudinal.

Este estudio coincide completamente no sólo con el Modelo de Recursos de Holahan y Moos (1987) sino también con el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) donde la evaluación cognitiva, dependiente de las estructuras cognitivas fundamentales, afecta a la elección del afrontamiento. Es más, son varios los estudios que han avalado que la evaluación precede al afrontamiento (Bouchard, Guillemette y Landry-Léger, 2004; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999; Chang, 1998; Folkman et al., 1986; Lowe et al., 2003).

Desde la Terapia Cognitiva se presenta a los esquemas o a las creencias fundamentales como responsables de dirigir los procesos y productos cognitivos, influyendo así en las conductas y emociones (Beck, 1976; Ingram y Kendall, 1986; Segal, 1988). Este modelo es coherente con la noción de los esquemas cognitivos guiando los procesos de afrontamiento. También las personas con un estilo inadaptado de inminencia tienden a utilizar estrategias de afrontamiento de evitación, como el pensamiento ilusorio, que les llevan a más ansiedad (Riskind y Williams, 2005). Es más, dentro de la Terapia Centrada en los Esquemas, Young (1999; 2003) propone a la evitación como uno de los mecanismos a través de los cuales los esquemas funcionan en la persona. En todos los sentidos el estilo cognitivo y el afrontamiento se han probado estrechamente relacionados.

6.6. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DE LOS ESTRESORES EN LOS SÍNTOMAS

Otro objetivo del presente estudio se centró en comprobar la Hipótesis de Amortiguación (Buffering hypothesis; Cohen y Wills, 1985) que considera al apoyo social como un ‘amortiguador’ del impacto de los estresores en los síntomas de estrés. Además, se evaluó el papel específico de las distintas fuentes de apoyo en proteger del efecto de los sucesos sociales y vitales transversal y longitudinalmente.

En primer lugar y en consonancia con la literatura existente (Bouteyre et al., 2007; Calvete y Connor-Smith, 2006; Cheng et al., 2008; Friedlander et al., 2007; Kazarian y McCabe, 2006; Su et al., 2005), los datos revelan una asociación negativa entre el apoyo social y los síntomas de estrés, sobre todo en el estudio transversal. Además, este efecto es considerablemente mayor para los síntomas de depresión que los de ansiedad ($\beta = -.31$ versus $\beta = -.10$), como en previos estudios (Barrera et al., 2004; Carrobbles, Remor y Rodriguez-Alzamora, 2003; Frese, 1999; Tao et al., 2000). Este resultado es coherente con la falta de apoyo social como uno de los factores de riesgo para sufrir un trastorno depresivo (Jia et al., 2004). Además se ha observado que los síntomas depresivos provocan un deterioro de las relaciones sociales (Stice et al., 2004), y que el aislamiento social es uno de los esquemas presentes en la depresión (Lumley y Harkness, 2007). En cambio, dentro de los trastornos ansiosos, el único que está directamente relacionado con una perturbación de las relaciones sociales es la fobia social que no se contempla en este estudio.

En cuanto a los análisis de moderación, transversalmente mostraron al apoyo familiar y de amistades como un recurso en los y las estudiantes universitarios que amortiguaba el impacto de los acontecimientos estresantes en los síntomas depresivos, todo ello en consistencia con otros estudios (Borsntein, 1995; Calvete y Connor-Smith, 2006; Crockett et al., 2007; Cutrona et al., 1994; Fukuoka y Hashimoto, 1997; Lee et al., 2005; Wilcox et al., 2006). Longitudinalmente, el apoyo familiar interactuaba con los sucesos vitales y totales para predecir una reducción de los síntomas depresivos y con los sucesos sociales para predecir menos síntomas ansiosos.

De acuerdo con la Hipótesis del Ajuste (Match Hypothesis; Cohen y Wills, 1985), se ha observado cierta especificidad en la ayuda. Así, ante los sucesos sociales, el apoyo de amigos y no de la familia ejercía de moderador en los síntomas depresivos, mientras que ante los sucesos vitales, tanto la familia como las amistades eran significativas. Coincidiendo con otros estudios anglosajones (Crockett et al., 2007; Friedlander et al., 2007; Maton, 1989; Wilcox, et al., 2006), es destacable corroborar el papel fundamental de las amistades en proteger a estudiantes universitarios del efecto de los estresores, muchos de ellos relacionados con el ajuste a la universidad (e.g. *Juntarte con nueva gente, Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo, Problemas académicos, etc.*), sobre todo en una cultura como la nuestra donde la mayoría de estudiantes tienden a permanecer en el hogar familiar. Precisamente, en culturas donde existe la tradición de abandonar el hogar al comenzar la Universidad, el apoyo de padres se ha mostrado incluso un factor predictor de síntomas físicos ya que al parecer puede reducir en el estudiante la habilidad de establecer su rol en la universidad y de ganar en independencia emocional (Zaleski et al., 1998). Sin embargo, éste no es el caso en otros estudios (Crockett et al., 2007; Cutrona et al., 1994) ni en el presente, donde el apoyo familiar se ha revelado como un factor protector del efecto de gran variedad de acontecimientos vitales (e.g. *Experimentar problemas de salud, Separación o divorcio de los padres, Cambio de residencia o vecindario, etc.*) en los síntomas depresivos, tanto transversal como longitudinalmente.

No cabe duda de que existen diferencias culturales en la percepción y alcance del apoyo social que han sido estudiadas sobre todo en distintas etnias de la población norteamericana (e.g. Maton et al., 1996). No obstante, existe un estudio realizado con estudiantes españoles y americanos en el cual no se encontraron diferencias en la percepción de apoyo, a pesar de que era más probable que los estudiantes españoles residiesen con sus padres y tuviesen a los amigos más cerca que los americanos (Calvete y Connor-Smith, 2006). En lo que sí se ha visto que difieren ambas poblaciones es en la valoración de la afiliación social, con la población española otorgándole mayor importancia (Benet y Waller, 1995).

El apoyo proveniente de las relaciones más íntimas (e.g. *Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías*) no ha resultado significativo. Aunque en la población general, el tener pareja ha demostrado ser un factor protector

del estrés (Dehle et al., 2001), éste parece no ser el caso en muestras de estudiantes universitarios (Reifman y Dunkel-Schetter, 1990) como la del presente estudio cuya media de edad es de 19.16 años. El apoyo de la pareja puede cobrar mayor importancia en edades maduras cuando las relaciones se hacen más estables.

El rol del apoyo social como protector de la ansiedad ha sido menos estudiado que en la depresión (Calvete y Connor-Smith, 2006; Crockett et al., 2007; Dunkley et al., 2000; Frese, 1999) y su significación se ha demostrado menor también en este estudio. Únicamente se ha confirmado la hipótesis de amortiguación para la ansiedad en el diseño longitudinal, con el apoyo total protegiendo del impacto de los sucesos vitales y el familiar de los sucesos sociales. Si extendemos la hipótesis del ajuste a los síntomas (Frese, 1999), entonces se podría afirmar que el apoyo familiar es un recurso frente a la ansiedad, y no la depresión, a la hora de afrontar los problemas sociales. La explicación a esta diferencia puede residir en el hecho de que la familia aporta un factor de seguridad que alivia el sentimiento de amenaza propio de la ansiedad.

Como conclusión de este estudio, se puede deducir que el apoyo social tiene un efecto directo y de amortiguación del estrés en un primer tiempo que, trascurridos los 5 meses, pasa a ser sobre todo de amortiguación. Turner (1983) ya sugirió que el efecto de moderador del apoyo social tendrá lugar mientras se estén produciendo los procesos de ajuste al estresor, y en cambio, el efecto directo ocurrirá una vez producidos. Esto explicaría que en el T2 cobra protagonismo el apoyo social como herramienta de ajuste a los problemas académicos o interpersonales que aparecerán a lo largo del curso. Además, parece que los y las estudiantes dan mayor importancia al apoyo de las amistades al principio de curso y una vez los vínculos de amistad han sido contruidos, será la familia la que juegue un rol más importante. No hay que olvidar que se está midiendo el apoyo percibido, pobremente relacionado con el recibido, y que por ello se puede considerar una variable de vulnerabilidad cognitiva (Lakey et al., 2002; Sarason et al., 1990). Además, el instrumento de apoyo social utilizado en este estudio (MSPSS, Zimet et al., 1988) recoge tanto aspectos estructurales como funcionales del apoyo (emocional e instrumental), con lo cual deben aparecer efectos directos y de amortiguación (Cohen y Wills, 1985; Uchino, 2004).

6.7. EL AFRONTAMIENTO COMO MEDIADOR ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LOS SÍNTOMAS

El último objetivo consistió en evaluar el rol del afrontamiento como mecanismo mediador entre el apoyo social y los síntomas, tal y como se propone en el Modelo de Recursos (Holahan y Moos, 1987).

Los datos transversales apoyan este modelo y la evidencia previa (Calvete y Connor-Smith, 2006; Dunkel-Schetter et al., 1987; Holahan y Moos, 1987, 1990; Luszczyńska et al., 2005; Rudnicki, Graham, Habboushe y Roos, 2001; Tao et al., 2000). De este modo, los y las estudiantes que reciben apoyo, sobre todo de padres y amigos, tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento secundario (e.g. pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, aceptación) y menos estrategias de distanciamiento (evitación, negación y pensamiento ilusorio), lo que les lleva a sufrir menos síntomas de estrés.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las estrategias de afrontamiento primario, aunque aparecen como mediadoras, se han relacionado directamente con más sintomatología, lo que ha llevado a contrarrestar el efecto positivo del apoyo social en el caso de la ansiedad. Resultados similares encontraron Connor-Smith y Calvete (2006), cuya muestra también incluía estudiantes españoles, y donde los efectos de mediación no eran mayores que los directos. Sin embargo, este efecto de supresión sólo ocurre para la mediación entre el apoyo social total y la ansiedad. En el resto de los casos, los coeficientes han descendido y la mediación explica porcentajes moderadamente altos de la relación entre el apoyo social y los síntomas.

Además, el porcentaje de estrategias de distanciamiento explica mejor la mediación que las puntuaciones absolutas. De hecho, todas las mediaciones son parciales a excepción del porcentaje de distanciamiento que media totalmente la relación entre el apoyo total, de familiares y amigos, y los síntomas de ansiedad. La supremacía del uso de las estrategias de distanciamiento para explicar el estrés ha sido de sobra demostrada, y en el ámbito del apoyo social parece que también se cumple.

Conviene recordar que algunos estudios han encontrado las estrategias de afrontamiento como mediadores totales (Blankfeld y Holahan, 1996; 1999; Fleishman et al., 2000; Holahan et al., 1997; Manne y Zautra, 1989; Saltzman y Holahan, 2002) y otros parciales (Calvete y Connor-Smith, 2006; Dunkel-Schetter et al., 1987; Holahan y Moos, 1987, 1990; Luszczynska et al., 2005; Rudnicki et al., 2001; Tao et al., 2000). Una investigación llevada a cabo con estudiantes universitarios subrayó que la mediación era total ante estresores percibidos como controlables, mientras que ante aquellos considerados incontrolables la mediación era parcial (Valentiner et al., 1994). El presente estudio incluye estresores controlables e incontrolables y los resultados son mixtos. El hecho de que la mediación total se de únicamente en la ansiedad puede explicarse bien por la falta de control del solapamiento con la depresión de estos análisis, o por el mencionado hecho de que las personas con ansiedad tienden a utilizar más afrontamiento. Sin embargo, todos los resultados descritos se refieren a los datos transversales.

A diferencia de otros estudios prospectivos (Holahan y Moos, 1991; Holahan et al., 1995; 1997; Saltzman y Holahan, 2002; Tao et al., 2000; Valentiner et al., 1994), los datos longitudinales de esta investigación no confirman el Modelo de los Recursos. La falta de apoyo social no se reveló un predictor significativo de los síntomas de ansiedad y depresión, y por tanto, tampoco podía haber mediación del afrontamiento. A pesar de que en los análisis trasversales la relación no es muy alta, es evidente que hay diferencias con los datos prospectivos que pueden deberse a varios motivos. En primer lugar, no se han tenido en cuenta las posibles variaciones de las redes sociales y de apoyo entre el T1 y el T2, recogiendo este dato solamente en el primer tiempo. No es de extrañar que a principio de curso, cuando el entorno es novedoso para los estudiantes, se tenga más en cuenta la falta de apoyo percibido, lo que a mitad de curso puede ceder protagonismo a los resultados académicos. Dunkel-Schetter et al. (1987) ya han señalado que la percepción de apoyo depende de variables personales y contextuales. No obstante, si se asume el carácter estable del apoyo social, demostrado por algunos autores (Tao et al., 2000), otra explicación posible es el coste para la autoestima que supone recibir apoyo (Uchino, 2004). Con el paso del tiempo, el efecto beneficioso del apoyo puede verse contrarrestado por la percepción de incapacidad y baja autoconfianza que conlleva el recibirlo. En tercer lugar, otro argumento que únicamente pueden corroborar los estudios longitudinales es la dirección de la relación. La

desconfirmación longitudinal podía estar sugiriendo, como ya han comprobado algunos autores, que los síntomas y el uso de las estrategias disfuncionales producen un deterioro del apoyo (Holahan et al., 2005; Stice et al., 2004; Torsheim et al., 2003). La última razón adjudicada a aspectos metodológicos, expuesta ya en otros apartados, es la pérdida experimental sufrida en el T2 que ha podido sesgar gravemente la muestra.

Puesto que se trata del primer estudio longitudinal evaluando esta hipótesis en una muestra española, los resultados necesitarán ser replicados en futuras investigaciones. Igualmente, no hay que olvidar que el efecto beneficioso del apoyo social es más evidente en personas expuestas a altos niveles de estrés (Blankfield y Holahan, 1996; Calvete y Connor-Smith, 2006; Holahan y Moos, 1991), y en este caso, al tratarse de una muestra de estudiantes su impacto será más moderado.

6.8. LIMITACIONES Y DIRECCIONES FUTURAS

La primera limitación reside en el uso exclusivo de medidas de auto-informe que, a pesar de que posibilitan la inclusión de una muestra amplia, tienen algunos inconvenientes. Por un lado, la falta de fiabilidad del recuerdo con el paso del tiempo que, en el caso del listado de acontecimientos, se remonta a 6 meses. Este sesgo se hace evidente en el estudio de Raphael et al. (1991) donde solamente había un 25% de acuerdo en los acontecimientos que se consideraban estresantes mensualmente y la evaluación retrospectiva al final de los 10 meses.

Por otro lado, se perdió el 43.2% de los y las participantes entre el T1 y el T2, lo que resta poder al estudio longitudinal y contamina la composición de la muestra. Se puede suponer que las personas que acuden a clase en el segundo trimestre tienen un perfil distinto de las que abandonan. Además, no se controló el posible impacto del sesgo del afecto negativo que se ha constatado influye en las medidas auto-informe, y que puede llevar a una sobreestimación de las asociaciones entre variables (Ingledew et al., 1997).

En relación al diseño, aunque ciertamente el estudio longitudinal añade poder predictivo frente al transversal, el hecho de que sea correlacional no garantiza la

causalidad. Para ello sería necesario un diseño experimental, especialmente dificultoso en el estudio de variables personales que no son susceptibles de ser manipuladas.

Otra razón por la cual la utilización de un diseño longitudinal correlacional y retrospectivo resulta limitada, se debe a la dirección de las relaciones. En esta investigación se ha comprobado que los estresores, las estrategias de afrontamiento, el estilo cognitivo y el apoyo social predicen los síntomas de estrés pero no se ha evaluado la posibilidad de que los síntomas a su vez retroalimenten esta relación. Esta reciprocidad se ha visto avalada con los síntomas produciendo un mayor número de acontecimientos estresantes (para revisión véase Hammen, 1999), afectando al uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales (Aldwin y Revenson, 1987; Carver et al., 1993; Holahan et al., 2005), transformando el estilo cognitivo (Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Miguel-Tobal, González Ordi y López Ortega, 2000) y deteriorando el apoyo social (Stice et al., 2004; Torsheim et al., 2003). Es más, pocos estudios longitudinales han medido el estilo cognitivo en el T1 y T2 para comprobar si se mantiene constante (para excepciones véase Alloy, Abramson, Safford et al., 2006; Cole et al., 2008; Hankin, 2008). El mismo Young cuestiona tal estabilidad afirmando incluso que experiencias en la adolescencia pueden modificar los esquemas (Young, comunicación personal, Octubre 2008). Por lo tanto, futuras líneas de investigación debieran dedicarse a evaluar si tanto los acontecimientos como los síntomas o los trastornos pueden modificar las estructuras cognitivas de la persona, tal y como se plantea en la Hipótesis de la Secuela (*Scar hypothesis*; Lewinsohn et al., 1981).

En lo que respecta a la metodología utilizada para los análisis estadísticos, hay varios aspectos cuestionables. En primer lugar, la utilización de la regresión múltiple tiene una capacidad limitada ya que incluye únicamente una variable consecuencia. Además, los análisis de regresión sólo habilitan un test para ver los cambios en los síntomas o estresores, y no evalúan las variaciones en los niveles de estrés intrasujeto a lo largo del tiempo (Lakdawalla, Hankin y Mermelstein, 2007). Existen test más poderosos y exactos en la evaluación de las fluctuaciones inter e intrasujeto (i.e. Modelado Lineal Jerárquico, Raudenbush, 2001). Por otro lado, como señalan algunos autores (Baron, 1986; Calvete, en prensa), en los análisis de mediación es más recomendable el uso del Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM). Uno de los motivos es que, en la regresión múltiple, no se puede controlar el solapamiento entre

varios mediadores, como ocurre en los análisis con las distintas escalas de afrontamiento.

La composición de la muestra, en este caso estudiantes universitarios de primeros cursos de Bizkaia, posee aspectos ventajosos (i.e. variables sociodemográficas controladas y grupo homogéneo) pero también inconvenientes en cuanto a la generalización de los resultados a otras poblaciones. Sería especialmente interesante profundizar en el funcionamiento de los esquemas inadaptados tempranos en muestras clínicas para contrastar la activación permanente de los esquemas sugerida por Young y cuya interacción con los acontecimientos es menos necesaria. Igualmente, futuras investigaciones podrían incluir los síntomas externalizantes para evaluar su especificidad constatada ya por Calvete, Estévez, Landín et al. (2005).

Los instrumentos utilizados también poseen algunas restricciones. En primer lugar, el listado de acontecimientos recoge información cuantitativa pero no cualitativa, con lo cual sucesos tan distintos como la *Separación o divorcio de los padres y Juntarte con nueva gente* son contabilizados de la misma forma. Es más, dentro del mismo ítem, como por ejemplo *Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos*, pueden incluirse desde una gripe hasta un cáncer (véase Dohrenwend et al., 1990). A este respecto, resultaría menos problemático evaluar un estresor común a toda la muestra como han hecho otros estudios (Bolger, 1990; Litt et al., 1992; Pruchno y Resch, 1989; Stanton y Snider, 1993; Wadsworth et al., 2005). De este modo, se podrían seleccionar las mejores estrategias para cada estresor concreto en la línea del Modelo de Bondad del Ajuste de Lazarus y Folkman (1984) que explica la eficacia de una estrategia particular en base a la adecuación entre la misma y las características del evento (por ejemplo, un examen).

En segundo lugar, la metodología autoinforme utilizada para la medición de los esquemas y la orientación negativa a los problemas, a pesar de ser la más común, da una información descriptiva de los mismos. Por este motivo, Segal (1988) recomienda el uso de tareas de procesamiento de la información, como la tarea de Stroop, para medir las estructuras y los procesos cognitivos. Futuras investigaciones deberían incluir una evaluación multimodal de los mismos.

Por último, el cuestionario de apoyo social es una medida que no diferencia entre las distintas funciones del apoyo con lo que resulta dificultoso discriminar entre el tipo de apoyo que ejerce la familia y los amigos. Por ejemplo, Fukuoka y Hashimoto (1997) observaron que la familia aportaba sobre todo apoyo instrumental y los amigos apoyo emocional. Tampoco se contemplan los aspectos negativos de los vínculos sociales que se ha visto son relevantes en la experiencia de estrés (Uchino, 2004).

6.9. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN

Se estima que el 30% de los pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria padecen algún problema de salud mental y, entre estos trastornos, la depresión y la ansiedad ocupan un lugar destacado (Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2008). Por esta razón, resulta especialmente significativa la aplicación de los resultados obtenidos sobre los factores asociados a la ansiedad y a la depresión en la prevención y la intervención. El problema más común y denunciado por Bieling y Grant (2007) es la desconexión existente entre la investigación básica en vulnerabilidad cognitiva y su traducción en intervenciones.

En lo que se refiere a la prevención, muchos de los programas existentes son simples adaptaciones de los tratamientos para los trastornos agudos y, por tanto, no son aplicables a la población normal (Bieling y Grant, 2007). La mayoría de ellos se basan en la Terapia Cognitivo-Conductual y pretenden ayudar al paciente a descubrir los pensamientos vinculados a las emociones negativas, refutándolos y creando respuestas más adaptativas cuando el ánimo y la motivación de la persona son bajos. Pero en el caso de personas que tienen una frecuencia ‘normal’ de pensamientos negativos, no están desmotivadas y su ánimo es estable, se podría adoptar otra perspectiva. Tal es el caso de la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2002) que fue diseñada para la prevención y que combina estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual y de meditación. En este programa se entrena a las personas a estar más conscientes de sus pensamientos y sistemas de creencias, y a responder de forma que les ayude a dejar de

identificarse con ellos. Además se enfoca tanto en reducir la disfunción como en potenciar el bienestar y la aceptación.

Asimismo, en un proyecto piloto de prevención del estrés, dirigido por la Dra. Esther Calvete y ofertado a estudiantes universitarios de la Universidad de Deusto, se obtuvieron resultados satisfactorios. Tras la aplicación 20 horas de sesiones grupales de entrenamiento en aspectos como el afrontamiento, la relajación, la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés, el manejo del tiempo y el ejercicio físico, los y las participantes mostraban una reducción en los síndromes ansioso-depresivo y de aislamiento social, los problemas internalizantes y los pensamientos de insatisfacción entre otros, así como un aumento de los pensamientos positivos (véase Estévez, 2005).

Recogiendo las conclusiones del presente estudio y los aspectos que se han probado eficaces en la mencionada intervención, se podría plantear un programa de prevención del estrés en estudiantes universitarios. En dicho programa, debería incluirse la identificación de los factores de vulnerabilidad cognitiva a los distintos síntomas (los esquemas inadaptados tempranos y la orientación negativa a los problemas, entre otros). A este respecto, se podría llevar a cabo una labor educativa en la que los y las estudiantes considerasen la disfuncionalidad de estos esquemas, que a menudo pueden percibirse como positivos o neutros (e.g. estándares inalcanzables, sociotropía o grandiosidad). Una vez reconocidos, se les podría entrenar a evaluar las distintas formas, funcionales y disfuncionales, de responder ante los sucesos estresantes. El hecho de reforzar y ampliar los recursos de afrontamiento se ha mostrado un factor clave para predecir el éxito de la Terapia Cognitiva (Gunter, Cohen, Butler y Beck, 2005). Igualmente, se debería enfatizar el valor protector del apoyo social en el estrés mediante el entrenamiento en resolución de conflictos y habilidades sociales. Una intervención que abarque las distintas áreas de la persona (cognitiva, conductual, emocional y social) y se enfoque no sólo en reducir los aspectos perjudiciales sino también en reforzar los propios recursos, es más probable que sea exitosa en una población de estudiantes universitarios.

A nivel de la intervención, los resultados de este estudio añaden conocimiento de los factores asociados a los síntomas de ansiedad y depresión. Una vez demostrada la superioridad de las técnicas cognitivo-conductuales frente a la administración de

antidepresivos en el tratamiento de la depresión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), el enriquecimiento de este tipo de técnicas -basadas sobre todo en el Modelo de Beck- estará sobradamente justificado. De esta forma, el tratamiento con la Terapia Centrada en los Esquemas, el entrenamiento en técnicas de afrontamiento y de habilidades sociales son algunas de las propuestas que pueden mejorar las técnicas cognitivo-conductuales actuales. Estas son aplicables en un servicio de Counselling universitario o a mayor escala como en el caso de la Atención Primaria que tan deficitaria resulta en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de ánimo en nuestro país (Cano-Vindel, 2008).

La autora de esta tesis desea que este estudio añada más evidencia a la existente sobre el importante papel de los factores cognitivos, sociales y conductuales en el desarrollo de los síntomas de estrés y, por tanto, conceda un lugar de mayor relevancia a la psicología en la prevención y tratamiento de los mismos.

6.10. CONCLUSIONES FINALES

En primer lugar, el hecho de experimentar acontecimientos vitales y sociales representa un factor de riesgo para padecer síntomas de depresión y de ansiedad en estudiantes universitarios. Además, los estresores más comunes estaban directamente relacionados con el hecho de estudiar en la universidad (e.g. Problemas académicos y Juntarse con nueva gente).

Asimismo, el riesgo de sufrir síntomas de estrés ante la presencia de acontecimientos negativos aumenta considerablemente entre las personas cognitivamente vulnerables. Así, los y las estudiantes con mayor número de esquemas inadaptados tempranos tendían a presentar un aumento de síntomas de depresión y ansiedad, sobre todo al interactuar con los estresores, y en un patrón de factores específicos y comunes a la vez. En concreto, algunos esquemas (e.g. Abandono, Abuso, Imperfección e Inhibición emocional) se han revelado propios de los síntomas depresivos mientras que otros (e.g. Apego, Dependencia, Vulnerabilidad al daño y Subyugación) son comunes a ambos trastornos.

Las mencionadas estructuras cognitivas, los esquemas inadaptados tempranos, por sí solas también son predictoras de síntomas de estrés aunque en menor medida que junto a los estresores. La razón puede deberse a la naturaleza de la muestra, en este caso estudiantes universitarios, cuyos esquemas no están tan activados como en muestras clínicas y, por lo tanto, necesitan de los acontecimientos para ponerse en marcha.

Otro factor que se ha descubierto moderador del impacto de los acontecimientos en los síntomas de estrés es el apoyo social. En particular, el apoyo de amigos se ha mostrado un amortiguador del efecto de los sucesos sociales y vitales en los síntomas depresivos y el apoyo familiar protege de las consecuencias de los sucesos vitales en la depresión y de los sociales en la ansiedad. De este modo, cabe destacar la importante función del apoyo de las amistades que parece ser sobre todo relevante en proteger de la experiencia de estrés.

Por último, los recursos individuales y sociales de los y las estudiantes parecen ejercer un efecto en los síntomas de ansiedad y depresión en parte mediante el uso de estrategias de afrontamiento. Concretamente, los dominios de los esquemas inadaptados tempranos, la sociotropía y la orientación negativa a los problemas predecían un aumento de síntomas de ansiedad y depresión a través del mayor uso de estrategias de distanciamiento y el menor uso de estrategias de aproximación. Igualmente, los y las estudiantes que recibían apoyo de padres y amigos, utilizaban más estrategias de afrontamiento secundario (e.g. pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación) y menos estrategias de distanciamiento en el T1. Los datos longitudinales no corroboran este modelo y puede deberse, en parte, por el coste a la autoestima que supone la percepción de apoyo. Lo que sí se cumple tanto transversal como longitudinalmente es la fuerte asociación entre las estrategias de distanciamiento y los síntomas de estrés. Además, parece que las personas que padecen ansiedad tienden a utilizar más el afrontamiento que las que sufren de síntomas depresivos.

En síntesis, este estudio aporta nuevos datos acerca del papel de los estilos cognitivos, el apoyo social y el afrontamiento en el proceso de estrés de estudiantes universitarios y en el riesgo de estos de desarrollar ansiedad y depresión.

REFERENCIAS

- Abbey, A., Andrews, F. M. y Halman, J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 455-469.
- Abela, J. R., Brozina, K. y Seligman, M. E. (2004). A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis component of the hopelessness theory of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(2), 111-128.
- Abela, J. R. y D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111-128.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Aiken, L. S. y West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newburg Park, CA: Sage.
- Alansari, B. M. (2005). Relationship between depression and anxiety among undergraduate students in eighteen arab countries: A cross-cultural study. *Social Behavior and Personality*, 33(5), 503-512.
- Aldwin, C. M. y Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. Nueva York: Norton.
- Alford, B. y Beck, T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Alford, B. A. y Gerrity, D. M. (2003). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1069-1075.
- Aliaga, F. y Capafóns, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la Escala de Modos de Coping (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 2, 15-26.

- Allgöwer, A., Wardle, J. y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 227-262.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y. y Francis, E. (1999). Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Current directions in Psychological Science*, 8(4), 128-132.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., 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.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Safford, S. M. y Gibb, B. E. (2006). The Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Current findings and future directions. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 33-61). New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C. y Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145-156.
- Alloy, L. B. y Clemens, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 303-335.
- Alloy, L. B., Just, N. y Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 221-244.
- Alloy, L. B. y Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M.-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.

- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T. y Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A hidden personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63(2), 189-212.
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1992). Modelling Cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S. G. y Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, 64, 923-958.
- Band, E. y Weisz, J. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247-253.
- Bandelow, B., Andersen, H. F. y Dolberg, O. T. (2007). Escitalopram in the treatment of anxiety symptoms associated with depression. *Depression and Anxiety*, 24, 53-61.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barnett, P. A. y Gotlib, I. H. (1988). Dysfunctional attitudes and psychosocial stress: the differential prediction of future psychological symptomatology. *Motivation and Emotion*, 12, 251-270.
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrera, M. J. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M. J. (2000). Social support research in community psychology. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 215-245). New York: Springer.
- Barrera, M., D'agostino, N., Gibson, J., Gilbert, T., Weksberg, R. y Malkin, D. (2004). Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 630-641.

- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España editores, SA.
- Bartolomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, WI: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New Perspectives. En 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. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy: A 30-year perspective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. T. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, A. T., Freeman, A. M y asociados (1991). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

- Beck, R. y Perkins, S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 651-663.
- Beck, R., Taylor, C. y Robbins, M. (2003). Missing home: Sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(2), 155-166.
- Benet, T. y Waller, N. G. (1995). The Big Seven factor model of personality description: Evidence for its cross-cultural generality in a Spanish sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 701-718.
- Berkman, L. F. y Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bieling, P. J. y Grant, D. A. (2007). Toward bridging the science and practice of depression prevention: What can we learn from cognitive vulnerability? *Canadian Psychology*, 48(4), 240-255.
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M. y Giorgino, K. B. (1995). The relationship between coping and psychological well-being among people with osteoarthritis: A problem-specific approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 107-115.
- Blalock, J. y Joiner, T. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Blankfeld, D. F. y Holahan, C. J. (1996). Family support, coping strategies, and depressive symptoms among mothers of children with diabetes. *Journal of Family Psychology*, 10(2), 173-179.
- Block, P. (1991). Measurement and interrelations of psychiatric symptomatology in inpatients. *Psychological Reports*, 68, 1055-1056.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bolger, N. y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Bolger, N., Zuckerman, A. y Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 953-961.

- Bonano, G. A., Znoj, H. J., Siddique, H. y Horowitz, M. J. (1993). Verbal-autonomic response dissociation and adaptation to midlife conjugal loss: A follow-up at 25 months. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 605-624.
- Bornstein, R. F. (1995). Interpersonal dependency and physical illness: The mediating roles of stress and social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 225-243.
- Bouchard, G., Guillemette, A. y Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Boyd, J. H., Weissman, M. M., Thompson, D., y Myers, J. K. (1982). Screening for depression in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1195-1200.
- Brady, E. U. y Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brisette, I., Carver, C. S. y Scheier, M. F. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.
- Brisette, I., Cohen, S. y Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. En S. Cohen, L. G. Underwood y B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 53-85). New York: Oxford University Press.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.

- Butler, G., Fennell, M., Robson, D. y Gelder, M. (1991). Comparison of behaviour therapy and cognitive-behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Burg, M. M. y Seeman, T. E. (1994). Families and health: The negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 109-115.
- Burns, D. D. y Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 461-473.
- Calvete, E. (en prensa). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15, 179-190.
- Calvete, E., y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos. *Psicothema*, 13, 95-100.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2005). [Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents](#). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 179-192.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 201-207.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 47-65.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. [Anxiety, Stress and Coping](#), 20(4), 369-382.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14, 886-904.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007a). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 791-804.

- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007b). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 9(3), 446-451.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 91-100.
- Calvete, E., Estévez, A., Landín, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villa, A. et al. (2005). Self-talk and affective disorders in young: Valence of thinking and cognitive content specificity. *Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 56- 67.
- Calvete, E. y Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos. *Psicología Conductual*, 16(1), 5-21.
- 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 and Therapy*, 46(8), 944-953.
- Calvo, M. y Cano-Vindel, A. (1997). The nature of train anxiety: cognitive and biological vulnerability. *European Psychologist*, 2(4), 301-312.
- Cano-Vindel, A. (2008). Los profesionales de la psicología, pieza necesaria y fundamental en atención primaria. *Infocop*, 40, 12-15. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Mimeo: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 5(2-3), 129-143.
- Cantarazo, S. J. y Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping and dysphoria among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 34-44.
- Cantarazo, S. J., Horaney, F. y Creasey, G. (1995). Hassles, coping, and depressive symptoms in an elderly community sample: the role of mood regulation expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 259-265.
- Cardeñoso, O., y Calvete, E. (2004). Desarrollo del Inventario de Creencias Irracionales para adolescentes. *Psicología Conductual*, 12, 289-304.

- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodriguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cecero, J. J., Beitel, M. y Prout, T. (2008). Exploring the relationships among early maladaptive schemas, psychological mindedness and self-report college adjustment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 105-118.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. y Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of Schema Therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357.
- Chang, D. W. (2002). Stress, self-efficacy, social support, and psychological distress among prospective Chinese teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 22(5), 557-569.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120.
- Chang, E. y D’Zurilla, T. (1996) Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behavior Research and Therapy*, 34, 185–194.

- Cheng, S-T, Cheung, K. C. y Cheung, C. (2008). Peer victimization and depression among Hong Kong adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 766-776.
- Cheung, S., Sun, S. Y. K., Mak, Y. y Fung, W. (1997). Sociotropy/autonomy and differential effects of social support on psychological well-being. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 40, 112-120.
- Clark, D. (1986a). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. (1986b). Cognitive-affective interaction: A test of the “specificity” and “generality” hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 607-623.
- Clark, D., Beck, A., y Brown, G. (1989). Cognitive Mediation in General Psychiatric Outpatients: A Test of the Content-Specificity Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 958-964.
- Clark, D., Beck, A., y Brown, G. (1992). Sociotropy, autonomy, and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16(6), 635-652.
- Clark, D. A, Beck, A. T. y Steward, B. (1990). Cognitive Specificity and Positive-Negative Affectivity: Complementary or Contradictory Views on Anxiety and Depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 148-155.
- Clark, D. A., Steer, R. A., y Beck, A. T. (1994). Common and Specific Dimensions of Self-Reported Anxiety and Depression: Implications for the Cognitive and Tripartite Models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 645-654.
- Clark, L. A. (1989). The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. En P. C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 83-129). San Diego, CA: Academic Press.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.
- Cid, J., Tejero, A. y Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young*. Manuscrito no publicado.

- Cid, J. y Torrubia, R. (2002, Septiembre). *Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire*. Comunicación presentada en el XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Maastrich, Netherlands.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cole, D. A., Ciesla, J. A., Dallaire, D. A., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., LaGrange, B. et al. (2008). Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 16-31.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M. y Maschman, T. L. (2001). Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competence in children. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 377-396.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 231-237.
- Compas, B. E., Beckjord, E., Agocha, B., Sherman, M. L., Langrock, A., Grossman, C. et al. (2006). Measurement of coping and stress responses in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 1038-1054.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J., Osowiecki, D., y Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 105-130). New York: Plenum.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. (1999). Getting specific about coping: Effortful and involuntary responses to stress in development. En M. Lewis y D. Ramsey (Eds.), *Soothing and Stress* (pp. 229-256). New York: Cambridge University Press.
- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.

- 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.
- Connor-Smith, J. K. y Calvete, E. (2004). Cross-cultural equivalence of coping and involuntary responses to stress in Spain and the United States. *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 163-185.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2002). Vulnerability to Social Stress: Coping as a Mediator or Moderator of Sociotropy and Symptoms of Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 347-368.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B.E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary responses to stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-992.
- Connor-Smith, J. K. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107.
- Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya (2008). Tres de cada diez catalanes que acuden a Atención Primaria sufren problemas de salud mental. Obtenido en Enero 2008 de la revista del Colegio Oficial de Psicólogos Infoonline, página web: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1687
- Cox, T. (1978). *Stress*. Hong Kong: The Macmillan Press.
- Cox, T. (1995). Stress, coping and physical health. En A. Broome y S. Llewelyn (Eds.), *Health Psychology Processes and Applications* (2ª ed., pp. 21-34). London: Chapman & Hall.
- Coyne, J. C. (1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116, 29-45.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. y Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439-447.
- Coyne, J. C. y Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358-378.

- Coyne, J. C., Wortman, C. B. y Lehman, D. R. (1988). The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Marshalling social support* (pp. 305-330). Newbury Park, CA: Sage.
- Crean, H. F. (2004). Social support, conflict, major life stressors, and adaptive coping strategies in Latino middle school students. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 657-676
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M. y Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347-355.
- Cutrona, C. E., Cole, V., Colangelo, N, Assouline, S. G. y Russell, D. W. (1994). Perceived parental support and academic achievement: An attachment theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 369-378.
- Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., Copeland, K. G., Jones, C. L., Taub, E. y Vaughan, J. K. (1993). Parents of children newly diagnosed with cancer: Anxiety, coping, and marital distress. *Journal of Paediatric Psychology*, 18, 365-376.
- Davey, G. C., Tallis, F. y Hodgson, S. (1993). The relationship between information-seeking and information-avoiding coping styles and the reporting of psychological and physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 333-344.
- Davidson, L. M. y Demaray, L. K. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*, 36(3), 383-405.
- Day, A. L. y Livingstone, H. A. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel: Do coping styles buffer their negative impact on health? *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 348-360.
- Dehle, C., Larsen, D. y Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, 29(4), 307-324.
- Demakis, G. J. y McAdams, D. P. (1994). Personality, social support and well-being among first year college students. *College Student Journal*, 28, 235-243.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90-R administration, scoring and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.

- Dobson, K. y Block, L. (2002). Historical and philosophical bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. En K. Dobson (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2ª ed., pp. 3-39). New York: The Guilford Press.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1–19.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477-495.
- Dohrenwend, B. P., Link, B. G., Kern, R., Shrout, P. E. y Markowitz, J. (1990). Measuring life events: The problem of variability within event categories. *Stress Medicine*, 6, 179–187.
- Dohrenwend, B. P. y Shrout, P. E. (1985). “Hassles” in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 40(7), 780-785.
- Dormann, C. y Zapt, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 6, 874-884.
- Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. En B. R. Sarason, I. G. Sarason y G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp.267-296). Nueva York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. y Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 71-80.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R. y Flett, G. L. (1997) Specific-cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M. y Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as a mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R. y Zuroff, D. (2003). Self-Critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234-252.

- Dunn, J. y Whelton, W. J. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 511-523.
- Dykman, B. M. (1997). A test of whether negative emotional priming facilitates access to latent dysfunctional attitudes. *Cognition and Emotion*, 11, 197-222.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J. I. y Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091-1107.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., y Kant, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*, 25, 241-252.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2(2), 156-163.
- Eaves, G. y Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. y Guthrie, I. (1997). Coping with stress: the roles of regulation and development. En J. N. Sandler y S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory, research, and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional Emotiva? En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Volumen 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Elliott, T. R., Shewchuk, R. M. y Scott, R. J. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 223-232.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E. y Howell, D. C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539-547.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. y Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.

- ESEMeD/MHEDEA 2000 (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21-27.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 28-37.
- Estévez, A. (2005). Prevención y tratamiento del estrés psicosocial en estudiantes universitarios/as. Manuscrito no publicado.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of human stress response*. Virginia: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Eysenck, M. W., Payne, S. y Santos, R. (2006). Anxiety and depression: Past, present and future events. *Cognition and Emotion*, 20(2), 274-294.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. y Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science Medicine*, 18, 889-898.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28, 857-870.
- Fisher, J. D., Nadler, A. y Whitcher-Algana, S. (1983). Four conceptualizations of reactions to aid. In J.D. Fisher, A. Nadler, & B.M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping: Recipient reaction to aid* (pp. 51-84). New York: Academic Press.
- Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Crystal, S., Collins, R. L., Marshall, G. N., Kelly et al. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-Infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421-453.
- Flett, G. L., Vredenburg, K. y Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121, 395-416.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Frazier, P. A., Tix, A. P. y Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134.
- Freeman, A. (1987). Cognitive Therapy: An overview. En A. Freeman y V. Greenwood (Eds.), *Cognitive Therapy: Applications in Psychiatric and Medical Settings* (pp. 19). New York: Human Sciences Press.
- Freeman, C. (1995). Cognitive Therapy. En G. Szmukler, C. Dare, y J. Treasure (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (p.309-331). New York: John Wiley & Sons.
- Fresco, D. M., Alloy, L. B. y Reilly-Harrington, N. R. (2006). Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(10), 1140-1159.
- Fresco, D. M., Sampson, W. S., Craighead, L. W. y Koons, A. N. (2001). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms of depression and anxiety. *Journal of cognitive psychotherapy*, 15(1), 17-31.
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 179-192.
- Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N. y Cribbie, R. (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 259-274.

- Fukuoka, Y. y Hashimoto, T. (1997). Stress-buffering effects of perceived social supports from family members and friends: A comparison of college students and middle-aged adults. *Shinrigaku Kenkyu*, 68(5), 403-409.
- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C. y Wills, T. (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 243-258.
- Gallup Organization, The. (2007). *Gallup survey: More than half of Americans "Very Satisfied" with personal life*. Obtenido en Enero 2007 de la pag web del Gallup News: <http://www.gallup.com/poll/26032>.
- Ganster, D. C., Fusilier, M. R. y Mayes, B. T. (1986). The social support and health relationship and health relationship: Is there a gender difference? *Journal of Occupational Psychology*, 59, 145-153.
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Beevers, C. G. y Miller, I. W. (2004). Cognitive vulnerability to depression: A taxometric analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 81-89.
- Gibb, B. E., Beevers, C. G., Andover, M. S. y Holleran, K. (2006). The Hopelessness Theory of Depression: A prospective multi-wave test of the Vulnerability-Stress Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 763-773.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt et al. (2006). Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M. y Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35, 2-13.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. y Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver psysical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*, 17(2), 190-198.
- Greenburg, M. S. y Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 9-13.
- Gotlib, I. H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.

- Gunter, K., Cohen, L., Butler, A. y Beck, J. (2005). Predictive role of daily coping and affective reactivity in cognitive therapy outcome: application of a daily process design to psychotherapy research. *Behavior Therapy*, 36, 77-88.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Haefffel, G. J., Abramson, L. Y., Bolees, Z. R., Metalsky, G. I., Halberstadt, L., Dykman, B. M. et al. (2003). Cognitive vulnerability to depression and lifetime history of Axis I psychopathology: A comparison of negative cognitive styles (CSQ) and dysfunctional attitudes (DA). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 3-22.
- Hammen, C. (1999). The emergence of an interpersonal approach to depression. En T. Joiner y J. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 21–35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 49-57.
- Hammen, C., Adrian, C. y Hiroto, D. (1988). A longitudinal test of the attributional vulnerability model in children at risk for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 37-46.
- Hammen, C., Ellicott, A. y Gitlin, M. (1992). Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 409-418.
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A. y deMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-319.
- Hankin, B. L. (2008). Stability of cognitive vulnerabilities to depression: A short-term prospective multi-wave study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 324-333.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. y Haeffel, G. J. (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(3), 309-345.
- 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(5), 607-632.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C. y Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: Evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 673-685.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Harrell, T., Chambless, D. y Calhoun, J. (1981). Correlational relationships between self-statements and affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 159-173.
- Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M. L., Pickles, A. y Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I: Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harris, A. E. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, Early Maladaptive Schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.
- Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G. y Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviours. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Hays, R. B., Turner, H. y Coates, T. J. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 463-469.
- Heimberg, R. G., Klosko, J. S., Dodge, C. S., Shadick, R., Becker, R. E. y Barlow, D. H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 21-36.

- Helsen, M., Volleberg, W. y Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Henderson, S., Byrne, D. G. y Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. New York: Academic Press.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A new attempt at conceptualising stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. et al. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627-644.
- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: an extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 909-917.
- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1991). Life Stressors, Personal and Social Resources, and Depression: A 4-Year Structural Model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 31-38.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. y Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. y Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 918-928.
- Holland, K. D. y Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.
- Hollon, S. D. y Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practise. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.

- Holmes, T. H., y Masuda, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: their nature and effects* (pp. 45-72). New York: Wiley.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hua, C. (2004). An Investigation on the mental health of 527 undergraduates' and the related factors. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12(4), 371-372.
- Hunt, M. y Forand, N. R. (2005). Cognitive vulnerability to depression in never depressed subjects. *Cognition and Emotion*, 19(5), 763-770.
- Husky, M. M., Mazure, C. M., Maciejewski, P. K. y Swendsen, J. D. (2007). A daily life comparison of Sociotropy-Autonomy and Hopelessness Theories of Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 659-676.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L. y Cooper, C. L. (1997). Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(2), 118-133.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive Clinical Psychology: Implications of an information processing perspective. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Smith, T. W., Donnell, C. y Ronan, K. (1987). Cognitive Specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 63-91). New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Jia, H., Uphold, C. R., Wu, S., Reid, K., Findley, K. y Duncan, P. (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: Effects of social support, coping and depression. *Aids patient care and STDs*, 18(10), 594-603.
- Joiner, T. E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 521-539.
- Joiner, T. E. Jr., Metalsky, G. I., Lew, A. y Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 401-412.

- Jones, F. y Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*. Harlow: Pearson Education.
- Judd, F. K y Burrows, G. D. (1992). Anxiety disorders and their relationship to depression. En E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 77-87). New York: Guilford Press.
- Just, N., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypothesis of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 63-83.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparisons of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kant, G. L., D’Zurilla, T. J. y Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem-solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73-96.
- Kazarian, S. S. y McCabe, S. B. (2006). Dimensions of social support in the MSPSS: Factor structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19(2), 150-160.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, R., Koob, J. J., Morgan, M. G., Kalichman, S. C. et al. (1993). Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, 12(3), 215-219.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity survey. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 17-30.
- Kessler, R. C., Price, R. H. y Wortman, C. B. (1985). Social factors in sychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kirsch, I., Mearns, J. y Cantarazo, S. J. (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of dysphoria in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 306-312.
- Ko, C. M., Malcarne, V. L, Varni, J. W., Roesch, S. C., Banthia, R., Greenbergs, H. et al. (2005). Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. *Support Care Cancer*, 13(6), 367-374.

- Kocot, T. y Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health. *Violence against Women*, 9(3), 323-346.
- Kruglanski, A.W. y Ajzen, I. (1983). Bias and error in human judgement. *European Journal of Social Psychology*, 13, 1-44.
- Kwon, S. y Oei, T. P. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- Kwon, S. y Oei, T. P. (1994). The roles of two levels of cognitions in the development, maintenance and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 331-358.
- Lacey, J. I., Kagas, J., Lacey, B. C. y Moos, H. A. (1963). The visceral level: Situational determinants and behavioural correlates of autonomic response patterns. En P. H. Knapp (Ed.), *Expression of the emotions in man* (pp.161-196). New York: International Universities Press.
- 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.
- Lahey, B., Adams, K., Neely, L., Rhodes, G., Lutz, C. J. y Sielky, K. (2002). Perceived support and low emotional distress: The role of enacted support, dyad similarity, and provider personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(11), 1546-1555.
- Lahey, B. y Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. En S. Cohen, L. G. Underwood y B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientist* (pp. 29-52). Nueva York: Oxford.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2/3), 173-182.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III* (pp. 90-103). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. En C. Maletesta-Magni y S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of*

- emotion, adult development, and aging* (pp. 298-306). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. y DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, R. M., Su, J. y Yoshida, E. (2005). Coping with intergenerational family conflict among Asian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 389-399.
- Lee, C. W., Taylor, G., y Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Lengua, L. J. y Sandler, I. N. (1996). Self-regulation as a moderator of the relation between coping and symptomatology in children of divorce. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 681-701.
- Lepore, S. J. (1992). Social conflict, social support, and psychological distress: Evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 857-867.
- Lepore, S. J., Evans, G. W. y Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 899-909.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. y Joiner, T. E. (2001). Evaluation of Cognitive Diathesis-Stress Models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 203-215.
- Lewinsohn, P. M., Steinmertz, J., Larson, D. y Franklin, J. (1981). Depression related cognitions: Antecedents or consequences? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Lightsey, O. R. y Hulse, C. D. (2002). Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 202-211.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.

- Litt, M. D., Tennen, H., Affleck, G. y Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 171-187.
- Lowe, R., Vedhara, K., Bennett, P., Brookes, E., Gale, L., Munnoch, K. et al. (2003). Emotion-related primary and secondary appraisals, adjustment and coping: Associations in women awaiting breast disease diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, 8, 377-391.
- 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.
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E. y Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 10(4), 365-375.
- Mackinnon, D., Goldberg, L., Clarke, G., Elliot, D., Cheong, J., Lapin, A. et al. (2001). Mediating mechanisms in a program to reduce intentions to use anabolic steroids and improve exercise self-efficacy and dietary behavior. *Prevention Science*, 2, 15-28.
- MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Mallinckrodt, B. y Leong, F. T. (1992). International graduate students, stress, and social support. *Journal of College Student Development*, 33(1), 71-78.
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: John Wiley and Sons.
- Manne, S. L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D. H., Jacobsen, P. B., Taylor, K. L. y Redd, W. H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 41-55.
- Manne, S. L. y Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 608-617.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.
- Martin, R. C. y Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.

- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Maton, K. L. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospectives investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, 310-323.
- Maton, K. I., Tei, D. M., Corns, K. M., Viera-Baker, C., Lavine, J., Gouze, K. et al. (1996). Cultural specificity of social support sources, correlates and contexts: Three studies of African-American and Caucasian youth. *American Journal of Community Psychology*, 24, 551-587.
- Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- Mazure, C. M., Mciejewsky, P.K., Jacobs, S. C. y Bruce, M. L. (2002). Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 297-304.
- McCabe, R. E., Blankstein, K. R. y Mills, J. S. (1999). Interpersonal sensitivity and social problem-solving: Relations with academic and social self-esteem, depressive symptoms, and academic performance. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 587-604.
- McClelland, G. H. y Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114, 376-390.
- McGin, L. K., Cukor, D. y Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early maladaptive schemas influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242.
- McGinn L. K., y Young, J. E. (1996). Schema-Focused Therapy. En P. M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 182-207). New York: The Guilford Press.
- Metalsky, G. I. y Joiner, J. E., Jr. (1997). The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 359-384.
- Michell, R. E. y Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered woman. *American Journal of Community Psychology*, 11, 629-654.

- Miguel-Tobal, J. J. (1987). Evaluación de respuestas cognitivas fisiológicas y motores de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida I.S.R.A. Universidad Complutense de Madrid. Tesis doctoral.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. R. (1986). *I.S.R.A. (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Miguel-Tobal, J. J., González Ordi, H. y López Ortega, E. (2000). Estrés postraumático: Hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 255-280.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *La Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. Obtenido en Enero 2008 de la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo:
<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/index.html>
- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Miranda, J. y Pearsons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
- Mongrain, M. y Blackburn, S. (2006). Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 747-768.
- Moos, R. H. (1976). *Human adaptation: Coping with life crises*. Lexington, MA: Health.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concept and measures. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Morgan, C. A. (1997). The evolution of memory for traumatic events. Escrito presentado en la Reunión anual de la 'International Society for Traumatic Stress Studies': Montreal.
- Morin, C. M., Rodrigue, S. y Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65, 259-267.
- Morrow, K. A., Thoreson, R. W. y Penney, L. L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.

- Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L. y Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 49-57.
- Mosley, T. H., Perrin, S. G., Neral, S. M., Dubbert, P. M., Grothues, C. A. y Pinto, B. M. (1994). Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine*, 69(9), 765-767.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Nietzel, M. T. y Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. y Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Obrist, P. A. (1976). The cardiovascular behavioural interaction as it appears today. *Psychophysiology*, 13(2), 95-107.
- Oei, T. P. y Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Oei, T. P. y Kwon, S. (2007). Evaluation of the integrated cognitive model of depression and its specificity in a migrant population. *Depression and Anxiety*, 24, 112-123.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A. y Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- Olstad, R., Sexton, H. y Sogaard, A. J. (2001). The Finnmark study: A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, 582-589.
- Osowiecki, D. M. y Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Park, C. L. y Adler, N. E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, 22, 627-631.

- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behaviour*, 19, 2-22.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Persons, J. B. y Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: Reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4), 485-502.
- Persons, J. B. y Rao, P. A. (1985). Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 51-63.
- 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(3), 183-191.
- Phillips, D. C. (1995). The good, the bad and the ugly: The many phases of constructivism. *Educational Researcher*, 24(7), 5-12.
- Piaget, J. (1971). *Psychology and epistemology*. New York: Viking.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perception of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Pillow, D. R., Zautra, A. J. y Sandler, I. (1996). Major life events and minor stressors: Identifying mediational links in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 381-394.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P. y Galhardo, A. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 351-384.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. L. (1989). Mental health of caregiving spouses: Coping as mediator, moderator, or main effect. *Psychology and Aging*, 4, 454-463.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Raghavan, C., Le, H-N. y Berenbaum, H. (2002). Predicting dysphoria and hostility using the diathesis-stress model of sociotropy and autonomy in a contextualized stress setting. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 231-244.
- Ralph, J. A. y Mineka, S. (1998). Attributional style and self-esteem: The prediction of emotional distress following a midterm exam. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 203-215.

- Rasmussen, P. R. (2006). Anxiety and depression. *The Journal of Individual Psychology*, 62(4), 353-356.
- Raphael, K. G, Cloitre, M. y Dohrenwend, B. P. (1991). Problems of recall and misclassification with checklist methods of measuring stressful life events. *Health Psychology*, 10, 62-74.
- Raudenbush, S. W. (2001). Comparing personal trajectories and drawing causal inferences from longitudinal data. *Annual Review of Psychology*, 52, 501-525.
- Rector, N., Segal, Z. y Gemar, M. (1998). Schema Research in Depresión: A Canadian Perspective. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(4), 213-222.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw Hill.
- Reeves, M. y Taylor, J. (2007). Specific Relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104.
- Reifman, A. y Dunkel-Schetter, C. (1990). Stress, structural social support, and well-being in university students. *Journal of American College Health*, 38(6), 271-277.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health* (3^a Ed.) USA: Brooks Cole.
- Rijkeboer, M. M. y Van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor análisis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 263-278.
- Riskind, J. H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35(5), 386-404.
- Riskind, J. H. y Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory and research design/methodology. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 1-29). New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2005). The Looming Cognitive Style and generalized anxiety disorder: Distinctive danger schemas and cognitive phenomenology. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 7-27.
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2006). A unique vulnerability common to all anxiety disorders: the looming maladaptive style. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp.175-206). New York: Laurence Erlbaum Associates.

- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T., Chrosniak, L. y Cortina, J. (2000). A pattern of mental organization and danger schema related to anxiety: The looming maladaptive style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 837-852.
- Roberts, J. E. y Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30, 1023-1037.
- Robins, C. J. (1990). Congruence of personality and life events in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 393-397.
- Robins, C. J. y Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck, Abramson, Seligman y Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 297-313.
- Robins, C. J., Block, P. y Peselow, E. D. (1990). Cognition and life events in major depression: A Test of the mediation and interaction hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 299-313.
- Robins, C. J., Hayes, A. M., Block, P., Kramer, R. J. y Villena, M. (1995). Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypotheses: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 1-20.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-82.
- Roth, S. y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rude, S. S. y Burnham, B. L. (1993). Do interpersonal and achievement vulnerabilities interact with congruent events to predict depression? Comparison of DEQ, SAS, DAS, and combined scales. *Cognitive Therapy and Research*, 17(6), 531-548.
- Rudnicki, S. R., Graham, J. L., Habboushe, D. F. y Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: Correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women & Health*, 34(3), 19-35.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D. y Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.

- Russell, D. W. y Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 190-201.
- Sadowsky, C. y Kelly, M. L. (1993). Social problem solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 121-127.
- Sahler, O. J., Varni, J. W., Fairclough, D. L., Butler, R. W., Noll, R. B., Dolgin, M. et al. (2002). Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: A randomized trial. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 23(2), 77-86.
- Salkovskis, P. M. y Kirk, J. (1989). Obsessive-compulsive disorder. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical approach* (pp. 129-68). Oxford: Oxford University Press.
- Saltzman, K. M. y Holahan, C. J. (2002). Social Support, self-efficacy, and depressive symptoms: An Integrative Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 309-322.
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sandler, I. N., Tien J. y West, S. G. (1994). Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744-1763.
- Sarason, I. G., Levine, H., Basham, R. y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. y Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. Nueva York: Wiley.
- Sarna, L., Van Servellen, G. L. y Padilla, G. (1996). Comparison of emotional distress in men with acquired immunodeficiency syndrome and in men with cancer. *Applied Nursing Research*, 9(4), 209-212.
- Schachter, S. y Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schmidt, N. B. y Joiner, T. E. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 65-72.

- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J., y Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Schniering, C. A. y Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 464-470.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Segal, Z. V., Gemar, M. y Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Segal, Z. V., Shaw, B. F., Vella, D. D. y Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: A test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sek, H. (1991). Life stress in various domains and perceived effectiveness of social support. *Polish Psychological Bulletin*, 22, 151-161.
- Seligman, L. D. y Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125-144.
- Seligman, M. E. P. (1973). Fall into helplessness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. et al. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 13-18.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. En I. L. Kutash y L. B. Schlesinger (Eds.) *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- 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.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A. y Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. En D. Featherman, R. Lerner, y M. Perlmutter (Eds.) *Lifespan development and behavior* (pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, R. E., Smoll, F. L. y Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: Life stress, social support and coping skills, and adolescents sports injuries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 360-370.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Somerfield, M. R. y McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research: methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Spence, S. H., Sheffield, J. y Donovan, C. (2002). Problem Solving Orientation and Attributional Style: Moderators of the Impact of Negative Life Events on the Development of Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31(2), 219-229.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stahl, R. J. (1992). A context for 'higher order knowledge': An Information-Constructivist (IC) perspective with implications for curriculum and instruction. *Journal of Structural Learning*, 11(3), 189-218.
- Stanton, A. L. y Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T. y Ranieri, W. F. (1995). Common and Specific Dimensions of Self-Reported Anxiety and Depression: A Replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 542-545.

- Steward, S. M., Betson, C. L., Lam, T. H., Marshall, I. B., Lee, P.W.M. y Wong, C. M. (1997). Predicting stress in first year medical students: A longitudinal study. *Medical Education*, 31, 163-166.
- Stice, E., Ragan, J. y Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 155-159.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 253-272.
- Stopa, L. y Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Stryker, S. y Burke, P. J. (2000). The past, present, and future of an identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 284-297.
- Su, J., Lee, R. M. y Vang, S. (2005). Intergenerational family conflict and coping among Hmong American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 482-489.
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Swindle, R. W., Cronkite, R. C. y Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 468-477.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B. y Pancer, M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the people's Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 123-144.
- Terry, D. J. y Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078-1092.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.

- Thoits, P. A. (2001). *Personal agency in the accumulation of multiple role-identities*.
Artículo presentado en la Conferencia sobre Investigación y Teoría de la Identidad, Bloomington, IN.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Torsheim, T., Aaroe, L. E. y Wold, B. (2003). School-related stress, social support, and distress: Prospective análisis of reciprocal and multilevel relationships. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 153-159.
- Torsheim, T. y Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16(3), 293-303.
- Trail, S. K. y Gotlib, I. H. (2006). Cognitive Vulnerability to Mood Disorders: An integration. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (155-171). New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Turner, R. J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends and theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven and London: Yale University Press.
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Uno, D. y Flinders, J. B. (2001). Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during accute stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 361-382.
- Uchino, B. N., Uno, D. y Holt-Lunstand, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 145-148.
- Valentiner, D. P., Holahan, C. J., y Moos, R. H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.
- Van Vlierberghe, L. y Braet, C. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 342-351.

- Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research, and intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Villa, A., Calvete, E., Cardeñoso, O. y Villardón, L. (2005). *Estilos cognitivos y autoconcepto en estudiantes universitarios: desarrollo de instrumentos de medida e impacto en el ajuste psicológico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vinokur, A. D., Price, R. H. y Schul, Y. (1995). Impacto of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *American Journal of Community Psychology*, 23, 39-74.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Mitchell, E. y Russo, J. (1989). Perceived stress in medical school: Resistors, persistors, adaptors and maladaptors. *Social Science and Medicine*, 28, 1321-1329.
- Wadsworth, M. y Compas, B. (2002). Coping with family conflict and economic strain: the adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-274.
- Wadsworth, M., Raviv, T., Compas, B y Connor-Smith, J. K. (2005). Parent and adolescent responses to poverty-related stress: Test of mediated and moderated coping models. *Journal of Child & Family Studies*, 14(2), 283-298.
- Wadsworth, M., Rieckmann, T., Benson, M. y Compas, B. (2004). Coping and responses to stress in Navajo adolescents: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 391-411.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J. y Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment*, 9, 392-405.
- Waller, G., Meyer, C. y Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. y Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Warburton, W. y McIlwain, D. (2005). The role of early maladaptive schemas in adult aggression. *Psychology, Psychiatry and Mental Health Monographs*, 2, 17-34.

- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. y McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: Exploring symptom structures of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Watson, D., Gámez, W. y Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research and Personality*, 39, 46-66.
- Watson, D. y Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64(4), 737-774.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S. y Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay, and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53, 2008-2012.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. En Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp.17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Papel presentado en la reunión anual de Education Research Association, Toronto, Canada.
- Weisz, J. R., McCabe, M. A y Dennig, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 324-332.
- Welburn, K., Cristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 26(4), 519-530.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry in generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wethington, E., Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health Social Behaviour*, 27, 78-89.

- Wilcox, P., Winn, S. y Fyvie-Gauld, M. (2006). It was nothing to do with the university, it was just the people: The role of social support in the first-year experience of higher education. *Studies in Higher Education*, 30(6), 707-722.
- Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H. y Joiner, T. E. (2004). The looming cognitive style has a general effect on anxiety disorder symptoms factor: Further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175.
- Wills, F. y Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy. Transforming the image*. London: SAGE Publications.
- Wintre, M. y Yaffe, M. (2000). First-year students' adjustment to university life as a function of relationships with parents. *Journal of Adolescent Research*, 15, 9-37.
- Wise, E. H. y Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- Wolf, T. M., Elston, R. C y Kissling, G. E. (1989). Relationship of hassles, uplifts and life events to psychological well-being of freshman medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 37-45.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3ª ed.). Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E. y Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-SI*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. y Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., y Klosko, J. S (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E. y Klosko, J. S. (2001). *Reinventando tu vida: Como superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Zaleski, E. H., Levey-Thors, C. y Schiaffino, K. M. (1998). Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students. *Applied Developmental Science*, 2(3), 127-137.

- Zautra, A. J., Sheets, V. L. y Sandler, I. N. (1996). An examination of the construct validity of coping dispositions for a sample of recently divorced mothers. *Psychological Assessment*, 8, 256-264.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ESTRÉS VITAL (LSQ; Wadsworth et al. 2005) (ítems 1-11)
CUESTIONARIO DE ESTRÉS SOCIAL (SSQ; Connor-Smith y Compas, 2002)
(ítems 12-19)

A fin de que podamos tener una idea las circunstancias estresantes que te han sucedido últimamente, por favor marca el número que muestre en que medida han sido estresantes o molestos estos problemas durante los últimos 6 meses. Para aquellos estresores que no hayas experimentado, simplemente indica “No me ha sucedido”.

	No me ha sucedido	Nada	Estresante Un poco	Algo	Muy
1. Problemas o cambios en tu situación económica.	☐	0	1	2	3
2. Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	☐	0	1	2	3
3. Experimentar problemas de salud.	☐	0	1	2	3
4. Cambios en cuanto a las responsabilidades en casa.	☐	0	1	2	3
5. Muerte de un familiar cercano o amigo/a.	☐	0	1	2	3
6. Separación o divorcio de los padres.	☐	0	1	2	3
7. Problemas o cambios laborales.	☐	0	1	2	3
8. Algo malo sucede a alguien que te preocupa.	☐	0	1	2	3
9. Cambio de residencia o vecindario.	☐	0	1	2	3
10. Ser víctima de un delito.	☐	0	1	2	3
11. Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos.	☐	0	1	2	3
12. Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	☐	0	1	2	3
13. Discusiones o problemas con un amigo/a.	☐	0	1	2	3
14. Te gusta alguien a quien no gustas	☐	0	1	2	3
15. Romper o ser rechazado por tu novio/a	☐	0	1	2	3
16. Contratiempos, discusiones o conflictos con compañeros/as	☐	0	1	2	3
17. Problemas o discusiones con los miembros de la familia	☐	0	1	2	3
18. Discusiones o problemas con tu pareja	☐	0	1	2	3
19. Juntarte con nueva gente	☐	0	1	2	3
20. Incomprensión por parte de los adultos	☐	0	1	2	3
21. Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo	☐	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE RESPUESTAS AL ESTRÉS

(RSQ; Connor-Smith et al., 2000)

Queremos que contestes este cuestionario teniendo en cuenta los problemas que has marcado en el cuestionario anterior.

Indica en que medida cada frase de este cuestionario expresa como actúas, piensas o sientes de las maneras descritas cuando tienes problemas con otras personas como los que has señalado. Por favor, permítenos conocer todo lo que haces, piensas y sientes, incluso aunque tú no pienses que ello ayude a que las cosas mejoren.

¿En qué medida haces esto?

Nunca Poco Algo Mucho

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Intento no pensar en nada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Intento pensar en diferentes formas de solucionar el problema o de arreglar la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Desearía ser más fuerte, listo/a o popular de modo que las cosas fueran diferentes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Comparto con alguien como me siento. Indica con quien o quienes hablas:
(Recuerda indicar el número.) ---> | 0 | 1 | 2 | 3 |

Indica con quien o quienes hablas:

Padre/madre ☐ Amigo/a ☐ Hermano/a ☐ Un profesional ☐ Dios ☐ Mi pareja ☐

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Concluyo que estoy bien como estoy incluso aunque no sea perfecto/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Cuando estoy rodeada de otras personas, actúo como si los problemas nunca hubiesen sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Mi forma de manejar el problema consiste en desear que este desaparezca, que todo se resuelva por si mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me doy cuenta de que tengo que vivir con las cosas tal como son. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Intento no pensar sobre ello y olvidarme de todo lo relacionado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Pido a otras personas ayuda o ideas acerca de cómo manejar el problema.
(Recuerda indicar el número.) ---> | 0 | 1 | 2 | 3 |

Indica a quien recurres:

Padre/madre ☐ Amigo/a ☐ Hermano/a ☐ Un profesional ☐ Dios ☐ Mi pareja ☐

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 11. Me digo a mi mismo/a que puedo con ello o que lo haré mejor la próxima vez. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. ¡Expreso mis sentimientos. Esto lo hago de la/s siguiente/s maneras: (Recuerda) ---> | 0 | 1 | 2 | 3 |

Marca todo lo que hagas:

Escribir en mi diario ☐	Dibujar/Pintar ☐
Quejarme para desfogarme o desahogarme. ☐	Bromear o ser sarcástica ☐
Escuchar música ☐	Golpear una almohada ☐
Hacer ejercicio ☐	Llorar ☐ Gritar o chillar ☐

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 13. Consigo ayuda de otras personas cuando intento manejar mis sentimientos.
(Recuerda indicar el número.) ---> | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|

Marca a quien recurres:

Padre/madre ☐ Amigo/as ☐ Hermano/as ☐ Un profesional ☐ Dios ☐ Mi pareja ☐

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14. Desearía que viniera alguien y me sacara del lío. | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|

¿En qué medida haces esto?

Nunca Poco Algo Mucho

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15. Hago algo para intentar arreglar el problema o emprendo una acción para cambiar las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Intento permanecer alejado/a de la gente y de las cosas que me hacen sentir molesto/a o me recuerdan el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Tomo simplemente las cosas como son, voy con la corriente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Pienso en cosas agradables para alejar mi mente del problema o de como me estoy sintiendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Consigo la simpatía, comprensión o apoyo de alguien. (Recuerda indicar el número.) → | 0 | 1 | 2 | 3 |

Marca de quien o quienes:

Padre/madre ☐ Amigo/a ☐ Hermano/a ☐ Consejero/profesor ☐ Dios ☐

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 20. Me digo a mi mismo/a que las cosas podrían ser peores. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Me digo a mi mismo/a que no importa, que no es importante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Pienso en las cosas que estoy aprendiendo de la situación, o en algo bueno a lo que pueda conducir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Cuando algo va mal con otras personas, me digo a mi mismo/a: “Esto no es real , no puede estar sucediendo” | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Alejo mi mente de los problemas, de las siguientes maneras:
(Recuerda indicar el número.) ---→ | 0 | 1 | 2 | 3 |

Marca todo lo que tú haces:

Practico algún deporte ☐ Veo a los amigos ☐
Veo la televisión ☐ Practico algún hobby ☐

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 25. Hago algo para calmarme cuando tengo problemas con otras personas. (Recuerda indicar el número.)---→ | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|

Marca todo lo que tú hagas:

Respiro profundamente ☐ Rezo ☐
Paseo ☐ Oigo música ☐
Me tomo un descanso ☐ Medito ☐

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26. Mantengo mis sentimientos bajo control cuando tengo que hacerlo, y los expreso cuando no pueden empeorar las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Me digo a mi mismo/a que todo irá bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Pienso en las formas de reírme acerca de ello de modo que no parezca tan malo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Imagino que sucede algo realmente divertido o excitante en mi vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Intento creer que nunca ocurrió. | 0 | 1 | 2 | 3 |

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS-FORMA REDUCIDA

(SQ-SF, Young y Brown, 1994)

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí mismo/a. 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 *emocionalmente sientes, no en lo que piensas que es verdad*. Escoge la puntuación más elevada del 1 al 6 que te describe y rodea el número en el espacio que se encuentra después de cada frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES

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

1. Presiento que la gente se aprovechará de mí.	1	2	3	4	5	6
2. Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.	1	2	3	4	5	6
3. No me aceptan en ningún lugar	1	2	3	4	5	6
4. Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.	1	2	3	4	5	6
5. No hago casi nada en el trabajo (o en la universidad) tan bien como lo pueden hacer otras personas.	1	2	3	4	5	6
6. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	1	2	3	4	5	6
7. No he sido capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	1	2	3	4	5	6
8. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1	2	3	4	5	6
9. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento.	1	2	3	4	5	6
10. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
11. Tengo que ser el/la mejor en la mayoría de las cosas que hago	1	2	3	4	5	6
12. Me siento aferrado/a a las personas a las que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen.	1	2	3	4	5	6
13. Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a corto plazo.	1	2	3	4	5	6
14. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	1	2	3	4	5	6
15. Soy básicamente diferente de las otras personas	1	2	3	4	5	6
16. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo/a en las cosas de cada día.	1	2	3	4	5	6
17. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE PUNTUACIONES

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

18. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.	1	2	3	4	5	6
19. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o de mi pareja	1	2	3	4	5	6
20. Siempre he sido el/la que escucha los problemas de los demás.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6
22. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	1	2	3	4	5	6
23. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un “bastante bien”	1	2	3	4	5	6
24. Siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen los demás.	1	2	3	4	5	6
25. No tengo sentido común.	1	2	3	4	5	6
26. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
27. Me preocupa que me puedan atacar.	1	2	3	4	5	6
28. Me veo a mí mismo/a como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	1	2	3	4	5	6
29. Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie.	1	2	3	4	5	6
30. Estoy tan ocupado/a haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
31. Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me dejen que me alejo de ellas.	1	2	3	4	5	6
32. Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera.	1	2	3	4	5	6
33. Siempre me siento poco integrado/a en los grupos.	1	2	3	4	5	6
34. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
35. Debo cumplir todas mis responsabilidades	1	2	3	4	5	6
36. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto.	1	2	3	4	5	6
37. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellas me harán daño intencionadamente.	1	2	3	4	5	6
38. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	1	2	3	4	5	6
39. No me permito eludir fácilmente mis responsabilidades o buscar excusas para mis errores.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE PUNTUACIONES

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

40. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1	2	3	4	5	6
41. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1	2	3	4	5	6
42. No puedo fiarme de mi criterio en las situaciones cotidianas.	1	2	3	4	5	6
43. No me siento unido/a a nadie, soy un solitario/a	1	2	3	4	5	6
44. 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
45. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).	1	2	3	4	5	6
46. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido	1	2	3	4	5	6
47. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.	1	2	3	4	5	6
48. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero	1	2	3	4	5	6
49. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea	1	2	3	4	5	6
50. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimientos.	1	2	3	4	5	6
51. No tengo tantas aptitudes para el trabajo (o estudio) como la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
52. Soy demasiado tímido/a para expresar sentimientos positivos hacia los demás (por ejemplo, afecto, preocupación...)	1	2	3	4	5	6
53. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.	1	2	3	4	5	6
54. Soy el/la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1	2	3	4	5	6
55. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado/a enseguida, y dejo de intentarlo.	1	2	3	4	5	6
56. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo emociones	1	2	3	4	5	6
57. 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
58. Soy bastante desconfiado/a respecto a las intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
59. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1	2	3	4	5	6
60. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE PUNTUACIONES

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

61. 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
62. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4	5	6
63. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre.	1	2	3	4	5	6
64. Siento que no soy simpático/a.	1	2	3	4	5	6
65. Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades sin sentirnos culpables o traicionados.	1	2	3	4	5	6
66. Siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí.	1	2	3	4	5	6
67. Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	1	2	3	4	5	6
68. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.	1	2	3	4	5	6
69. Me es difícil ser cálido/a y espontáneo/a.	1	2	3	4	5	6
70. Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
71. No consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien.	1	2	3	4	5	6
72. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.	1	2	3	4	5	6
73. Siento una presión constante para hacer cosas y darlas por acabadas	1	2	3	4	5	6
74. Me siento alejado/a del resto de las personas	1	2	3	4	5	6
75. Parece que no pueda disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas	1	2	3	4	5	6

SUBESCALA DE ORIENTACIÓN NEGATIVA A LOS PROBLEMAS

(Inventario de Resolución de Problemas-R, SPSI-R, D’Zurilla et al., 1998)

Piensa en cómo piensas, sientes y te comportas **en general** y cuando te enfrentas a problemas importantes **estos días**. Pon el número escogido junto a cada frase.

0 = No es cierto en absoluto

1 = Un poco cierto

2 = Bastante cierto

3 = Muy cierto

4 = Extremadamente cierto

- | | |
|---|------------------|
| 1. Me siento temeroso cuando tengo problemas importantes | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me siento inseguro de mi mismo cuando tomo decisiones importantes | 0 1 2 3 4 |
| 3. Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan, me desanimo mucho | 0 1 2 3 4 |
| 4. Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles no importa lo mucho que lo intente. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Los problemas difíciles me hacen sentir mal. | 0 1 2 3 4 |

ESCALA DE NECESIDAD DE ACEPTACIÓN O SOCIOTROPÍA

(A partir de ítems de la ECIA; Cardeñoso y Calvete, 2004)

- | | |
|--|------------------|
| 1. Sería terrible si no les gustase a mis compañeros | 0 1 2 3 4 |
| 2. Cuando la gente me rechaza, pienso que no merezco la pena | 0 1 2 3 4 |
| 3. Es importante para mi gustar y ser aceptado por los demás. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Me siento incomodo rodeado de personas a las que no está claro que les guste. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Cuando estoy con otras personas, busco señales acerca de si les gusta o no estar conmigo. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Si alguien critica mi apariencia, siento que no soy atractivo para los demás. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Hago cosas solo por agradar a los demás. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Siento que debo ser agradable con los demás | 0 1 2 3 4 |
| 9. Cuando me siento feo/a, pienso que no merezco la pena | 0 1 2 3 4 |

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS (CESD-D, Radloff, 1977)

Indica con qué frecuencia has experimentado 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. Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia y amigos/as.	1	2	3	4
2. Sentí que era tan buena/o como otras personas.	1	2	3	4
3. Me sentí molesta/o 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 lo que estaba haciendo.	1	2	3	4
6. Me sentí deprimida/o.	1	2	3	4
7. Me sentí esperanzada/o respecto al futuro.	1	2	3	4
8. No me apetecía comer. Mi apetito era pobre.	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 sola/o.	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. Disfruté 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.	1	2	3	4

SUBESCALA DE ANSIEDAD DEL CUESTIONARIO SCL-90-R
(Derogatis, 2002)

Lee atentamente la lista que te presentamos. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piensa si te han pasado **en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.**

0 = En absoluto presente
1 = Un poco presente
2 = Moderadamente presente
3 = Bastante presente
4 = Extremadamente presente

1. Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
2. Temblores.	0	1	2	3	4
3. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
4. Sentirme temerosa/o.	0	1	2	3	4
5. Que mi corazón palpite o vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
6. Sentirme tensa/o o con los nervios de punta.	0	1	2	3	4
7. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
8. Sentirme tan inquieta/o que no puedo no estar sentada/o tranquila/o.	0	1	2	3	4
9. Presentimientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4
10. Pensamientos o imágenes estremecedoras que me dan miedo.	0	1	2	3	4

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (MSPSS, Zimet et al., 1988)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente.

Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Bastante en desacuerdo
- 3 = Más bien en desacuerdo
- 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 = Más bien de acuerdo
- 6 = Bastante de acuerdo
- 7 = Totalmente de acuerdo

1.	Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2.	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3.	Mi familia realmente intenta ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo moral que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5.	Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6.	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7.	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8.	Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9.	Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10.	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11.	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12.	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7